



SINTEF

# Rapport

## Bruk av videokonferanse i psykologisk behandling og oppfølging av barn i barnevern

Kunnskapsoppsummering og undersøkelse

### Forfattere:

Marian Ådnanes, Silje L. Kaspersen, Vibeke Krane, Jannike Kaasbøll

### Oppdragsgiver:

Barne- ungdoms og familiedirektoratet



# Rapport

## Bruk av videokonferanse i psykologisk behandling og oppfølging av barn i barnevern

Kunnskapsstatus og erfaringer blant behandlere og brukere

### EMNEORD

Videokonsultasjon,  
Videokonferanse,  
barnevern, psykisk  
helsevern for barn og  
unge

### VERSJON

1

### DATO

2022-11-17

### FORFATTER(E)

Marian Ådnanes, Silje L. Kaspersen, Vibeke Krane, Jannike Kaasbøll

### OPPDRAGSGIVER(E)

Barne- ungdoms og familiedirektoratet

### OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Karoline Brobakke Seglem

### PROSJEKTNUMMER

102023744

### ANTALL SIDER OG VEDLEGG

65

Denne rapporten undersøker kunnskap, om og erfaringer med, videokonsultasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) rettet mot barn i barnevern, og bruk av videokonferanse i samarbeidsmøter og veiledning mellom BUP og barnevern.

Problemstillingene belyses ved en kunnskapsoppsummering (scoping review), kombinert med intervjuer med behandlere i BUP, ungdom og foreldre samt ungdommers svar på en spørreskjemaundersøkelse.

Prosjektet har vært et samarbeid mellom forskere i SINTEF Digital, Universitetet i Sørøst-Norge (USN) og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) ved NTNU. Prosjektet er ledet av SINTEF.

### UTARBEIDET AV

Marian Ådnanes

SIGNATUR  
*Marian Ådnanes*  
Marian Ådnanes (Jan 11, 2023 14:14 GMT+1)

### KONTROLLERT AV

Jorid Kalseth

SIGNATUR  
*Jorid Kalseth*  
jorid.kalseth (Jan 11, 2023 14:12 GMT+1)

### GODKJENT AV

Line Melby

SIGNATUR  
*Line Melby*  
Line Melby (Jan 11, 2023 13:07 GMT)

SINTEF Digital  
Postadresse:  
Postboks 4760 Torgarden  
7465 Trondheim  
Sentralbord: 40005100  
info@sintef.no

Foretaksregister:  
NO 919 303 808 MVA

---

<b>RAPPORT NR.</b>	<b>ISBN</b>	<b>GRADERING</b>	<b>GRADERING DENNE SIDE</b>
2022:01118	978-82-14-07923-4	Åpen	Åpen

# Historikk

---

VERSJON	DATO	VERSJONSBESKRIVELSE
1	2022-11-18	Endelig versjon

---

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>6</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>7</b>
Mål .....	7
Metode .....	7
Resultater .....	7
Resultater fra scoping review .....	7
Behandlerne i BUP sine erfaringer .....	9
Ungdommers erfaringer .....	10
Konklusjon .....	10
<b>1 Innledning</b> .....	<b>11</b>
1.1 Bakgrunn .....	11
1.2 Mål med rapporten .....	11
1.3 Økning i bruk av videokonsultasjon .....	11
<b>2 Metoder</b> .....	<b>13</b>
2.1 Kunnskapsoppsummering .....	13
2.2 Intervju med behandlere .....	13
2.3 Data fra survey blant ungdom i barnevern .....	13
2.4 Intervju med ungdom og foreldre .....	14
2.5 Etikk .....	14
<b>3 Kunnskapsoppsummering</b> .....	<b>15</b>
3.1 Tidligere kunnskapsoppsummeringer om psykisk helsehjelp gitt ved videokonsultasjon til barn og unge .....	15
3.2 Scoping review - videokonferanse for behandling og samhandling om barn i barnevern ....	17
3.2.1 Søk i internasjonal litteratur .....	18
3.2.2 Søkeresultat scoping review .....	18
3.2.3 Uttrekk av data .....	19
3.2.4 Resultat fra scoping review .....	19
3.2.4.1 Videokonsultasjon i behandling og oppfølging av barn i barnevern .....	19
3.2.4.2 Videokonferanse i samhandling (team) om barn i barnevern .....	25
3.2.4.3 Bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse i tjenestene .....	29
3.2.5 Oppsummering scoping review – internasjonalt søk .....	34
3.3 Søk etter gråliteratur .....	38
3.3.1 Videokonsultasjon i BUP, med barn i barnevern som målgruppe .....	38
3.3.2 Videokonsultasjon i BUP, men ikke koblet til barnevern .....	40
3.3.3 Oppsummering «gråliteratur» - nasjonalt søk .....	42

<b>4</b>	<b>Erfaringer med videokonsultasjon.....</b>	<b>44</b>
4.1	BUP-behandleres erfaringer med videokonsultasjon .....	44
4.1.1	Overgang til videobasert konsultasjon .....	44
4.1.2	Praktiske fordeler med videokonsultasjon.....	44
4.1.3	Kvalitet i videokonsultasjoner .....	45
4.1.4	Vurdering av egnethet.....	47
4.1.5	Hvilken møteform foretrekker ungdom .....	49
4.1.6	Fortsette behandling med videokonsultasjon? .....	49
4.1.7	Digitale samarbeidsmøter – fordeler og ulemper .....	50
4.1.8	Digital veiledning overfor barnevernsinstitusjon .....	52
4.1.9	Oppsummering – behandlernes erfaringer .....	53
4.2	Ungdommer i barnevern sine erfaringer med videokonsultasjon.....	54
4.2.1	Spørsmål om videokonsultasjon i survey .....	54
4.2.2	Kvalitative intervjuer med ungdom .....	56
4.2.3	Foreldre .....	58
4.2.4	Oppsummering – ungdommer og foreldres erfaringer .....	58
<b>5</b>	<b>Oppsummering og konklusjon .....</b>	<b>60</b>
5.1	Konklusjon.....	61
5.2	Implikasjoner - behov for en forskningsbasert utvikling .....	62
<b>6</b>	<b>Litteratur.....</b>	<b>63</b>

#### BILAG/VEDLEGG

---

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

---

## Forord

Denne rapporten er den første av to rapporter fra forskningsprosjektet «Helsehjelp til barn i barnevern». Prosjektet ledes av SINTEF, og oppdragsgiver er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Rapporten har blitt til i et samarbeid mellom forskere i SINTEF Digital, Universitetet i Sørøst-Norge (USN) og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) ved NTNU.

Vi retter takk til Huan V.D. Than som er kunnskapsforvalter i SINTEF Konsernstab, og som har hjulpet oss med litteratursøk for rapportens scoping review. Vi takker alle som har latt seg intervju om erfaringer med videokonsultasjon: behandlere i Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) samt ungdommer og foreldre som har kontakt med barnevern.

Trondheim, 1. november 2022

Marian Ådnanes  
Prosjektleder

## Sammendrag

### Mål

Formålet med denne rapporten er å gi kunnskap om fordeler og ulemper med bruk av videokonsultasjon i behandling og oppfølging av barn i barnevern fra psykisk helsevern for barn og unge (heretter BUP), og hvordan digitale samarbeidsmøter ved bruk av videokonferanse fungerer i samarbeid og veiledning mellom BUP og barnevern.

Forsknings spørsmål: 1) Er videokonsultasjon en egnet metode for psykologisk behandling og oppfølging (fra BUP) av barn i barnevern? 2) Er videokonferanse egnet i samarbeidsmøter mellom BUP og barnevern (og evt. andre tjenester involvert), og i BUPs veiledning overfor barnevernsinstitusjoner? 3) Hvilke gevinster kan økt bruk av videokonsultasjon og videokonferanse gi på tjenestenivå?

### Metode

Problemstillingene belyses ved en kunnskapsoppsummering (scoping review) kombinert med intervjuer med behandlere i BUP, ungdom og foreldre samt ungdommers svar på en spørreskjemaundersøkelse.

Søk i internasjonal litteratur ble utført ved hjelp av de elektroniske databasene Scopus, Web of Science, PubMed, PsycINFO (Ovid), Cinahl Plus, Social Services Abstracts (Proquest), Sociological abstracts (Proquest) and Google Scholar. Søk etter nasjonale rapporter ble gjort i Christin, Oria, Idunn og Google.

Vi gjennomgikk publiserte forskningsartikler med originale empiriske funn knyttet til bruk av videokonsultasjon i BUP overfor målgruppen i barnevern, og digital samhandling mellom barnevern og BUP, publisert fra januar 2012 til mai 2022.

Det ble gjennomført intervju med åtte behandlere fra ulike BUP'er, og med relativt ulike typer av praksis og erfaringer. Videre brukte vi data fra intervjuer av ni ungdommer 12-18 år, en par foreldre samt en survey til ungdom 16-18 år med tiltak i barnevernet, og unge voksne 18-23 år i ettervern, hvorav 32 hadde erfaring med videokonsultasjon i BUP.

## Resultater

### Resultater fra scoping review

#### *Internasjonal forskningslitteratur*

Vårt søk i databaser for internasjonalt publisert forskningslitteratur for i perioden 2012-2022 resulterte i 13 inkluderte forskningsartikler som matchet kriteriene for søket. Tre var publisert før Covid-19-pandemien. Ti var publisert i 2021 og 2022, og hadde fokus på pandemiens innvirkning, med sterk økning i bruk av videokonferanse i behandling og samhandling. Tre hovedtema ble identifisert i de tretten artiklene:

- Videokonsultasjon i behandling og oppfølging av barn i barnevern
- Videokonferanse i samhandling (team) om barn i barnevern
- Bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse i tjenestene

Når det gjelder bruk av videokonsultasjon i *behandling og oppfølging av barn i barnevern* identifiserte søket fem studier. I hovedsak baserer disse seg på helse- og sosialpersonell sine erfaringer og oppfatninger. Studiene indikerer at videokonsultasjon gir bedret tilgjengelighet til spesialisert psykisk helsehjelp ved at man omgår barrierer som dreier seg om geografisk avstand, sosial ulikhet og fattigdom. Flere studier indikerer god kvalitet i behandlingen, men dette er i hovedsak basert på behandlernes oppfatninger. Kun en studie inkluderte data om pasientens symptomer (pre-post behandling).



Det pekes på en rekke negative forhold når det gjelder videokonsultasjon - avhengighet av teknologisk kompetanse, tilgang på utstyr, internett og ivaretagelse av personvern. Videre at man ikke får undersøkt forhold i hjemmet, overvåke utvikling eller vurdere risiko og behov for barnevern på samme måte som ved fysiske møter. Et viktig tema er hvordan utvikle terapeutisk relasjon, og problem med manglende evne til å være fokusert i terapien når det er på skjerm. Det pekes på behovet for mer forskning, ikke minst på kliniske effekter i videokonsultasjon.

Det andre hovedtemaet dreier seg om *videokonferanse i samhandling (team) om barn i barnevern*. Tre av artiklene handler om dette. Fordeler med digitale samarbeidsmøter i stedet for fysisk oppmøte knyttes først og fremst til at det kan øke oppmøte og frekvensen av viktige møter. Videre at dette kan gi bedre kontinuitet samt kjennskap til, og forståelse for hverandres fagfelt. Viktige enkelttjenester kan få større rolle og innvirkning. Det pekes på ulempe med personer i tjenestene som deltar uten kamera, noe som reduserer muligheten til å fange opp mer subtile signaler. Videre på behovet for særlig oppmerksomhet på digitalt vanskeligstilte familier – å sørge for at disse ikke blir utelatt når digitale møter gjennomføres. Videre at man er oppmerksom på å unngå tema som ikke er egnet for digitale møter.

Det tredje hovedtemaet vi identifiserte i studiene omhandlet *bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse (og andre teknologier) i tjenestene*. Studiene er opptatt av at det gjennom Covid-19-pandemien har skjedd et paradigmeskifte basert på stor økning i teknologibruk i dette fagfeltet, herunder bruk av videokonferanse. Hovedinntrykket er at utviklingen er akseptert og ønsket, og også at det har ført til økt bevissthet i de aktuelle tjenestene. Videre at det er en uunngåelig utvikling, og at utfordringene framover blir å bruke muligheten til å utvikle gode klientsentrerte modeller for tjenestelevering. Det fremgår av studiene at det trengs forskning på implikasjoner av endringene for brukere og tjenesteytere - hvordan det virker inn på tilbudet, og effekter av tilbud og tiltak for pasientene.

Det er en vesentlig svakhet at de tretten studiene nesten utelukkende baserer seg på tjenesteyteres erfaringer og holdninger, og evaluering av egen virksomhet. Det er ingen studier som har med barn og ungdoms perspektiver, ingen brukerstudier, og heller ingen der det rapporteres om brukerinvolvering. Det er ingen av studiene som direkte måler effekter av videokonsultasjon på behandlingskvalitet. Det nærmeste i så måte er en studie av pre-post på symptomer i en gruppe på femten ungdommer som mottar traumebasert terapi via videokonsultasjon. Flere av studiene er relativt avgrenset når det gjelder antall informanter.

### **Gråliteratur**

I søk etter «gråliteratur» for å identifisere nasjonale erfaringer med bruk av videokonferanse i behandling og samhandling overfor målgruppen barn i barnevern, ble det kun identifisert ett prosjekt. Dette under satsinga «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet», med Bufdir og Helsedirektoratet som initiativtakere, og miljø ved UNN som gjennomførte prosjektet. Prosjektet var avgrensa til barn i barnevernsinstitusjon, og er beskrevet i to rapporter, men har ingen forskningsresultater, grunnet utfordringer i etablering av behandlingsmodellen som medførte for få videokonsultasjoner, ifølge sluttrapport. Av de øvrige prosjektene vi har identifisert nasjonalt er det ingen som har barn i barnevern som målgruppe. Et viktig eksempel er eBUP, et samarbeidsprosjekt mellom UNN, Senter for psykisk helse Ofoten/BUP og Senter for e-helse, NSE. Her var det tilgjengelighet til spesialistvurdering på tvers av store geografiske områder som var det man skulle kompensere for. Rapporten peker på resultater med raskere spesialistvurderinger, mindre reisebelastning, kortere pasientforløp og kortere ventelister. NSE har også forsket på bruk av videokonsultasjon i akutttilbud i psykisk helsevern, erfaringer med videokonsultasjon under Covid-19, og har pågående forskning som på pasienters erfaringer med videokonsultasjon, spesifikt barn og unge og foresatte.

## **Forskningsbehov**

Kunnskapsoppsummeringen peker på behov for mer kunnskap både om hvordan teknologien virker på kliniker og pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingstilbudet, og hvordan det påvirker praksis, kunnskap og resultater for pasienter og familier på lengre sikt. Dette gjelder både videokonsultasjon i behandling, og bruk av videokonferanse i samhandling mellom tjenester. Ikke minst pekes det på behov for mer forskning på kliniske effekter.

## **Behandlere i BUP sine erfaringer**

Behandlerne vi har intervjuet har jevnt over positive erfaringer når det gjelder bruk av videokonferanse i forbindelse med samhandling mellom tjenester involvert i den enkelte sak, og i forbindelse med veiledning overfor barnevernsinstitusjoner. Når det gjelder bruk av videokonsultasjon i behandling, er erfaringene mer varierte. Her er det en rekke forutsetninger for at behandler opplever at det lykkes og virker nyttig for pasienten.

Behandlerne påpeker de praktiske fordelene med bruk av videokonferanse både i behandling og i samhandling – og for alle aktører involvert: slippe lang reisevei, spare tid og reisekostnader, slippe fri fra skole og jobb etc. Inntrykket er at det medfører mindre “ikke møtt” til time, og bedre kontinuitet i forløpet. Dette er enkelte behandleres inntrykk, men må eventuelt studeres systematisk for å få mer nøyaktige svar, for eksempel ved å gå inn i aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge ved Norsk pasientregister.

Flere behandlere nevner fordelene ved at videokonsultasjon i behandling gir dem mer fleksibilitet, og at de bruker denne fleksibiliteten til å gi pasienter flere, og kortere timer, der dette er hensiktsmessig for å følge opp hvordan det går. Vår vurdering er at flere konsultasjoner med samme pasient ikke medfører kortere ventelister, som er en viktig målsetting i dette feltet, men at det kan tenkes at resultatet av behandlingen blir bedre, og at det kan forhindre nye framtidige henvisninger.

Behandlerne har ulike erfaringer med videokonsultasjon, avhengig av hvilken pasientgruppe det dreier seg om, og hvor gamle de er. Blant våre informanter hadde flere god erfaring når det gjelder pasienter med tvangslidelser. Dette dreier seg om et gjennomarbeidet og strukturert opplegg for psykoedukasjon overfor barnet/ ungdommen, som behandlere erfarer egner seg godt via videokonsultasjon, og som forskning viser gir de samme resultater som ansikt til ansikt behandling. I et annet eksempel la behandlerne til rette for å opprettholde kontinuiteten i et gruppetilbud for ungdom i forbindelse med pandemien, som også fikk en god evaluering av deltakerne. Ellers har den enkelte behandler prøvd seg fram med et opplegg via skjerm, og gjort seg sine erfaringer – at videokonsultasjon fungerte dårlig ved sosial angst, belastningslidelser og traumer, og at det fungerer dårligere jo sterkere følelser det er snakk om. Det sier seg selv at skjerm fungerer dårlig der barnet har stort behov for omsorg og trøst.

Flere behandlere påpeker at ungdommene selv foretrekker å komme på kontoret, og at det er uvanlig at ungdommer ønsker å ha kameraet av i digitale møter med behandler og andre tjenester. Behandlerne rapporterer at de kan oppleve større grad av distanse i kontakten, det er vanskelig å få til god flyt – «den gode samtalen», og ungdom kan oppleves mindre delaktig. Flere behandlere påpeker viktigheten av å ha etablert en relasjon før videokonsultasjon.

Det varierer hvorvidt behandler tror de vil fortsette med videokonsultasjon i behandling. Behandlerne med strukturert opplegg for barn med tvangslidelser er svært positive basert på sine erfaringer og forskningsresultater, og vil klart fortsette med en kombinasjon av videokonsultasjon og ansikt til ansikt-konsultasjoner. Det øvrige behandlerne vil bruke det i noen grad, der de opplever at det er egnet.

Når det gjelder digitale møter for samhandling mellom tjenestene og for BUP-behandleres veiledning overfor barnevernsinstitusjonene, nevnes de samme praktiske fordelene knyttet til det å dra ut fra kontoret. Man sparer tid, det er lettvinnt å få til møter, og det er effektivt for innhenting av informasjon. Behandlerne opplever også at møtene kan bli bedre fordi man møtes hyppigere digitalt enn dersom det hadde vært fysisk. Erfaringen er at det ikke er bra med digitale samarbeidsmøter der det er mye som er

uavklart i saken, for eksempel i vurderingssamtaler, og generelt komplekse saker der man diskuterer hva som er behovene.

### Ungdommers erfaringer

Fra spørreskjemaundersøkelsen, der 32 av 221 ungdommer hadde erfaring med videokonsultasjon, oppga 26 at de hadde startet behandling på skjerm på grunn av pandemi-situasjonen. De fleste hadde hatt time med fysisk oppmøte i tillegg til digital behandling, og de fleste var hjemme under møte med behandler. Det var 39 prosent som svarte at forholdet til behandler er dårligere når de er på skjerm enn ved vanlig oppmøte, og 45 prosent som svarte at de opplever det litt eller mye vanskeligere å snakke med behandler på skjerm. Videre var det 40 prosent som svarte at behandling på skjerm i liten grad eller ikke i det hele tatt passer, og like stor andel som svarte at de i liten grad eller ikke i det hele tatt er fornøyd med behandling på skjerm. Mindre enn halvparten syntes det var greit å se seg selv på skjerm under behandlingen.

I de kvalitative intervjuene formidlet ungdommene flere ulemper enn fordeler. De nevner mindre forpliktende samtaler, at det oppleves overfladisk, og at behandler ikke merker sinnsstemningen man er i. Tekniske problemer som irriterer, nevnes også. En ungdom med erfaring fra barnevernsinstitusjon mener ungdom ved institusjon kan oppleve isolasjon dersom man ikke får den turen til BUP. Det var ingen av de ni ungdommene som nevnte det å slippe lang reisevei. Ungdommene tok høyde for at det kan passe for noen.

### Konklusjon

Hvorvidt videokonsultasjon er en egnet metode for psykologisk behandling, når det gjelder barn i barnevern, vil være avhengig av mange av de samme faktorene som for barn og unge generelt. Det må imidlertid tas hensyn til spesielle behov hos målgruppen. Selv om det kan føre til bedre tilgjengelighet til behandling, er ikke det et argument dersom barnet eller ungdommen opplever et dårligere tilbud ved at det blir vanskeligere å snakke med behandler, og å få en god relasjon. Det er sterk støtte for at en god relasjon mellom behandler og pasient er det bærende elementet i psykologisk behandling. Barn i barnevernet har ofte vanskelige og turbulente relasjoner som kan gjøre dem ekstra sensitive overfor relasjonelle utfordringer. En utbredelse av videokonsultasjon rettet mot denne målgruppen kan i verste fall skape nye barrierer for behandling i BUP, mens hensikten var å bygge ned barrierer for å motta behandling, og å sørge for kontinuitet i pågående forløp.

Nytten av videokonferanse i forbindelse med samarbeidsmøter og veiledning har mer entydige fordeler, som bekreftes i forskning så vel som i våre intervjuer med behandlere. Selv om man har gode erfaringer med digitale møter samtidig som man også sparer tid og penger, må man imidlertid være kritisk oppmerksom på hvilke temaer som egner seg og ikke, hvordan det påvirker samhandlingen, og ikke minst, om det påvirker familier og barns medvirkning på en negativ måte.

Nytten av videokonsultasjon i behandling må selvsagt vurderes individuelt, det vil passe for noen og ikke for andre. Det trengs forskning for å avklare hvem det egner seg for og ikke, og hva som er klinisk utbytte sammenlignet med et fysisk ansikt til ansikt møte. Det vil være viktig å videreutvikle kunnskap om, og god kvalitet, i videokonsultasjoner. Videre er det behov forskning som tar for seg barn og unges egne erfaringer og brukermedvirkning. Det trengs også forskning på konsekvenser av samhandling mellom barnevern og BUP via videokonferanse.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Omfanget av bruk av videokonferanse<sup>i</sup> i stedet for fysiske møter har blitt svært vanlig i de fleste virksomheter, på grunn av Covid-19-pandemien. Digitale møter er ikke nytt innenfor helse- og velferdstjenestene, men økte sterkt under pandemien. Det er behov for kunnskap om utvikling og konsekvenser av bruk av videokonsultasjon i psykologisk behandling, og videobasert samarbeid om barn og unge med psykiske helseutfordringer, og ikke minst når det gjelder barn og unge som er i kontakt med barnevern. Studier viser høyere forekomst av psykiske vansker hos barn i barnevernsinstitusjon eller i fosterhjem, samtidig som det er indikasjoner på at helsetilbudet er for dårlig (Jozefiak et al., 2016; Kayed et al., 2015; Larsen et al., 2018; Lehmann et al., 2013). Helsedirektoratet og Bufdir har på denne bakgrunn satt i gang en rekke tiltak og initiativ innenfor satsingen «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet» (Bufdir og Helsedirektoratet, 2016). Ett initiativ har vært å tilrettelegge for bruk av videokonsultasjon i behandling og oppfølging av ungdommer med psykiske vansker som er i barnevernsinstitusjon. Det er gjort forsøk på å legge til rette for en slik behandlingsmodell i et eget prosjekt (se beskrivelse i pkt 3.3.1). I denne rapporten undersøkes bruk av videokonsultasjon i behandling gjennom en kunnskapsoppsummering, og erfaringer blant behandlere i psykisk helsevern for barn og unge (heretter BUP), og ungdommer og foreldre som er i kontakt med barnevern, men ikke avgrenset til barn i institusjon.

## 1.2 Mål med rapporten

Formålet med rapporten er å få kunnskap om fordeler og ulemper med bruk av videokonsultasjon i behandling og oppfølging av barn i barnevern fra BUP, og hvordan digitale samarbeidsmøter ved bruk av videokonferanse fungerer i samarbeid og veiledning mellom BUP og barnevern.

Forskningsspørsmål: 1) Er videokonsultasjon en egnet metode for psykologisk behandling og oppfølging (fra BUP) av barn i barnevern? 2) Er videokonferanse egnet i samarbeidsmøter mellom BUP og barnevern (og evt. andre tjenester involvert), og i BUPs veiledning overfor barnevernsinstitusjoner? 3) Hvilke gevinster kan økt bruk av videokonsultasjon og videokonferanse gi på tjenestenivå?

En oppsummering av funnene i litteraturgjennomgangen utgjør første del av resultatkapitlet i rapporten (kapittel 3). Deretter sammenstilling av resultater fra intervjuer med behandlere i BUP, og med ungdom og foreldre, samt svar fra ungdom på spørreskjema (kapittel 4).

## 1.3 Økning i bruk av videokonsultasjon

Bruk av videokonsultasjon i behandling og oppfølging i helse- og velferdstjenestene var relativt beskjedent her i landet fram til Covid-19-pandemien, og nedstengingen 12. mars 2020. Da pandemien bidrog til en vesentlig økning innenfor helsetjenestene, skjedde dette ikke minst innen psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge. I første omgang på grunn av behovet for alternativ til fysiske ansikt til ansikt-konsultasjoner og samarbeidsmøter med andre tjenester. Innen psykisk helsevern har sykehusene benyttet seg av telefon- og videokonsultasjoner, og spesielt gjelder dette innen psykisk helsevern for barn og unge.

Ifølge tall fra Samdata for 2020, ble 43 prosent av kontaktene i BUP utført via telefon eller video i 2020<sup>ii</sup>, mot 29 prosent i 2019 (Helsedirektoratet, 2021). I de fleste tilfellene dreier det seg om telefonkontakt. Det var sterkest vekst for telefon- og videokontakter i Nord-Norge og Midt-Norge. Mellom de ulike foretaksområdene varierte andelen telefon- og videokontakter fra 33 til 52 prosent i 2020. De indirekte polikliniske kontaktene (bl.a. tele- og videokonsultasjoner) økte med 4 prosent i 2021 sammenlignet med 2020 (Helsedirektoratet, 2022). Ettersom man også i 2021 var i en periode preget av pandemien, kan denne svake økningen tyde på en «metning» når det gjelder bruk av videokonsultasjon.



Helse- og omsorgsdepartementet har et mål om at andelen video- og telefonkontakter i poliklinikk generelt i spesialisthelsetjenesten skal være minst 15 prosent (Helsedirektoratet, 2021) – et mål som er med i oppdragsbrev til de regionale helseforetakene i 2021 og i 2022. Med økningen i psykisk helsevern for barn og unge nådde man dette målet med god margin i 2020 og 2021. Integrering av videokonsultasjon har blitt en del av den innovasjonsstrategien som beskrives i nasjonal helse og sykehusplan. Planen viser til beregninger (gjort av de regionale helseforetakene) som tilsier at dersom 15 prosent av konsultasjonene for angst og depresjon håndteres nettbasert, vil dette kunne frigjøre 7,5 prosent av totalt antall konsultasjoner, øke konsultasjoner per behandler og spare pasienter for tid og reiseutgifter (Meld. St. 7). Denne kapasiteten, går det fram, kan «brukes til å gi et bedre tilbud til pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg av nettbasert behandling. I tillegg sparer pasientene tid og reiseutgifter» (Meld. St. 7, s. 170). Dette er kun beregninger, og det kan tenkes at man overser faktorer som kan påvirke bildet. For eksempel kan det være at bruk av videokonsultasjon medfører flere og kortere konsultasjoner overfor enkeltpasienter, slik at man ikke sparer tid totalt sett, og dermed ikke skaper forventet rom for å ta inn flere pasienter. For at beregninger av gevinster ved videokonsultasjoner skal være nyttige må de selvsagt også vurderes opp mot resultat av behandlingen.

Et viktig spørsmål nå etter pandemien er hvordan utviklingen vil se ut framover, hvorvidt praksis når det gjelder bruk av videokonsultasjoner opprettholdes, eller om man velger å gå tilbake til fysiske konsultasjoner. På barnevernsfeltet og innen psykisk helsevern til barn og unge vet man foreløpig lite om konsekvensene av overgangen til videokonsultasjon i behandling og samhandling. Denne rapporten presenterer kunnskap og data fra flere kilder – en oppsummering av internasjonal publisert forskning og nasjonale rapporter og pågående prosjekter, samt erfaringer blant behandlere, ungdom og foreldre.

## 2 Metoder

Problemstillingene i rapporten belyses ved en kunnskapsoppsummering (scoping review) kombinert med intervjuer med behandlere i BUP, ungdom og foreldre samt ungdommers svar på en survey.

### 2.1 Kunnskapsoppsummering

Scoping review er en form for kunnskapssyntese som følger en systematisk tilnærming for å kartlegge kunnskapsgrunnlaget og identifisere kunnskapshull, sammenfatte litteratur, avklare begreper eller undersøke konsepter (Tricco et al., 2018). Sammenlignet med en systematisk kunnskapsoppsummering, vil et scoping review inkludere litteratur med et bredere spekter av studiedesign og metodiske tilnærminger (Munn et al., 2018), noe som egner seg godt for å besvare problemstillingene i dette prosjektet. Som beskrevet hos Tricco et al. (2018), er det heller ikke vanlig å gjøre kvalitetsvurderinger av studiene som inkluderes i et scoping review. Vi søkte etter internasjonal og nasjonal forskningslitteratur publisert siste ti år på engelsk og "grålitteratur" i form av nasjonale rapporter. Gjennomføring av vårt scoping review beskrives i kapittel 3.2.

### 2.2 Intervju med behandlere

Det ble gjennomført intervju med åtte behandlere. Dette var behandlere fra ulike BUP'er og med relativt ulike typer av praksis og erfaringer. En hadde sin praksis med ungdommer 13 til 18 år, og svært mye erfaring med videokonsultasjon etter mars 2020. En behandler hadde litt mer spredt erfaring med ungdommer over 13 år, men hadde forsøkt videokonferanse rettet mot barn opp til 12 år. Tre behandlere hadde mye erfaring med videokonsultasjon rettet mot barn og unge med tvangslidelse (OCD<sup>iii</sup>), men også andre diagnoser. En behandler hadde erfaring med tilrettelegging for, og gjennomføring av gruppeterapi gitt via skjerm, men også erfaring med individualterapi. To behandlere hadde erfaring fra akuttpost, som innebar mye veiledning til barnevernsinstitusjonene, i hovedsak gitt via videomøter de siste par årene. Også de andre behandlerne hadde erfaring med digital veiledning rettet mot barnevernet.

Alle behandlerne hadde erfaring med klinisk praksis overfor barn i barnevern, men ingen av dem hadde en klinisk praksis avgrenset til barn i barnevern, eller spesifikke tiltak rettet inn mot denne målgruppen. Behandlerne uttalte seg derfor for en stor del om sine erfaringer med behandling via videokonsultasjon overfor barn og unge generelt, men samtidig med refleksjoner og eksempler knyttet til barn i barnevern.

Intervjuene med behandlerne ble transkribert, og det ble gjort en oppsummerende analyse av følgende hovedtema:

1. Erfaringer fra overgangen til videobasert konsultasjon.
2. Positive og negative erfaringer med videobasert konsultasjon i behandling.
3. Erfaringer når det gjelder hvordan barn opptrer i videokonsultasjon i forhold til ansikt til ansikt.
4. Hvem egner det seg for, og hvem egner det seg ikke for.
5. Virkninger på organisering av arbeidet.
6. Erfaringer med videokonferanse i samarbeidsmøter og veiledning.

### 2.3 Data fra survey blant ungdom i barnevern

I forbindelse med forskningsprosjekt «Helsehjelp til barn i barnevern», ble det gjennomført en survey der det ble sendt ut spørreskjema til ungdom 16 til 23 år som har kontakt med barnevernet. I denne spørreskjemaundersøkelsen var det et eget spørsmålsbatteri med 15 spørsmål om det å motta behandling fra spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern, via skjerm.

Invitasjonen til å delta i undersøkelsen ble sendt ut til barnevernsledere ved samtlige barnevernkontor og til ledere ved alle barnevernsinstitusjoner i Bufetat (statlige og private). I henvendelsen til barnevernsledere og institusjonsledere ba vi om at invitasjonen ble videresendt til ungdommene enten via

SMS, epost, eller andre måter, som de vanligvis brukte for kommunikasjon med dem. Det ble sendt purring.

Det var totalt 221 ungdommer som deltok i surveyen. Av disse var det 32 (15 prosent) ungdommer som hadde erfaring med digital helsetjeneste/videokonsultasjon i forbindelse med behandlingstilbud i BUP eller psykisk helsevern for voksne.

## 2.4 Intervju med ungdom og foreldre

Prosjektet henter inn data fra annet pågående forskningsprosjekt «Helsehjelp til barn i barnevern». Her har vi gjort kvalitative individuelle intervjuer med 27 barn og unge 12-18 år, som enten var i fosterhjem, i institusjon eller hadde hjelpetiltak, men var hjemmeboende. Blant disse var det kun fem som hadde erfaring med behandling i BUP via skjerm. Gitt at de fleste mottok, eller hadde mottatt, behandling fra BUP de siste par år, hadde vi forventning om at flere hadde mottatt videokonsultasjon. Flere av ungdommene vi intervjuet sa imidlertid at de fikk komme til fysisk oppmøte på tross av korona. Dette er jo også i tråd med anbefalingene fra helsemyndighetene under korona, at tjenestene ble oppfordret til å ta ekstra hensyn til sårbare barn og unge. Likeledes var det kun to av de 14 foreldrene vi intervjuet (fosterforeldre og biologiske foreldre) som hadde barn som hadde mottatt videokonsultasjon i BUP.

**Tabell 1 Oversikt over informanter i de ulike datainnsamlingene. Antall med erfaring med videokonferanse**

Datainnsamling	Antall informanter	
	Antall informanter totalt i hovedprosjekt*	Antall informanter med erfaring videokonsultasjon i behandling (i BUP)
Intervjuer med barn og ungdom 12-18 år	27	9
Intervjuer av behandlere i BUP	8	8
Intervjuer med foreldre	14	2
Survey blant ungdom 16-23 år	221	32
<b>Totalt</b>		<b>51</b>

\* Forskningsprosjektet helsehjelp til barn i barnevern (2020-2023), som ledes av SINTEF, med oppdragsgiver Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

## 2.5 Etikk

Prosjektet har data fra flere datainnsamlinger som er lag fram og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata, NSD (ref.nr. 527147, 668204, 871209). Når det gjelder intervjuer av ungdom i barnevern er disse datainnsamlingene lagt fram for Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK (søknadsnr. 426536). Prosjektsøknaden er godkjent av REK.



### 3 Kunnskapsoppsummering

Kapitlet inneholder en systematisk gjennomgang av litteratur med formål å oppsummere kunnskap om bruk av videokonferanse i forbindelse med psykologisk behandling og oppfølging av, og samhandling om, barn og unge som har kontakt med barnevern.

Kunnskapsoppsummeringen er gjort ved et scoping review, der vi først gjennomgår internasjonal forskning, og deretter gjennomgår rapporter som beskriver resultater fra nasjonale prosjekter (såkalt «grålitteratur»). Som introduksjon til vår kunnskapsoppsummering, som er avgrenset til målgruppen *barn og unge i barnevern* som mottar videokonsultasjon, vil vi først i dette kapitlet gjennomgå noen tidligere kunnskapsoppsummeringer som omhandler videokonsultasjon rettet mot *barn og unge generelt*.

#### 3.1 Tidligere kunnskapsoppsummeringer om psykisk helsehjelp gitt ved videokonsultasjon til barn og unge

Det er gjort en del kunnskapsoppsummeringer som omhandler bruk av videokonsultasjon innen psykisk helsehjelp til barn og unge generelt. Vi har ikke identifisert kunnskapsoppsummeringer som (i likhet med vår studie) er avgrenset til psykologisk behandling ved videokonsultasjon (eller andre systemer for e-helse<sup>iv</sup>) rettet mot barn som er i kontakt med barnevern.

**Tabell 2 Tidligere kunnskapsoppsummeringer om VK i psykisk helsetilbud til barn og unge**

	Tids-rom	Antall VK-studier	Fordeler med Videokonsultasjon	Ulemper med Videokonsultasjon	Forskningsbehov Videokonsultasjon
<b>Pesämaa et al., 2004</b>	1966-2003	27	Fordeler først og fremst ute i distriktet. Bedre tilgjengelighet til behandling, tidsbesparende, mindre kostnader, slipper reisetid.	Mister ikke-verbal kommunikasjon.	Gode og kontrollerte studier for å evaluere den kliniske verdien av videokonferanse.
<b>Slone et al., 2012</b>	2000-2010	5	I noen tilfeller bedre enn eller likt ansikt til ansikt behandling (3 RCT'er men kun små og homogene utvalg).	Lavere terapeutisk allianse blant tenåringer.	Studier av hvem det passer for og ikke, av behandler-effekt, psykisk helse-effekt og studier av forholdet terapeut-klient. Undersøke etiske bekymringer i tilknytning til hvem som får et dårligere tilbud.
<b>Boydell et al., 2014</b>	2004-2014	42	Bedre tilgjengelighet til behandling, bedre behandlerkapasitet og positive brukere. Antydes større sannsynlighet for ungdoms deltakelse i behandling.	Reiser spørsmål om personvern, regulering og kontroll.	Nødvendig med studier som setter søkelys på spesifikke diagnoser snarere enn på psykisk helse generelt.
<b>Chakrabarti et al., 2015</b>	2000-2014	14	Bedre tilgjengelighet til behandling, empowerment blant pasientene og tilfredshet blant pasienter og foreldre.	Juridiske, etiske, teknologiske og administrative barrierer. Negative synspunkt på VK blant klinikere.	Behov for forskning på effekter. Metodiske svakheter i eksisterende forskning. Mangel på kosteffekt-data reiser tvil om at VK er levedyktig på sikt.
<b>Ignatowicz et al., 2019, Review av reviews</b>	2009-2015	35 hvorav 20 om VK innen psykisk helse, 7 vedr barn/unge	Generell tilfredshet blant pasienter. Terapeutisk allianse er mulig, ifølge to reviews (men det ene fant ikke bedring i helse).	Mangler evidens om helseutfall, kostnader, etikk og sikkerhet samt helsepersonells tilfredshet.	Behov for forskning på utfall, effekter og implementering.



Pesämaa et al. sitt review av forskning på videokonferanse innen barne- og ungdomspsykiatri dekker perioden 1966 til juni 2003, og identifiserte 27 artikler (Pesämaa et al., 2004). Oppsummeringen tyder på at videokonferanser i denne tidlige fasen bedret tilgjengeligheten til tjenestene. Andre fordeler som nevnes er besparelser i tid, kostnader og reiser. Av ulemper som presiseres er muligheten for å fange opp ikke-verbal kommunikasjon. Forfatterne konkluderer med at videokonferanse har fordeler, først og fremst i spredtbygde strøk med lang avstand til behandlingssted, men at det var behov for studier med gode og kontrollerte studier for å evaluere den *kliniske verdien* av det de på dette tidspunktet, ved starten av 2000, omtaler som en lovende metode innen et psykisk helsetilbud med stadig økende behov for tjenester.

Slone et al. gjennomgår psykososiale intervensjoner innen psykisk helsetjeneste til barn og unge gitt via ulike teknologiske løsninger, og inkluderer kun studier med eksperimentell, kvasi-eksperimentell eller pre-post design - blant dem fem studier av videokonferanse i perioden 2000-2008 (Slone et al., 2012). Tre RCT-studier viste at behandlingen via VK i noen tilfeller hadde bedre effekt enn ansikt til ansikt - eller lik effekt. Slone et al. presiserer at evidensen for effekt er svak ettersom det var få studier om videokonsultasjon, og at studiene hadde små utvalg. Videre at studiene hadde få utfallsmål for psykisk helse-effekt. Et annet viktig poeng var at utvalgene var relativt homogene, og manglet ungdom fra ulike etniske grupper. Slone et al. påpeker behov for mer forskning på behandler-effekt når behandlingen gis digitalt, dvs. hvordan karakteristika ved behandler påvirker klinisk utfall, og behov for forskning på terapeut-klient-forholdet. Tilfredshetsmålinger brukes gjerne for å si noe om dette, men det trengs andre og mer direkte målinger for å finne ut hva som karakteriserer effektiv behandling. Det har stort sett vært behandlingsmodeller med tilnærminger som er kognitiv-atferdsmessig, motiverende intervju eller generelt problemorienterte tilnærminger. Mer generelt må fremtidig forskning finne ut hvor grensene går for telepsykologi – hvem passer det ikke for, når er et ansikt til ansikt-henvisning mer passende – forskning som direkte adresserer etiske bekymringer i tilknytning til hvem som får et dårligere tilbud.

Boydell et al. sitt scoping review fra 2014 inkluderer 42 studier om bruk av videokonferanse i psykiske helsetjenester til barn og unge i perioden 2004-2014 (Boydell et al., 2014). De oppsummerer at forskningen gir god dokumentasjon både når det gjelder behandlingseffekt og når det gjelder gjennomførbarhet for videokonferansebasert tilbud (bruk, tilfredshet, aksept og kostnad). Funnene indikerer at bruk av videokonferanse gir bedre tilgang til behandling, bedre behandlerkapasitet og positive brukere. Videre at brukerne etter hvert blir mer komfortable med, og aksepterende til, bruk av teknologi. En av studiene hadde sett på geografiske forskjeller og fant spesielt høy tilfredshet med videokonferanser hos familier ute i distriktet (Starling, Rosina, Nunn, & Dossetor, 2003). Positive utfall inkluderer økt tilgang til spesialbehandling. Et annet funn er at unge mennesker kan ha større sannsynlighet for å svare på alternative tjenesteleveringsstrategier som videokonferanser eller internettbaserte applikasjoner. Boydell et al konkluderer med at spesielt når det gjelder bruk av videokonferanse er det nødvendig med studier som setter søkelys på spesifikke diagnoser snarere enn på psykisk helse generelt.

Chakrabarti (2015) gir en grundig, kritisk gjennomgang og vurdering av videokonferanse innen psykisk helsetjeneste generelt – på tvers av barn/unge og voksne (Chakrabarti, 2015). Han konkluderer at videokonferansebasert telepsykiatri fremmer bedre tilgjengelighet, empowerment blant pasientene og høy grad av tilfredshet blant dem – og at det på mange måter er sammenlignbart med ansikt til ansikt behandling, men at det kun er begrenset evidens når det gjelder effektivitet, på grunn av metodiske svakheter. Spesielt at det er mangel på kost-effekt-data, noe han mener reiser tvil om at metodikken er levedyktig på sikt. I tillegg kommer det som betegnes som teknologiens luner, negative synspunkt blant klinikere, samt juridiske, etiske og administrative barrierer. Han konkluderer at dette hindrer integrering, og gjør at videokonferanse kun vil være et tillegg til tradisjonelle tjeneste – og kan aldri erstatte ansikt til ansikt behandling, men at veien videre vil være å utvikle hybridmodeller som inkluderer begge deler.

I et review av reviews fra 2019 av videokonferanse brukt ved en rekke langvarige tilstander, inkludert psykisk helse hos barn og unge, konkluderes at forskningen til nå er tvetydig når det gjelder nytte og utfall

(Ignatowicz et al., 2019). Generelt konkluderte review'ene at pasientene er fornøyde, men det var begrenset bevis for virkning på helseutfall. Det var heller ikke evidens for at helsepersonell var tilfreds med bruken av videokonferanse. To reviews fant at terapeutisk allianse var mulig, men den ene gjennomgangen fant likevel ikke kobling til bedre helseutfall. Det konstateres at mens kunnskapsgrunnlaget for bruk av videokonferanse øker, er det enda mangel på data om kostnader, etikk og sikkerhet. Det konkluderes at det trengs å utforskes hvordan videokonferanser kan implementeres på måter som verdsettes av pasienter og klinikere, og hvordan det kan passe inn i helsevesenets organisatoriske og tekniske infrastruktur.

### 3.2 Scoping review - videokonferanse for behandling og samhandling om barn i barnevern

Et scoping review gir en oversikt over hva som fins av litteratur innen et avgrenset område. I motsetning til systematiske reviews som undersøker «hva fungerer»-spørsmål, inkluderer scoping reviews ulike metoder og inneholder vanligvis ikke en vurdering av *kvaliteten* på metodene som brukes i spesifikke studier (Pham et al., 2014). I arbeidet har vi fulgt retningslinjene for scoping reviews, utarbeidet av Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015). Prosessen innebærer å identifisere forskningsspørsmål, utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier, for deretter å søke etter (identifisere) relevant litteratur, velge ut publikasjoner, sortere og presentere publikasjonene (vanligvis forskningslitteratur) som møter inklusjonskriteriene.

Vår kunnskapsoppsummering er designet for å samle kunnskap basert på studier som omhandler psykologisk behandling ved videokonsultasjon i BUP, rettet mot barn og unge i barnevern, og digitale møter for samhandling mellom BUP og barnevern og andre involverte tjenester. Vi undersøker omfang og karakteristika av forskningen, oppsummerer hovedfunn, og identifiserer hull i litteraturen, som kan gi retning når det gjelder framtidig forskning.

**Tabell 3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier i scoping review**

Kriterie	Inklusjon	Eksklusjon
<b>Populasjon</b>	Barn i barnevern som får behandling i BUP	Barn og unge som ikke er i barnevern; barn i barnevern som ikke er i behandling i BUP
<b>Type tiltak 1</b>	Bruk av videokonsultasjon i psykisk helse-behandling og oppfølging	Andre digitale verktøy enn videokonferanse i forbindelse med psykisk helse-behandling og oppfølging
<b>Type tiltak 2</b>	Videokonferanse for samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helse (og i tillegg eventuelle andre tjenester involvert)	Andre digitale verktøy enn videokonferanse i forbindelse med samhandling flere tjenester i forbindelse med psykisk helse. Samarbeid mellom tjenester der hverken barnevern og BUP er involvert.
<b>Type studier</b>	Empiriske primærstudier	Artikler uten empiri (diskusjonsartikler), reviews, masteroppgaver, doktorgradsavhandlinger

For å bli inkludert i vår oppsummering måtte studien være empirisk forskning for å få ny kunnskap og/eller å etterprøve eksisterende kunnskap, og som inneholdt en beskrivelse av metodene for datainnsamling og analyse.

Vi gjennomgikk publiserte forskningsartikler med originale empiriske funn knyttet til bruk av videokonsultasjon i BUP overfor målgruppen i barnevern, og digital samhandling mellom barnevern og BUP, publisert fra januar 2012 til mai 2022. Vi inkluderte artikler publisert på engelsk i peer-reviewed

journaler, dvs. at artiklene er vurdert av fagfeller og akseptert av en redaktør. Tidsrammen ble valgt for å gjennomgå utvikling de siste årene.

### 3.2.1 Søk i internasjonal litteratur

To forskere (MÅ, SLK) utviklet søkestrategien i samarbeid med bibliotekar i SINTEF. Søk i internasjonal litteratur ble utført ved hjelp av databasene Scopus, Web of Science, PubMed, PsycINFO (Ovid), Cinahl Plus, Social Services Abstracts (Proquest), Sociological abstracts (Proquest) and Google Scholar.

Følgende søkestreng ble brukt i databasene Scopus, Web of Science, PubMed, PsycINFO og Cinahl:

("child welfare" or "child protect\*" or "residential youth care" or "residential child care" or "residential care" or "out of home care" or "group home" or "institutional care" or "children's home" or "foster home care" or "foster home" or "foster care" or "foster parent") and (videoconferencing or "video consultation" or "digital communication" or "digital tools" or digital or online or telemedicine or telepsychiatry or telehealth or e-health or e-therapy)

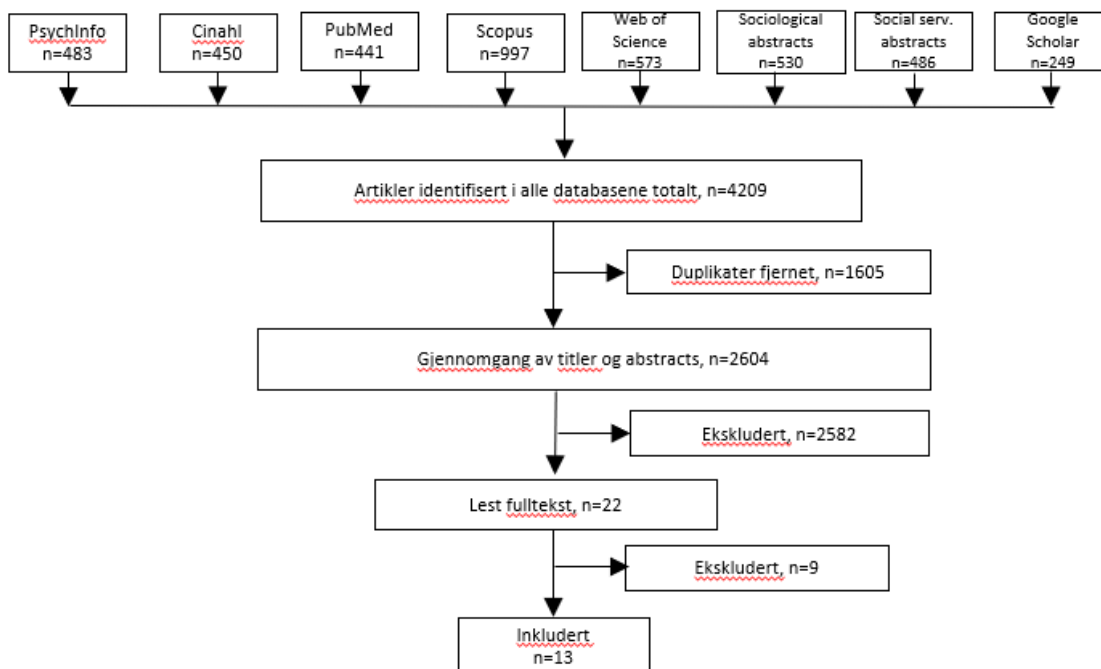
For søk i Social Services Abstract og Sociological abstracts ble begrepet «*online*» ble tatt bort fra søkestrengen over. Grunnen til dette var at vi så (i det første søket) at begrepet ikke ga noe ekstra i forhold til begrepenekun ga irrelevante treff som omhandlet for eksempel at det var blitt gjennomført en *online* survey i studien.

For søk i Google Scholar var søkestrengen som følger (pga redusert rom for bokstaver og tegn):

"child welfare service" OR "child protective service" OR "residential child care" OR "foster care" AND "mental health services" AND "videoconferencing" OR "video consultation"

### 3.2.2 Søkeresultat scoping review

Flytskjemaet i figur 1 under viser utvelgingsprosessen fram mot de inkluderte studiene.



Figur 1 Flytskjema over identifisert fagfelle-vurdert empirisk litteratur

### 3.2.3 Uttrekk av data

Alle studier som omhandlet a) bruk av videokonsultasjon i psykisk helsehjelp til barn og unge i kontakt med barnevern, og b) bruk av videokonferanse i samarbeidsmøter som inkluderte barnevern og spesialisert psykisk helsetjeneste (og evt. andre tjenester involvert) ble identifisert ved gjennomgang av titler og abstracts. Studiene ble gjennomgått og informasjon registrert om: forfattere, tittel og år, land, bakgrunn for studien, mål, tjenester og brukere studien omhandler, innslaget av videokonferanse i studien, metode og data, resultat relatert til bruk av videokonferanse, og konklusjon.

### 3.2.4 Resultat fra scoping review

Søket i databaser for internasjonalt publisert forskningslitteratur resulterte i inklusjon av 13 forskningsartikler som matchet kriteriene for søket. Perioden for søket var januar 2012- mai 2022. Det ble inkludert tre publikasjoner før 2020: en fra 2017, en fra 2018 og en fra 2019. Ingen publikasjoner var fra 2020, sju var fra 2021 og tre fra 2022. Alle de ti publikasjonene etter 2020 hadde fokus på pandemiens innvirkning når det gjaldt innføring, erfaringer og videre bruk av videokonsultasjon og digitale møter i dette fagfeltet. Publikasjonene var fra Danmark, England, Australia, Canada, Chile og USA.

Videre framstilling av de 13 studiene er organisert ut fra tre hovedtema som vi har identifisert i artiklene:

- a) Videokonsultasjon i behandling og oppfølging av barn i barnevern
- b) Videokonferanse i samhandling (team) om barn i barnevern
- c) Bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse (bl.a.) i tjenestene

I det følgende vil vi diskutere studiene under disse hovedtemaene. I tabell 7, på side 36-37, gis en fullstendig oversikt over de tretten studienes tematiske fordeling, hvilken tjenestestetting det er snakk om, hvilke fordeler og ulemper med videokonferanse/videokonsultasjon som rapporteres, og konklusjon. Under hvert av de tre hovedtemaene i presentasjon av resultater, presenteres også hver artikkel enkeltvis med gjennomgang av detaljert informasjon om studien.

#### 3.2.4.1 Videokonsultasjon i behandling og oppfølging av barn i barnevern

Fem av studiene omhandler bruk av videokonsultasjon i behandling av psykiske og psykososiale vansker hos barn og unge som er i kontakt med barnevern. To av disse er publisert før pandemien (studie 1 og 2). De øvrige er publisert i 2021 og 2022. Bortsett fra studie 1, som har pårørende til deltakende barn som informanter, har de øvrige studiene i hovedsak tjenesteytere som informanter. Disse er fra helsetjenestene, sosialtjenestene og i noen tilfeller også skole eller andre instanser.

Tre av studiene har kvalitative datainnsamlinger, to har kvantitative. Data er samlet inn via standardisert instrument for egenrapportering og omsorgsgiverrapport for å måle barns symptomer og tilfredshet med tjenesten (Stewart et al., 2017), survey til behandlere (Malas et al., 2019), behandleres refleksjoner (Eapen et al., 2021), kasusstudier av videokonsultasjoner (Mundt et al., 2021) og fokusgrupper med tjenesteytere innen psykisk helse, somatisk helse og barnevern (Loria et al., 2021).

Når det gjelder resultater som knyttes til bruk av videokonsultasjon i behandling, har flere av studiene fokus på *tilgjengelighet til psykisk helsehjelp*. Alle disse studiene rapporterer om bedre tilgjengelighet til psykisk helsehjelp for ulike spesielt sårbare grupper innen målgruppen barn og unge i barnevern. I Malas et al. sin studie rapporteres om bedre tilgjengelighet til barne- og ungdomspsykiatere (Malas et al., 2019). Stewart et al. konkluderer med bedre tilgang til kognitiv atferdsterapi til ungdommer med PTSD, der barrierene for å motta hjelp var avstand til behandlingssted, fattigdom og manglende språkkunnskaper (Stewart et al., 2017). Knapphet på spesialisert psykisk helsehjelp, og begrenset tilbud og kvalitet på omsorgen i rurale geografiske områder er bakgrunnen i en chilensk studie som omhandler barn under tilsyn av barnevernet (Mundt et al., 2021). Dårligere tilgang til psykisk helsehjelp på grunn av sosial ulikhet er bakgrunn for Eapen et al. (2021) sin studie.

Den eneste studien som spesifikt omhandler *behandlingseffekt* av videokonsultasjon hos målgruppen, er en pilotstudie gjennomført av Stewart et al. (2017). Basert på en pre-post-studie (n=15) av symptomer viser de til resultater med signifikant effekt på PTSD (reduksjon av PTSD symptom). Stewart et al. konkluderer at resultatene er lovende når det gjelder behandlingseffekter ved videokonsultasjon, og at det kan sammenlignes med fysisk setting. To av de øvrige fire studiene om videokonsultasjon i behandling rapporterer også om bedre kvalitet i hjelpen som gis, i hovedsak basert på behandleres oppfatninger (Malas et al., 2019; Mundt et al., 2021). Mundt et al. (2021) viser også at klinikere i barnevernsinstitusjoner opplevde at kontakten med spesialister hjalp dem å diagnostisere og behandle barn i barnevernet med psykososiale behov, og at det bedret behandlingsskapiteten. Malas et al. (2019) viser at telepsykiatritjeneste med tilgang til spesialistkompetanse for primærhelsetjenesten også ga økt tillit i forbindelse med håndtering av medisiner.

De fem studiene om videokonsultasjon i behandling peker også på en rekke negative forhold – ulemper med behandling via skjerm. Eapen et al. (2021) peker på det problematiske i det å være avhengig av teknologisk kompetanse, tilgang på utstyr og på internett, men også om problemer med personvern som kan oppstå, for eksempel der barnet eller ungdommen ikke har tilgang til et eget rom å være på. Videre at det kan hindre klinikers mulighet for undersøkelse forhold i hjemmet, overvåke utvikling, og vurdere risiko og behov for barnevern (Eapen et al., 2021). Loria et al (2021) peker derimot på muligheten for innsikt i hjemmesituasjonen ved videokonsultasjon. I deres studie påpekes usikkerhet om hvordan utvikle terapeutisk relasjon, og problemet som helsepersonellet erfarer med ungdommenes manglende evne til å være fokusert (Loria et al., 2021).

Studiene baserer seg i hovedsak på helse- og sosialpersonell sine erfaringer når de rapporterer fordeler og ulemper med videokonsultasjon i behandling. Til tross for ulemper som kan bety mye for kvaliteten i tilbudet, konkluderer studiene med flere årsaker til at det oppleves nyttig. Det er stor enighet om at det gir bedret tilgjengelighet til spesialisert helsehjelp – at det overkommer barrierer som dreier seg om geografisk avstand, sosial ulikhet og fattigdom. Flere av studiene konkluderer med nytten av å ha kombinerte modeller med ansikt til ansikt og videokonsultasjon (Eapen et al., 2021; Mundt et al., 2021).

Når det gjelder videre forskning på bruk av videokonsultasjon i behandling og oppfølging av barn i barnevern, peker de fem studiene på behovet for mer kunnskap om pasienttilfredshet og kostnadseffektivitet (Archard et al., 2022), hvordan det påvirker praksis, kunnskap og resultater for pasienter og familier på lengre sikt (Malas et al., 2019), på klinikers og pasienters erfaringer, og å teste ut ulike modeller for å optimalisere tilbudet (Eapen et al., 2021), forskning på kliniske effekter hos denne populasjonen med skalering til flere klinikker og med større pasientpopulasjon (Mundt et al., 2021), og forskning for å identifisere og utvikle best praksis innen virtuell traumebehandling (Loria et al., 2021).

**Tabell 4 Gjennomgang av studier om videokonsultasjon i psykologisk behandling og oppfølging av barn i barnevern, artikkel 1-5**

Artikkel 1	Stewart, R. W., Orengo-Aguayo, R. E., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & de Arellano, M. A. (2017). A Pilot Study of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Delivered via Telehealth Technology. <i>Child Maltreat</i> , 22(4), 324-333.
Land	USA
Stikkord	Videokonsultasjon for bedre tilgjengelighet til traumebehandling
Bakgrunn	Det fins betydelige barrierer når det gjelder tilgjengelighet til evidensbasert, traumefokusert behandling blant ungdom med en økonomisk vanskeligstilt bakgrunn, som bor ute i distriktet og som tilhører en etnisk minoritetsgruppe. Dette til tross for den høye prevalensraten for traumeeksponering blant disse sårbare gruppene. Det kan dreie seg for eksempel om problemer med transport til behandlingssted, mangel på forsikring

	(USA), mangel på kulturelle og språkmessig kompetente tjenester, for eksempel for spansktalende barn og familier. Rurale lokalsamfunn kan også ha utfordringer økonomisk og når det gjelder tilgang til spesialister innen psykisk helsetilbud til barn og unge.
Mål	Gjennomføre en pilot for traumefokusert kognitiv atferdsterapi til traumeeksponerte ungdommer (n = 15) ved videokonsultasjon, og som adresserer barrierer for tilgjengelighet.
Tjenester	Spesialisert psykisk helsetjeneste til barn og unge.
Brukere	Barn med PTSD og minst én barriere for tilgang til behandling – avstand til behandlingssted, begrensede engelskkunnskaper osv.
Innslag VK	En til en videokonsultasjon.
Metode og data	Standardiserte instrumenter for egenrapportering og rapport fra omsorgsgiver for å måle barns symptomer og tilfredshet med tjenester, blant annet Telehealth Satisfaction Questionnaire. Målgruppe: barn (n=15) med PTSD 7-18 år, og tilstedeværelse av pårørende (n=15).
Resultat	Behandlingen resulterte i statistisk signifikant og klinisk betydningsfull endring i pre-post-symptomer på PTSD for alle pasienter. Tekniske vanskeligheter var minimale, og så ut til å være relatert til problemer med å logge på programvaren for videokonferanse og Internett med for sakte hastighet.
Konklusjon	Resultatene omtales som lovende når det gjelder behandlingseffekter for videobasert behandling som er sammenlignbare med traumebehandling i en fysisk, kontorbasert setting. Videre at det er et viktig første skritt når det gjelder hvordan man best kan møte psykisk helsebehov hos traumeeksponerte ungdommer som er særlig sårbare (på grunn av geografisk utilgjengelighet, fattigdom, språk etc).  Studien peker på behov for mer forskning for å undersøke pasienttilfredshet og kostnadseffektivitet ved behandlingen.

Artikkel 2	Malas, N., Klein, E., Tengelitsch, E., Kramer, A., Marcus, S., & Quigley, J. (2019). Exploring the Telepsychiatry Experience: Primary Care Provider Perception of the Michigan Child Collaborative Care (MC3) Program. <i>Psychosomatics</i> , 60(2), 179-189.
Land	USA
Stikkord	Tilgjengelighet til behandling.
Bakgrunn	Det er mangel på tilgang til psykiske helsetjenester, spesielt de som tilbys av barne- og ungdomspsykiatere. Samtidig er psykiske og pediatrike helsetjenester i vekst som en del av primærhelsetjenesten. I juni 2017 publiserte American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) en policy som støttet bruk og innføring av telepsykiatri (inkludert videokonsultasjon) som en evidensbasert praksis for å bedre tilgangen til barne- og ungdomspsykiatrisk behandling.
Mål	Undersøke holdninger til telepsykiatri ble gjennomført blant tjenesteytere i primærhelsetjenestene over en 5-års periode, og inneholdt mål på effektivitet, brukervennlighet og tillit til å gi psykisk helsehjelp.



Tjenester	Michigan Child Collaborative Care MC3 er en telepsykiatritjeneste som tilbyr integrerte atferds- og helsekonsultasjoner i primærhelsetjenesten, telefoniske konsultasjoner, videokonsultasjoner og integrert omsorg.
Brukere	Barn og unge med psykisk helsevansker i primærhelsetjenesten
Innslag VK	Telepsykiatritjeneste med integrerte atferds- og helsekonsultasjoner i primærhelsetjenesten.
Metode og data	Survey blant tjenesteytere i primærhelsetjenestene (ga 649 svar av 1475 som fikk skjema (44 prosent).
Resultat	Resultatene viste at tjenesteytere i primærhelsetjenestene oppfattet at programmet ga bedre behandling til ungdom med psykiske lidelser, bedret tillit til at det ble gitt god omsorg, økt tillit i forbindelse med forskrivning og overvåking av psykotrope midler, og bedret tilgang til psykisk helsehjelp for ungdom. Videre at programmet (MC3) var brukervennlig, effektivt og økte primærhelsetjenestenes tillit til at de kunne håndtere psykiske helseproblemer.
Konklusjon	Studien viser at telepsykiatriprogrammet hadde bra aksept i primærhelsetjenestene, og at tjenesteyterne vurderte at de ga et bedre tilbud gjennom dette.  Studien peker også på at fremtidig forskning bør se på hvordan dette påvirker praksis, kunnskap, og resultater for pasienter og familier på lengre sikt.

Artikkel 3	Eapen, V., Dadich, A., Balachandran, S., Dani, A., Howari, R., Sequeria, A. Z., & Singer, J. D. (2021). E-mental health in child psychiatry during Covid-19: an initial attitudinal study. <i>Australasian Psychiatry</i> , 29(5), 498-503.
Land	Australia
Stikkord	Fordeler og ulemper med e-mental health (inkl VK). Tilgjengelighet bedre, men en rekke problematiske faktorer.
Bakgrunn	Covid-19 førte til at psykiske helsetjenester over hele Australia raskt tilpasset seg til sosiale restriksjoner, noe som inkluderte større bruk av e-mental health (samlebetegnelse som refererer til bruk av IKT for å koble pasienter og tjenesteytere i sanntid på tvers av geografi). Denne artikkelen ser på hvordan slike raske tilpasninger påvirket det psykiske helsetilbudet, pasienter og familier, og lærdommer av dette.
Mål	Målet med studien er å lære av overgangen til e-mental health som skjedde på grunn av Covid-19-pandemien – hva som er fordeler og ulemper, sett ut fra tjenesteytere sine erfaringer.
Tjenester	Barne- og ungdomspsykiatrisk tjeneste.
Brukere	Barn og unge og deres familier som mottar barnepsykiatrisk tilbud (studien inkluderes selv om barnevern ikke nevnes spesifikt).
Innslag VK	Begrepet som brukes er e-mental health.
Metode og data	Kvalitativ metode. Fra mars til juni 2020 reflekterte nyutdannede (n=5) og deres barnepsykiatriske veileder (n=1) over tilbudet i barnepsykiatriske tjenester. Det ble utført en leksikalsk analyse av klinikers refleksjoner under Covid-19, da de leverte psykiatritjenester til barn og familier i New South Wales (n = 6) og gikk over til e-mental health.

Resultat	E-mental health kan utvide rekkevidden og tilgangen til psykisk helsehjelp, spesielt for brukere som har dårlig tilgjengelighet på grunn av sosial ulikhet. Likevel kan e-mental health være problematisk fordi det delvis er betinget av teknologisk kompetanse, utstyr, tilgang til internett samt plass/fysisk rom og personvern. Tilsvarende kan e-mental health hindre klinikerens mulighet når det gjelder å gjennomføre undersøkelser, overvåke barns utvikling og vurdere risiko og behov for barnevern.
Konklusjon	Denne undersøkelsen av klinikers holdninger antyder at e-mental health, isolert sett, kanskje ikke alltid møter behovene eller preferansene til klinikere, pasienter og familier under pandemier. Gitt fordelene og begrensningene ved e-mental helse, kan en modell som legger til rette for både ansikt-til-ansikt og e-mental health være verdifull. En slik modell vil kreve praktiske, men fleksible retningslinjer og protokoller som beskytter barns og familiers personvern, beskytter dem mot skade og respekterer behovene og preferansene til barn, familier og klinikere.  Studien peker på behovet for mer forskning på klinikers og pasienters erfaringer med e-mental health, å identifisere faktorer som virker påvirker behandlingsformen, og å teste ut ulike modeller med mål om å optimalisere tilbudet.

Artikkel 4	Mundt, A. P., Irarrázaval, M., Martínez, P., Fernández, O., Martínez, V., & Rojas, G. (2021). Telepsychiatry consultation for primary care treatment of children and adolescents receiving child protective services in Chile: Mixed methods feasibility study. <i>JMIR Public Health and Surveillance</i> , 7(7).
Land	Chile
Stikkord	Videokonferanse for bedre tilgjengelighet for barn i institusjon.
Bakgrunn	Barn og unge som lever under tilsyn av barnevernet har ofte komplekse psykiske helsehjelpsbehov. Knapphet og ulik tilgjengelighet i tilbud fra spesialisert psykisk helseteam (i Chile) kan gi begrenset tilbudet og kvalitet på omsorgen for denne sårbare gruppen. Telepsykiatri (videokonferanse) kan håndtere slike helseulikheter. Teknologibaserte løsninger innen psykisk helsetilbud i områder med lite tjenestetilbud på grunn av geografi, har vært viktig i Chile, og enda viktigere på grunn av Covid-19 pandemien.
Mål	Målet med studien var å evaluere nytten av et program for konsultasjon via telepsykiatri i primærhelsetjeneste (PHC) i behandling av barn og unge som lever under tilsyn av barnevernstjenester.
Tjenester	Barneverntjeneste; psykisk helseteam
Brukere	Barn og ungdom som bor under tilsyn av barnevernstjenester på landsbygda i Chile som ble behandlet i et telepsykiatrisk konsultasjonsprogram (videokonferanse). Gjennomsnittlig alder på deltakerne var 14 år.
Innslag VK	Telepsykiatri = videokonferanse for å gi psykisk helsebehandling.
Metode og data	Kasusstudier med bruk av mixed methods (vekt på kvalitativ). I løpet av en 6-måneders periode ble det holdt 15 videokonferanser for psykisk helsekonsultasjon med 11 barn og 8 klinikere. Informasjon som ble registrert om hver økt var: (1) antall og typer helsepersonell som deltok, varighet (i minutter) av økten og nettverks/tilkoblingsteknologi brukt; (2) kliniskvurdert nytte og aksept og (3) klinisk pasientinformasjon og tiltak som er



	utført eller avtalt for pasientbehandling. Spørreskjema ble brukt til å undersøke erfaringene med telepsykiatri hos PHC-klinikere (telepsykiatri i primærhelsetjenesten) og SMHC-team (spesialisert psykisk helseteam).
Resultat	Implementeringen av telepsykiatri (videokonferanse) ble oppfattet som nyttig, og støttet klinikerne i å diagnostisere og behandle barn og ungdom med komplekse psykososiale omsorgsbehov, som lever under barnevernets tilsyn. Man oppfattet at det bedret behandlingsskapiteten. Begrensninger som for eksempel teknisk tilkobling ble løst i de fleste tilfeller.
Konklusjon	Telepsykiatriprogrammet ble oppfattet som nyttig som en støtte til klinikere i oppfølging av institusjonaliserte barn og ungdom i områder med lite ressurser. Det anbefales å utvikle helsepolitikk for regulering og for å tilføre ressurser for at denne modellen innen psykisk helsetilbud skal bli bærekraftig over tid.  Studien peker på behov for forskning på kliniske effekter hos denne populasjonen. Det foreslås å skalere telepsykiatri til flere klinikker, og med en større pasientpopulasjon.

Artikkel 5	Loria, H., McLeigh, J., Wolfe, K., Conner, E., Smith, V., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2021). Caring for children in foster and kinship care during a pandemic: lessons learned and recommendation. <i>Journal of Public Child Welfare</i> .
Land	USA (Texas)
Stikkord	Lærdommer fra pandemi-perioden – blant dem fordeler og ulemper med VK.
Bakgrunn	Systemene for å støtte barn under barnevernets omsorg; i barnevern, helsevesen, rettsvesenet og lokalsamfunn, var underfinansiert og strukket nesten til bristepunktet før pandemien, og forverret under pandemien. Bakgrunnen for artikkelen var økt bekymring for overgrep og omsorgssvikt under Covid-19 pandemien, og formålet var å identifisere viktige områder for forebygging og intervensjon ved store folkehelsekriser.
Mål	Undersøke virkningen av Covid-19-pandemien på helse og velvære hos barn i barnevernet (slik tjenesteytere vurderte det). Mål å øke kunnskapen om den opplevde virkningen av Covid-19-pandemien på helse og velvære til barn i foster- og slektskapsomsorg, og å identifisere områder for forebygging og intervensjon under store folkehelsekriser.
Tjenester	Helsepersonell samt talspersoner for barn i fosterhjem.
Brukere	Barn i fosterhjem og deres fosterforeldre.
Innslag VK	Diskuterer utnyttelse av telehelse.
Metode og data	Kvalitativ studie. Det ble avholdt totalt fire fokusgrupper innen helse, psykisk helse og barnevern. Deltakerne ble bedt om å beskrive a) virkningen av Covid-19 på barn i fosterhjem, og deres omsorgspersoner, b) barrierer for å få tilgang til helsetjenester under pandemien, og c) strategier som har vært effektive for å håndtere disse barrierene.
Resultat	Temaer som ble identifisert og diskutert: a) utnyttelse av telehelse (positive erfaringer: fikk innsikt i hjemmesituasjon, redusert no-show/ikke-møtt. Negative erfaringer: forvirring omkring varighet av time og refusjon, manglende teknologikunnskap, usikkerhet om hvordan å utvikle terapeutisk relasjon, mangel på utstyr hos ungdommen, ungdommens manglende evne til å være fokusert og bekymring knyttet til fysisk terapi, arbeidsterapi, taleterapi og tidlig intervensjon); b) kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid om barn i fosterhjem var mye enklere å få til, men genererte også mange nye spørsmål;

	sikkerhetshensyn vedrørende mishandling og omsorgssvikt; og plasseringsstabilitet og støtte. Artikkelen avsluttes med anbefalinger på hvert av disse områdene for å sikre helse og velvære til barn i foster- og slektskapsomsorg under en pandemi.
Konklusjon	<p>Covid-19-pandemien ga barnevernet en rekke utfordringer. Den fremhevet eksisterende forskjeller og barrierer for omsorg for barn i fosterhjem blant annet når det gjaldt å tilby medisinske og psykiske helsetjenester, tverrsektoriell kommunikasjon og samarbeid, sikkerhetshensyn for barn, omsorgspersoner og fagpersoner i barnevernet, og faktorer påvirker stabilitet i plasseringstiltak og støtte. Det anbefales å øke tilgangen til viktige tjenester for barn i barnevernstiltak, sikre at standarder for omsorg oppfylles, og skape innovative løsninger for å bygge kapasitet i tjenestene, for å støtte barn og omsorgspersoner involvert i barnevernssystemet. Dette krever tverrsektorielt samarbeid, endringer i policy og finansiering.</p> <p>Studien foreslår mer forskning for å identifisere og utvikle best praksis innen virtuell traumebehandling.</p>

### 3.2.4.2 Videokonferanse i samhandling (team) om barn i barnevern

Tre artikler handler om videokonferanse i samhandling, altså digitale møter der BUP og barnevern og eventuelt flere tjenester samarbeider. I alle tre studiene dreier det seg om arbeid i team.

To studier er kvantitative, og en kvalitativ. Den ene kvantitative er basert på administrative data fra 258 konsultasjoner før pandemien, i mars 2018 og i juni 2020 (Archard et al., 2022), og den andre er en deskriptiv case-undersøkelse i tjenestene (Coon et al., 2022). Den kvalitative studien inneholder kasusstudier med intervjuer i 2020 – 40 intervju med 46 representanter fra ulike tjenester i England, og noen informanter fra tjenester i fem andre land i Europa (Baginsky & Manthorpe, 2021).

Studiene er gjort i perioden 2021-22, og har sterkt fokus på betydning og virkning av pandemien på tjenestetilbudet. Archard et al. studerer konsultasjonspraksis i et tverrfaglig team for psykisk helsetilbud til barn og unge i perioden før, og et stykke inn i pandemien (Archard et al., 2022). Baginsky et al. undersøkte hvordan pandemiens disruptjon førte til nye måter å kommunisere på, hvordan det påvirker profesjonene, og potensialet for langsiktig innvirkning (Baginsky & Manthorpe, 2021). Hos Coon et al. analyseres hvordan tjenesteindikatorene hos et team som arbeider med ungdom i fosterhjem endret seg etter at man gikk fra fysisk oppmøte til telehelsetjenester.

Når det gjelder resultater i de tre artiklene som relaterer seg til fordeler og ulemper av videokonferanse i samhandling, peker disse studiene på de praktiske fordelene relatert til at man slipper lang reisevei. Det pekes fordelen med reduserte reisekostnader (Coon et al., 2022), men også på økt oppmøte fra tjenester som er involvert på grunn av at det er enklere å delta via videomøte (Baginsky & Manthorpe, 2021). Coon et al. rapporterer også at teamet som jobbet med fosterfamilier fikk en betydelig økning i avtaler, og at det ble bedre kontinuitet i atferdstiltak som man jobbet med (Coon et al., 2022). På den annen side ble ikke antall klientkontakter, inntak og avslutning av saker vesentlig redusert. Baginsky et al. sin studie rapporterer at enkelte av informantene oppfattet at samarbeidet bedret seg med digitale møter, at tjenestene var ivrige etter å lære av hverandre, og også at skolen spilte en større rolle i samhandlingen, som en konsekvens av pandemien. Det var imidlertid noe uenighet mellom tjenestene om hvorvidt skolen faktisk var mer involvert blant informantene (Baginsky & Manthorpe, 2021).

Det ble også rapportert om flere negative faktorer i tilknytning til digitale samarbeidsmøter. I Archard et al. sin studie, om team for psykisk helse rettet mot sosialarbeidere, fant man at det var en tendens til at sosialarbeidere deltok på digitalt møte med kamera slått av, og at det dermed var vanskelig å fange opp subtile signaler i kroppsspråk og «emosjonell atmosfære» (Archard et al., 2022). Med det meste av

kommunikasjon og møter online i teamet, uttrykker Baginsky et al. (2021) samtidig bekymring for familier som er digitalt vanskeligstilte.

Oppsummert er det viktige fordeler med digitale samarbeidsmøter i stedet for fysisk oppmøte – først og fremst at det kan øke oppmøte og frekvensen av viktige møter. Dette kan igjen gi bedre kontinuitet samt kjennskap til, og forståelse for hverandres fagfelt. Viktige enkelttjenester kan få større rolle og innvirkning. Ulempe med personer som deltar uten kamera er det mulig å gjøre noe med. Når det gjelder familiers deltakelse i digitale møter må man være oppmerksom på digitalt vanskeligstilte som Baginsky et al. (2021) nevner, men også om tema for møtet i det hele tatt er egnet som digitalt.

Studiene som omhandler digital samhandling, peker på behov for mer forskning på hvilke innvirkninger dette vil få for barn og deres familier, og på ulike steder (Baginsky & Manthorpe, 2021), og behov for å utforske flere typer av tiltak der team jobber (digitalt) med omsorgspersoner, som omhandler for eksempel kommunikasjonsteknikker og sosial ferdighetstrening (Coon et al., 2022).

**Tabell 5 Gjennomgang av studier om videokonferanse i samhandling om barn i barnevern, artikkel 6-8**

Artikkel 6	Archard, P. J., Fitzpatrick, S., Morris, N., & O'Reilly, M. (2021). Consultation in a Specialist Mental Health Team for Vulnerable Children before and during the Early Stages of the Covid-19 Pandemic: Audit Findings and Practice-Based Reflections. <i>Practice</i> , 1-15.
Stikkord	Teamarbeid - reflektert bruk av videokonferanse i team
Land	England
Bakgrunn	I psykisk helsevern for barn og unge (CAMHS) sitt tilbud til barn der barnevern har overtatt omsorgen, og til andre sårbare grupper, er konsultasjon med sosialpersonell og omsorgspersoner en viktig del av tilbudet. Dette i forbindelse med vurdering og behandling av barnet, men også fordi det utgjør viktig støtte til nettverket rundt et barn.
Mål	Identifisere konsultasjonspraksis i et tverrfaglig team for psykisk helsetilbud til barn og unge (CAMHS-team står for child and adolescent mental health services-team) for å identifisere mønstre og forskjeller i opptaket til de forskjellige brukergruppene som teamet hadde et tilbud til i perioden før, og et stykke inn i pandemien. Dette som en nyttig øvelse for planlegging av forløpet.
Tjenester	Tverrfaglig CAMHS-team. Teamet er tverrfaglig og basert på nivå tre av omsorgsnivået i National Health Service, spesialiserte CAMHS-team og leverandører som jobber tett med lokale tjenester inkludert jurist for ungdom, sosialarbeidere, støttepersonell, foreldre eller omsorgspersoner, psykisk helsepersonell.
Brukere	Barn og unge 0-18 år med komplekse, alvorlige og vedvarende psykiske vansker, som bor i kommunal omsorg, er adoptert, lever i familier som er hjemløse, bor i midlertidig herberge, eller er involvert i rettstjenester for ungdom.
Innslag VK	Bruk av videokonferanse i 23 konsultasjoner mellom 30. mars og 5. juni 2020. Artikkelen tematiserer i noen grad bruk av videokonferanse.
Metode	Kvantitativ. Data om 258 konsultasjoner gjennom perioden 28. mars 2018-5. juni 2020. Rutinemessig innsamlet (administrative data).
Resultat	Når det gjelder bruk av videokonferanser påpeker artikkelen viktigheten av å sikre at omsorgspersoner ikke ekskluderes på grunn av begrenset digital kompetanse. Man observerte at mange sosialarbeidere hadde en tendens til å delta på videokonferanser med kameraet slått av, og refererte til dette som mulig «zoom fatigue» på grunn av mye



	tid brukt på nettmøter. Reflekterer over dette relatert til organisasjonskultur og hva som kan stå på spill når det gjelder å bli sett eller ikke. Påpeker at det er vanskelig å fange opp mer subtile signaler i kroppsspråk og emosjonelle atmosfære i videomøte, og at det derfor er viktig å signalisere betydningen av å ha kamera på.
Konklusjon	Pandemien fortsetter å endre landskapet for psykisk helse og tjenestelevering, og de mest sårbare gruppene vil trenge større oppmerksomhet. Denne artikkelen peker på hvordan refleksjons- og revisjonsaktivitet gir muligheter for å tenke over funksjonen til, og praksisen i spesialist CAMHS-tilbud, spesielt i sammenheng med arbeid under Covid-19-pandemien.

Artikkel 7	Baginsky, M., & Manthorpe, J. (2021). Multiagency working between children's social care and schools during Covid-19: case study experiences from English local authorities and international reflections. <i>Journal of Integrated Care</i> . 30(2), 134-145.
Land	England (med refleksjoner fra Australia, Israel, New Zealand, Irland og USA)
Stikkord	Teamarbeid – nye måter å samarbeide på under pandemien
Bakgrunn	En tverrfaglig tilnærming er viktig for å støtte og forbedre barnevernet. Dette er sentral politikk og praksis i England, og mange andre land. Forutsetningen er at dersom fagpersoner fra ulike fagfelt deler sin kunnskap og ferdigheter, vil dette føre til bedre resultater for barn og deres familier. Covid-19-pandemien avbrøt «normal praksis» med slike ordninger.
Mål	Undersøke hvordan pandemiens disruptjon førte til nye måter å kommunisere på, og hvordan det påvirker profesjonene, og potensialet for langsiktig innvirkning i England og andre steder.
Tjenester	Skoler, sosialtjenesten og helsetjenester (hvordan skolene jobber med barnevernet og andre fagpersoner).
Brukere	Sårbare barn og unge gjennom Covid-19-pandemien, som allerede har kontakt med hjelpeapparatet.
Innslag VK	Bruk av videokonferanse er et lite og avgrenset tema i denne artikkelen, med et par poeng på slutten av artikkelen.
Metode	Kvalitativ metode. 40 intervju med 46 tjenesteytere fra ulike tjenester i England + praktikere og strategisk ledelse i fem andre land.
Resultat	Økt oppmøte på møter med flere tjenester ble rapportert og forklart med at dette var mulig ved enkel tilkobling via video i stedet for reiser. Det var tydelig at samtidig som man hadde tilpasset seg på denne måten, var tjenesteyterne ivrige etter å forstå mer om fremtidige konsekvenser, og å lære av hverandre. Man fant også at mange skoler spilte en større rolle i å støtte sårbare og familier i behov for hjelp og støtte gjennom denne perioden. Barnevernet registrerte dette bidraget og oppfattet at kommunikasjonen var blitt bedre, men skoler var delt i spørsmålet om relasjonen hadde blitt bedre. Det meste av kommunikasjon og møter var online, og mens det var en rekke fordeler var det også bekymringer for familier som var digitalt vanskeligstilte.
Konklusjon	Studien gir et bilde av tverrfaglig arbeid under Covid-19-pandemien i året 2020, og identifiserer faktorer som kan forme dette arbeidet videre - i England og internasjonalt. Så er spørsmålet om for eksempel sosialarbeideres økte tilgjengelighet til skolen, som ble rapportert, vil overleve etter pandemien. Videre om nye måter å jobbe på vil føre til, ikke

	<p>bare bedret forståelse av respektive roller, men en dypere forståelse og varig innvirkning på praksis.</p> <p>Studien peker på at det gjenstår å se, og forskes på, hvilke innvirkninger endringer vil få for barn og deres familier, ulike steder.</p>
--	--

Artikkel 8	Coon, J. C., Bush, H., & Rapp, J. T. (2022). Eight Months of Telehealth for a State-Funded Project in Foster Care and Related Services: Progress Made and Lessons Learned. <i>Behaviour Analysis in Practice</i> .
Land	USA
Stikkord	Tjenestekvalitet ved overgang til digitale løsninger i team for arbeid med fosterungdom
Bakgrunn	Som svar på Covid-19-pandemien gikk mange tjenester over til ulike digitale løsninger for å kunne opprettholde tilbudet. Overgangen til telehelse <sup>v</sup> (inkludert videokonferanse) er spesielt viktig for tjenester som jobber med ungdom i fosterhjem med utfordrende atferd fordi disse ungdommene ofte flytter til en annen plassering på grunn av slik atferd.
Mål	Primært mål å evaluere i hvilken grad tjenesteindikatorerne for et statlig finansiert team som arbeider med fosterungdom endret seg etter at modellen for tjenestelevering endret seg fra fysisk oppmøte til telehelsetjenester. Det sekundære målet var å skissere fordeler og barrierer teamet møtte.
Tjenester	Et statlig finansiert team som jobber med ungdom i fosterhjem eller som er adoptert.
Brukere	Ungdommer i alderen 2–18 år som mottok spesifikk tjeneste (for eksempel fosterhjem, adoptert, tjeneste for utsatt ungdom) samt bekymring ved inntak i tjenesten/tiltaket, og de respektive omsorgspersonene (dvs. foreldre, fosterforeldre eller biologiske foreldre).
Innslag VK	Overgangen til videokonferansebasert oppfølging av brukergruppen. Tiltakene omhandler ikke direkte psykologisk behandling.
Metode og data	Kvantitativ. Deskriptiv studie basert på enkel survey rettet mot tjenester der man evaluerte endringer i månedlig telling av antall klientkontakter, avtaler, inntak, avsluttede saker og gjennomgang av medisin.
Resultat	Artikkelen bidrar med kunnskap om indikatorer for bedre og dårligere tjenestelevering ved bruk av videokonferanse. Antall klientkontakter, inntak, medisingjennomgang, avslutning av saker ble ikke vesentlig redusert etter overgangen til telehelse. Avtaler med familier økte betydelig, og det ble bedre kontinuitet i atferdstiltak. Det ble også utviklet en prosedyre i tilknytning til kontroll med medisiner. Teamet opplevde også betydelige kostnadsbesparelser ved å redusere reisekostnadene.
Konklusjon	<p>Artikkelen konkluderer at man opprettholdt tjenestekvaliteten gjennom Covid-19-pandemien med et bredt spekter av tilbud, og økte også antallet klientavtaler. Gitt disse resultatene, kan teamet fortsette å tilby tjenester via telehelse etter Covid-19-pandemien. Selv om teamet erfarte mange fordeler med telehelsemodell, og at man generelt sett var tilfreds med endringen, er det viktig å vurdere de negative effektene telehelse kan føre til, og å utvikle protokoll til hjelp når det gjelder stress i tilknytning til ved telehelse.</p> <p>Studien på at man bør evaluere omsorgspersoners forutsetninger for å gjennomføre ulike intervensjoner ved ulike typer av instruksjoner, muntlig eller tekstlig eller begge deler – eller om det er behov for mer støtte. Videre at en bør utforske flere typer av intervensjoner som omhandler kommunikasjonsteknikker, sosial ferdighetstrening etc.</p>

### 3.2.4.3 Bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse i tjenestene

Fem artikler handler om det vi har identifisert som bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse i tjenestene. En er kvantitativ, og resten kvalitative. Den første studien er fra 2018, og før pandemien, mens resten relaterer seg til pandemien, og endringer i tjenestene forårsaket av en situasjon med Covid-19-restriksjoner i tjenestene, som gjorde at bruk av videokonferanse fikk et sterkt oppsving på veldig kort tid.

Den ene kvantitative studien er en undersøkelse med informanter fra ulike psykisk helsetjenester som ser på bruk og aksept av telehelseteknologi (telefon- og videoteknologi) og intensjon om å bruke teknologien (Molfenter et al., 2021). Mackrill & Ebsen sin kvalitative studie inneholder data fra feltnotater fra en innovasjon (app-utvikling) der holdninger til digital teknologi studeres (Mackrill & Ebsen, 2018). Mishna et al. sine to studier er basert på intervju med sosialarbeidere før og etter Covid-19 i mars 2020 for å utforske sosialarbeideres bruk av IKT (Mishna et al., 2022; Mishna et al., 2021). Pink et al. sin studie av videosamtaler og annen digital praksis, har data fra intervjuer blant sosialarbeidere og familievern i England (Pink et al., 2022).

Mishna et al., i sin studie fra 2021 blant sosialarbeidere i Canada, karakteriserer utviklingen gjennom pandemien som et paradigmeskifte i bruk av IKT innen sosialt arbeid. De peker på virkninger av denne overgangen som at det har gitt økt bevissthet omkring tilgjengelighet til tjenestene og bevissthet om konfidensialitet og personvern ved at pandemien ga nye problemstillinger som man måtte forholde seg til. Videre at det tøyde grensene for fagfolk mellom arbeid og privat, for eksempel i tilknytning til brukeres forventning om å få svar på epost etter arbeidstid. I Mishna et al. sin andre studie i 2022, pekes på økt tilgang for enkelte brukere, men også på en rekke barrierer til tjenesten skapt ved IKT: at man ikke fikk trent på å gå ut til fysiske avtaler dersom tilbudet var digitalt, eller at man opplevde videosamtaler som mer distraherende. Det var også barrierer for enkelte i tilgang til digital tjeneste blant annet på grunn av mangel på internett og digital literacy (Mishna et al., 2022).

Molfenter et al., i sin studie blant helse- og sosialpersonell i 22 stater i USA i perioden mai-august 2020, viste utbredt bruk av teknologi og at man var positive til videobaserte tjenester, at flertallet hadde til hensikt å bruke teknologi etter pandemien, og at video var mer ønskelig enn telefon (Molfenter et al., 2021).

Mackrill et al. og Pink et al. studerer begge forholdet mellom sosialt arbeid og digital teknologi, henholdsvis i Danmark og England. Mackrill et al. finner tendens til at tjenesteytere forventes å bruke digital teknologi uten opplæring, og peker på en rekke misforståelser i vurdering av digital teknologi (Mackrill & Ebsen, 2018). De argumenterer for at forholdet mellom sosialt arbeid og digital teknologi er kompleks, og at man i utviklingen av digitale teknologier må forstå denne kompleksiteten. Pink et al. finner at digitalt sosialt arbeid kan tilby noe *annet* heller enn noe som er dårligere, og argumenterer for et konsept om «digitalt sosialt arbeid» som en hybrid praksis, og uunngåelig i sosialt arbeids praksis.

Disse studiene viser at det skjer et paradigmeskifte i tjenestene, basert på innføring av teknologi for kommunikasjon. I hovedsak er utviklingen akseptert og ønsket, og har også ført til økt bevissthet i arbeidet. Mye tyder på at dette er en uunngåelig utvikling, og at utfordringene framover blir, som Mishna et al påpeker – i stedet for å gå tilbake til måten ting fungerte på tidligere å bruke muligheten til å utvikle klientsentrerte modeller for tjenestelevering (Mishna et al., 2022).

Studiene påpeker at det trengs forskning på implikasjonene av endringene i IKT-bruk for brukere og sosialarbeidere – inkludert bruk av videokonferanse (Mishna et al., 2021). Molfenter et al. foreslår forskning både på virkninger på tilbudet og på utfall for pasienter, samt grad av aksept av teknologiene. De mener det særlig trengs praksis og forskning for å finne ut måter å integrere person-, telefon- og videobaserte tjenester, slik at de blir mest mulig pasientsentrerte og oppnår best mulige resultater (Molfenter et al., 2021).



**Tabell 6 Gjennomgang av studier om bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse, artikkel 9-13**

Artikkel 9	Mackrill, T., & Ebsen, F. (2018). Key misconceptions when assessing digital technology for municipal youth social work. <i>European Journal of Social Work</i> , 21(6), 942-953.
Land	Danmark
Stikkord	Konsekvenser av digitale teknologier utforskes ikke godt nok før implementering
Bakgrunn	Kommunalt sosialt arbeid rettet mot ungdom er sterkt påvirket av digital teknologi, til tross for at det er lite forskning på effekten av digital teknologi på myndighetsarbeid med unge.
Mål	Artikkelen presenterer en rekke misforståelser i vurderingen av digitale teknologier, slik den utvikles i kommunene, noe som kom fram i forbindelse med utviklingen av et app-system som hadde som formål å forbedre kommunikasjonen mellom unge og deres saksbehandlere.
Tjenester	Sosialt arbeid i kommunalt forebyggende arbeid.
Brukere	Ungdom i kontakt med sosialarbeidere i kommunen.
Innslag VK	Ikke om videokonferanse, men verktøyet "MySocialworker" - et digitalt system med mål om å bygge bro mellom sårbar ungdom 15-23 år og deres saksbehandler. En App for unge og en web interface (nettgrensesnitt) for saksbehandleren.
Metode og data	Kvalitativ metode. Analysert feltnotater fra tjenesteutvikling, samt presentert og diskuterer dem med praktikere og forskere.
Resultat	Misforståelsene i vurdering av digitale teknologier handlet om: hvordan teknologier og kontekster varierer; hvordan teknologier påvirker relasjonen til saksbehandleren; hvordan digitalisering påvirker sosial rettferdighet; skille mellom teknologien og bruken av den; digitalisering og standardisering; interessante og funksjonelle modeller for myndighetsarbeid.
Konklusjon	Artikkelen konkluderer at forholdet mellom sosialt arbeid og digital teknologi er kompleks, og at utviklingen av digitale teknologier må være basert på en forståelse av denne kompleksiteten. Det er tendens til at profesjonelle forventes å bruke digital teknologi uten noen gang å ha fått opplæring i hvordan å bruke det. Kommuner og saksbehandlere må ikke overlates til seg selv, men må få ekstern støtte når de skal bruke, utvikle og implementere digital teknologi, som tar hensyn til feltets kompleksitet, og ikke minst hvor raskt teknologien og rettsgrunnlaget endrer seg.

Artikkel 10	Mishna, F., Milne, E., Bogo, M., & Pereira, L. F. (2021). Responding to COVID-19: New trends in social workers' use of information and communication technology. <i>Clinical Social Work Journal</i> , 49(4), 484-494.
Land	Canada
Stikkord	Endring IKT-bruk (fra uformell til formell) som resultat av Covid-19-pandemien.
Bakgrunn	COVID-19 har endret konteksten for bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) globalt. Ettersom man måtte begrense praksis ansikt til ansikt, gikk nesten all kommunikasjon med klienter over til IKT. Fra april 2019 gjennomførte man semistrukturerte intervjuer med sosialarbeidere fra fire foretak.

Mål	Formålet var å undersøke sosialarbeideres uformelle IKT-bruk med sine brukere.
Tjenester	Sosialt arbeid i fire byråer som betjener ulike populasjoner i store byer i Canada.
Brukere	Tjenestene er rettet mot ulike populasjoner av ungdom og voksne med en rekke individuelle, familie og gruppetilbud.
Innslag VK	Omhandler videokonferanse tatt i bruk under COVID, men også bruk av tekstmeldinger og epost.
Metode og data	Kvalitative intervjuer av sosialarbeideres uformelle IKT-bruk i 2019. Omtrent 6 uker etter nedstengning i mars 2020 på grunn av COVID-19, ble det gjort nye intervjuer med sosialarbeidere (n = 11) som utforsket sosialarbeideres bruk av IKT med klienter i sammenheng med COVID-19.
Resultat	Analyse av transkriberte intervjuer viste at COVID-19-konteksten hadde generert to hovedtemaer. Det ene temaet var et paradigmeskifte for sosialarbeidere, preget av: (a) ulike IKT-alternativer, (b) klientdrevet tilnærming (fleksibilitet i forhold til behov og preferanser hos bruker, for eksempel valg av IKT-plattform eller telefon), (c) nødvendig kreativitet. Det andre temaet var virkningen av denne overgangen (impact) som innebar: (a) større bevissthet om klienters tilgjengelighet til tjenester, (b) konfidensialitet og personvern (nye problemstillinger som man måtte forholde seg til), og (c) grenser for fagfolk mellom arbeid og privat (for eksempel forventning fra klienter om å få svar på epost etter arbeidstid).
Konklusjon	Studien viser at på grunn av pandemien har det skjedd et paradigmeskifte i bruk av IKT innen sosialt arbeid, men at det trengs forskning på implikasjonene for klienter så vel som for sosialarbeidere. Eksempelvis trengs forskning på de markante endringene som bruk av videokonferanse versus «uformell» IKT-bruk (for eksempel epost) som del av terapeutisk kommunikasjon, særlig fordi studien tyder på at det fins lite «formell» ansikt til ansikt-behandling.

Artikkel 11	Molfenter, T., Heitkamp, T., Murphy, A. A., Tapscott, S., Behlman, S., & Cody, O. J. (2021). Use of Telehealth in Mental Health (MH) Services During and After COVID-19. <i>Community Ment Health J</i> , 57(7), 1244-1251.
Land	USA
Stikkord	Bruk og aksept av telehelse (inkl videokonsultasjon) innen psykisk helsetjeneste, og intensjon om videre bruk
Bakgrunn	WHO's erklæring om folkehelsekrise av internasjonal bekymring skapte umiddelbare utfordringer for psykisk helsetjenester når det gjaldt behov for tjenester samtidig som pandemien la begrensning på fysiske møter. Regler for sosial distanse førte til en rask overgang til telefon- og videoteknologier for å kunne levere psykiske helsetjenester.
Mål	Studien undersøkte: (a) bruk av telehelse på tvers av psykisk helsetjenestekontinuumet; (b) aksept av telehelse; og (c) tilbydernes intensjon om å bruke telehelse etter pandemien
Tjenester	Helse og sosialtjenestene (rådgivere, sosialarbeidere, psykologer, saksbehandlere og psykiatere)
Brukere	Brukere på tvers av psykisk helsetjenester.
Innslag VK	Telehelse: telefon- og videoteknologier.



Metode og data	Survey i et utvalg på 327 psykisk helsetjenester/organisasjoner fra 22 stater i perioden mai–august 2020. Respondenter var klinikere innen helse og sosialtjenestene (f.eks. rådgivere, sosialarbeidere, psykologer, saksbehandlere og psykiatere). 50-50 klinikere og administratorer.
Resultat	Resultatet av surveyen viste en utbredt bruk av teknologi. Mer enn 69 % av tjenestene/organisasjonene rapporterte at de brukte telefon eller video for de fleste av sine tjenester. Betydelig flere hadde til hensikt å bruke teknologi i tjenesten etter pandemien enn de som ikke hadde det. Bruk av video ble sett på som mer ønskelig blant klinikerne sammenlignet med telefon.
Konklusjon	Artikkelen konkluderer at med den generelle oppfatning av brukervennlighet og nytte av videobaserte tjenester og visse telefontjenester ga dette lovende utsikter for bruk av disse tjenestene etter Covid-19-pandemien.  Studien foreslår at fremtidige studier bør fortsette å vurdere grad av aksept av disse teknologiene når det gjelder tjenestelevering, og hvordan det virker inn på tilbudet og utfall for pasientene. Særlig trengs praksis og forskning for å finne ut måter å integrere person-, telefon- og videobaserte tjenester slik at de blir mest mulig pasientsentrerte og oppnår best mulige resultater.

Artikkel 12	Mishna, F., Milne, B., Sanders, J., & Greenblatt, A. (2022). Social Work Practice During COVID-19: Client Needs and Boundary Challenges. <i>Global social welfare: research, policy &amp; practice</i> 9(2), 113-120.
Land	Canada
Stikkord	Utfordringer og nytte ved IKT-bruk gjennom Covid-19-pandemien.
Bakgrunn	Informasjons- og kommunikasjonsteknologier (IKT) gjennomsyret sosialarbeidernes praksis lenge før utbruddet av Covid-19, men nedstengning resulterte i en enestående økning av digital teknologi i praksis over hele verden.
Mål	Undersøke praktikerens og klienters perspektiv på tjenestetilbudet før og under Covid-19
Tjenester	Sosialt arbeid i fire byråer som betjener ulike populasjoner i store byer i Canada.
Brukere	Tjenestene er rettet mot ulike populasjoner av ungdom og voksne med en rekke individuelle, familie og gruppetilbud.
Innslag VK	Funnene handler mest om grensesetting relatert til IKT responstid.
Metode og data	Kvalitative intervjuer av 27 praktikere (sosialarbeidere) og 22 klienter. 11 praktikere ble intervjuet både før og etter COVID-19-nedstengningen.
Resultat	Resultatet viste at Covid-19-konteksten hadde ført til et paradigmeskifte i sosialarbeidernes IKT-bruk, med to nøkkeltemaer identifisert: (1) grenseutfordringer og (2) klienters divergerende IKT-behov. Overgangen til IKT økte enkelte brukeres tilgang til tjenesten, for eksempel klienter i utkantstrøk eller personer med psykisk helseproblemer. Andre mente avhengigheten av IKT skapte barrierer til å nå tjenesten, for eksempel at man ikke fikk trent på å gå ut til fysiske avtaler dersom tilbudet var digitalt, eller at man opplevde videosamtaler som mer distraherende. Det var også barrierer for enkelte i tilgang til digital tjeneste, blant annet på grunn av mangel på internett og digital literacy.



Konklusjon	Studien konkluderer at Covid-19-konteksten har gitt en unik mulighet til å reflektere over utfordringene som eksisterte både før og under pandemien, og som vil bestå utover pandemien. I stedet for å prøve å gå tilbake til måten ting fungerte på tidligere, er dette en mulighet til å utvikle klientsentrerte modeller for tjenestelevering med flere muligheter for tilgang. Samtidig er det avgjørende å utvikle retningslinjer og støtte for utøvere for å opprettholde grenser samt tilfredshet.
------------	---

Artikkel 13	Pink, S., Ferguson, H., & Kelly, L. (2022). Digital social work: Conceptualising a hybrid anticipatory practice. <i>Qualitative Social Work</i> , 21(2), 413-430.
Land	England
Stikkord	Digitalt sosialt arbeid er uunngåelig, og en hybrid form for praksis.
Bakgrunn	Digitale medier og teknologier har påvirket sosialt arbeid i flere år. Utviklingen har akselerert dramatisk under Covid-19-pandemien på grunn av behovet for fysisk distansering, og overgang til systematisk bruk av videosamtaler og annen digital praksis for å samhandle med tjenestebrukere. Artikkelen tar utgangspunkt i forskning på barnevern for å vise hvordan digitalt sosialt arbeid ble brukt under pandemien, kritisk analysere de helsepolitiske svarene, og gjøre nye konsepter, hentet fra digital- og designantropologi, tilgjengelig for profesjonen for å hjelpe den med å forstå denne utviklingen.
Tjenester	Barnevern i fire lokale myndighetsområder i England.
Brukere	Brukere i barnevern.
Mål	Studien har to mål. Først for å fremme konseptet Digitalt sosialt arbeid som en hybrid form for sosialt arbeids praksis, som inkorporerer og foregriper det fysiske hjemmebesøket, i stedet for å være atskilt fra det. For det andre å bruke dette konseptet for å presentere funnene og implikasjonene av forskning på bruk av digitale teknologier og medier i barnevernets praksis, under Covid-19-pandemien i Storbritannia.
Innslag VK	Videosamtaler og annen digital praksis for å samhandle med tjenestebrukere.
Metode og data	Kvalitative intervjuer og digital observasjon. Følgende 41 kvinner og 7 menn ble intervjuet: 29 sosialarbeidere, 10 ledere i sosialt arbeid og 9 familiestøttee arbeidere - alle involvert i barnevern, fra fire lokale myndighetsområder i England. Informantene ble intervjuet hver måned i perioden april og desember 2020. Observerte 4 sosialarbeideres videoopptak av digitale møter med familier, fulgt av intervju med hver sosialarbeider, og intervju med 22 familiemedlemmer. Metodisk tilnærming bygger på etnografisk-teoretiske dialoger generert i digital antropologi.
Resultat	Mens reaksjoner blant informantene var å degradere digital praksis til i beste fall en siste utvei, argumenteres det for at det digitale nå er et uunngåelig og nødvendig element i sosial arbeidspraksis. Fant at forskjellene mellom videosamtaler og fysiske møter på kontoret ble utvisket, og at digitalt sosialt arbeid kan tilby noe annet heller enn noe som er dårligere.
Konklusjon	Artikkelen argumenterer for et konsept om "digitalt sosialt arbeid" som en hybrid praksis, forstått som et uunngåelig og nødvendig element i sosialt arbeids praksis. Innsikten gjennom pandemien kan mobiliseres for å forme et rammeverk for en tilpasningsdyktig digital sosialt arbeids praksis og opplæring som vil gjøre sosialarbeidere bedre i stand til å

evaluere når og hvordan digitale teknologier og medier best vil støtte deres praksis og vurderinger. Et slikt rammeverk vil både være til nytte for sosialarbeidere og familier i dagens digitale hverdagsmiljøer og bør være fremtidssikret for raske reaksjoner på hittil ukjente katastrofesituasjoner, som pandemier.

### 3.2.5 Oppsummering scoping review – internasjonalt søk

Søket i databaser for internasjonalt publisert forskningslitteratur i perioden 2012-2022 ga 13 forskningsartikler fra seks ulike land (Danmark, England, Australia, Canada, Chile og USA), som matchet kriteriene for søket. Ti av artiklene var publisert i 2021 og 2022, og hadde fokus på pandemiens innvirkning blant annet at Covid-19-konteksten har gitt en unik mulighet til å reflektere over utfordringene som eksisterte før og under pandemien, og som vil bestå utover pandemien. Bruk av videokonferanse har økt betraktelig i omfang. Studiene inkludert i kunnskapsoppsummeringen gir innblikk i muligheter og fallgruver.

Når det gjelder bruk av videokonsultasjon *i behandling og oppfølging av barn i barnevern*, identifiserte søket fem studier. I hovedsak baserer disse seg på helse- og sosialpersonell sine erfaringer og oppfatninger. Studiene indikerer at videokonsultasjon gir bedret tilgjengelighet til spesialisert psykisk helsehjelp ved at man omgår barrierer som dreier seg om faktorer som geografisk avstand, sosial ulikhet og fattigdom. Flere studier indikerer god kvalitet i behandlingen, men kun en studie baserer seg på et datagrunnlag med symptomer hos pasientene (pre-post videokonsultasjon), mens de andre er basert på behandlernes oppfatninger. Det pekes også på en rekke negative forhold når det gjelder videokonsultasjon som for eksempel at man er avhengig av teknologisk kompetanse, tilgang på utstyr og på internett og personvern. Videre det uheldige ved at man ikke på samme vis får undersøkt forhold i hjemmet, overvåke utvikling, og vurdere risiko og behov for barnevern. Et annet tema er hvordan man kan utvikle terapeutisk relasjon, og problem med manglende evne til å være fokusert i terapien når det er på skjerm. Det pekes på behovet for mer forskning, blant annet på kliniske effekter.

Det andre hovedtemaet i litteraturgjennomgangen dreier seg om *videokonferanse i samhandling (team)* om barn i barnevern. Her identifiserte søket tre studier. Fordeler med digitale samarbeidsmøter i stedet for fysisk oppmøte knyttes først og fremst til at det kan øke oppmøte og frekvensen av viktige møter. Dette igjen kan gi bedre kontinuitet samt kjennskap til, og forståelse for hverandres fagfelt. Viktige enkelttjenester kan få større rolle og innvirkning. Det pekes på ulempe med personer i tjenestene som deltar uten kamera, noe som reduserer muligheten til å fange opp mer subtile signaler (kroppsspråk og atmosfære). Det pekes videre på behovet for oppmerksomhet på digitalt vanskeligstilte familier når det er aktuelt å innlemme dem i møtet, samt unngå tema som ikke er egnet for digitale møter.

Det tredje hovedtemaet vi identifiserte i studiene omhandlet *bruk, bevissthet og aksept av videokonferanse* (og andre teknologier) i tjenestene. Studiene indikerer at det skjer et paradigmeskifte, basert på stor økning i teknologibruk, herunder videokonferanse. Hovedinntrykket er at utviklingen er akseptert og ønsket, og også har ført til økt bevissthet i arbeidet. Videre at det er en uunngåelig utvikling, og at utfordringene framover blir å bruke muligheten til å utvikle gode klientsentrerte modeller for tjenestelevering. Studiene påpeker at det trengs forskning på implikasjonene av endringene for brukere og tjenesteytere - hvordan det virker inn på tilbudet, og effekter av tilbud for pasientene.

Kunnskapsoppsummeringen peker på behov for mer kunnskap både om hvordan teknologien virker på klinikers og pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingstilbudet, og hvordan det påvirker praksis, kunnskap og resultater for pasienter og familier på lengre sikt. Dette gjelder både videokonsultasjon i behandling, og bruk av videokonferanse i samhandling mellom tjenester. Ikke minst pekes det på behov for mer forskning på kliniske effekter.



Det er en vesentlig svakhet at de tretten studiene nesten utelukkende baserer seg på tjenesteyteres erfaringer og holdninger, og evaluering av egen virksomhet. Det er ingen studier som har med barn og ungdoms perspektiver – altså ingen brukerstudier. Det er heller ingen av studiene der det rapporteres brukerinvolvering. Det er ingen av studiene som direkte måler effekter av videokonsultasjon på behandlingskvalitet. Det nærmeste i så måte er en studie av pre-post på symptomer i en gruppe på 15 ungdommer som mottar traumebasert terapi via videokonsultasjon. Flere av studiene er relativt avgrenset når det gjelder antall informanter.

Tabellen på de neste sidene gir en oversikt over de 13 inkluderte studiene.

**Tabell 7 Oversikt over de 13 artikler inkludert i scoping review, fordelt på tre hovedtema**

Nr.	Hovedtema	Forfattere	Tjenestesetting	Fordeler og ulemper med videokonferanse	Konklusjon
1	VK i behandling (behandlings-effekt)	Stewart et al. (2017)	Spesialisert psykisk helsetjeneste til barn og unge (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signifikant effekt PTSD (pre-post-symptomer)</li> <li>• Viktig første skritt mht helsebehov hos særlig sårbare grupper (geografisk, fattigdom, språk)</li> <li>• Minimale tekniske vansker</li> </ul>	Resultatene er lovende når det gjelder behandlingseffekter for VK-behandling, og kan sammenlignes med fysisk setting.
2	VK i behandling (tjenesteyteres erfaringer)	Malas et al. (2019)	Telepsykiatritjeneste med integrerte atferds- og helsekonsultasjoner i primærhelsetjenesten (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primærhelsetjenesten oppfattet at programmet ga: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bedre tilgang til psykisk helsehjelp</li> <li>○ Bedre kvalitet i hjelpen</li> <li>○ Økt tillit i forbindelse med medisiner</li> </ul> </li> </ul>	Telepsykiatriprogrammet hadde bra aksept i primærhelsetjenestene, og tjenesteyterne vurderer at de gir et bedre tilbud gjennom dette.
3	VK i behandling (tjenesteyteres erfaringer)	Eapen et al. (2021)	Barne- og ungdomspsykiatrisk tjeneste (nyutdannedes og deres veiledere) (Australia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre tilgjengelighet til psykisk helsehjelp</li> <li>• Kan være problematisk ettersom delvis betinget av teknologisk kompetanse, utstyr, internettilgang, fysisk rom/personvern</li> <li>• Kan hindre klinikers mulighet for undersøkelse, overvåke utvikling, vurdere risiko og behov for barnevern</li> </ul>	Kombinert modell med både ansikt-til-ansikt og VK kan være verdifull. Det vil kreve praktiske, fleksible retningslinjer som beskytter barns og familiers personvern og respekterer behovene og preferansene til barn, familier og klinikere.
4	VK i behandling (tjenesteyteres erfaringer)	Mundt et al. (2021)	Barneverntjeneste; psykisk helseteam (Chile)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering av VK oppfattet som nyttig</li> <li>• Støttet klinikerne i å diagnostisere og behandle barn i barnevernet med psykososiale behov</li> <li>• Oppfattet at det bedret behandlingsskapiteten</li> <li>• Tekniske problemer løst i de fleste tilfeller</li> </ul>	VK oppfattet som nyttig som støtte til klinikerne i oppfølging av institusjoniserte barn og ungdom i områder med få ressurser. Trengs forskning på kliniske effektene hos denne populasjonen.
5	VK i behandling og samhandling (tjenesteyteres erfaringer)	Loria et al. (2021)	Helsepersonell samt talspersoner for barn i fosterhjem om VK (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innsikt i hjemmesituasjon / redusert «ikke-møtt»</li> <li>• Usikkerhet om hvordan utvikle terapeutisk relasjon</li> <li>• Mangel på utstyr hos ungdommen</li> <li>• Ungdommens manglende evne til å være fokusert</li> <li>• Manglende teknologikunnskap</li> </ul>	Behov for å øke tilgangen til tjenester for barn i barnevernstiltak, sikre at standarder for omsorg oppfylles, og skape innovative løsninger for å bygge kapasitet.
6	VK i samhandling (team)	Archard et al. (2021)	Team for psykisk helse barn og unge der barnevern har overtatt omsorgen, rettet mot sosialpersonell og omsorgspersoner (England)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendens til at sosialarbeidere deltok på VK med kamera slått av</li> <li>• Vanskelig å fange opp subtile signaler i kroppsspråk og emosjonell atmosfære</li> </ul>	Pandemien endrer landskapet for psykisk helse og tjenestelevering. Viktig med refleksjon over funksjon og praksis.



7	VK i samhandling (team)	Baginsky et al. (2021)	Tverrfaglig samarbeid mellom skoler, sosialtjenesten og helsetjenester (England)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Økt oppmøte pga enkelt via VK</li><li>• Ivrig etter å lære av hverandre</li><li>• Skolen spilte større rolle</li><li>• Enkelte oppfattet bedre samarbeid</li><li>• Bekymring for digitalt vanskeligstilte familier</li></ul>	Studien identifiserer tverrfaglig arbeid under pandemien og faktorer som kan forme arbeidet videre. Spørsmålet er om praksis overlever etter pandemien, og om man oppnår dypere forståelse.
8	VK i samhandling (team)	Coon et al. (2022)	Team som jobber med ungdom i fosterhjem eller som er adoptert	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antall klientkontakter, inntak, avslutning av saker ikke vesentlig redusert</li><li>• Avtaler med familier økte betydelig og det ble bedre kontinuitet i atferdstiltak</li><li>• Reduserte reisekostnadene</li></ul>	Gitt disse resultatene, kan teamet fortsette å tilby tjenester via telehelse etter Covid-19-pandemien. Viktig å vurdere de negative effektene telehelse kan føre til.
9	Bruk, bevissthet og aksept av VK i tjenestene	Mackrill et al. (2018)	Sosialt arbeid i kommunalt forebyggende arbeid (Danmark)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Det fins flere misforståelser i vurdering av digital teknologi</li><li>• Tendens til at tjenesteytere forventes å bruke digital teknologi uten opplæring</li></ul>	Forholdet mellom sosialt arbeid og digital teknologi er kompleks, og utviklingen av digitale teknologier må baseres på forståelse for denne kompleksiteten.
10	Bruk, bevissthet og aksept av VK i tjenestene	Mishna et al. (2021)	Sosialt arbeid i fire byråer i store byer (Canada)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paradigmeskifte i bruk av IKT innen sosialt arbeid</li><li>• Virkninger av denne overgangen (impact):<ul style="list-style-type: none"><li>○ Økt bevissthet om tilgjengelighet</li><li>○ Konfidensialitet og personvern</li><li>○ Grenser endret mellom arbeid og privat</li></ul></li></ul>	Trengs forskning på implikasjonene av endringene i IKT-bruk for brukere så vel som for sosialarbeidere – inkludert bruk av VK.
11	Bruk, bevissthet og aksept av VK i tjenestene	Molfenter et al. (2021)	Helse og sosialtjenestene (rådgivere, sosialarbeidere, psykologer, saksbehandlere og psykiatere) (USA)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utbredt bruk av teknologi</li><li>• Flertallet hadde til hensikt å bruke teknologi i tjenesten etter pandemien</li><li>• Bruk av video var mer ønskelig enn telefon</li></ul>	Helse- og sosialpersonell positive til videobaserte tjenester. Trengs forskning på hvordan det virker inn på tilbudet og effekter for pasientene.
12	Bruk, bevissthet og aksept av VK i tjenestene	Mishna et al. (2022)	Sosialt arbeid i fire byråer i store byer (Canada)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Økt tilgang for enkelte brukere</li><li>• Barrierer til tjenesten også skapt ved IKT<ul style="list-style-type: none"><li>○ Opplevde VK som mer distraherende</li><li>○ Fikk ikke trent på fysiske avtaler</li><li>○ Ikke alle hadde tilgang til digital tjeneste</li></ul></li></ul>	Covid-19-konteksten har gitt unik mulighet til å reflektere over utfordringene ved tjenesten. I stedet for å prøve å gå tilbake til måten ting fungerte på tidligere, mulighet til å utvikle klientsentrerte modeller for tjenestelevering.
13	Bruk, bevissthet og aksept av VK i tjenestene	Pink et al. (2022)	Barnevern i fire lokale myndighetsområder (England)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fant at forskjellene mellom videosamtaler og fysiske møter på kontoret ble utvisket</li><li>• Digitalt sosialt arbeid kan tilby noe <i>annet</i> heller enn noe som er dårligere</li></ul>	Argumenterer for et konsept om "digitalt sosialt arbeid" som en hybrid praksis, forstått som et uunngåelig og nødvendig element i sosialt arbeids praksis.

### 3.3 Søk etter gråliteratur

Eksklusjons- og inklusjonskriteriene for søk etter gråliteratur nasjonalt er de samme som for internasjonalt søk (se tabell 3), og er avgrenset til litteratur nasjonalt, og til rapporter som omhandler bruk av videokonsultasjon eller videokonferanse i BUP i Norge. Det ble søkt i basene Oria, Cristin, Idunn og Google. I Oria, Cristin og Idunn har vi avgrenset til begrepene «videokonsultasjon» og «videokonferanse» i separate søk.

**Tabell 8 Søk i Oria, Cristin og Idunn etter nasjonal gråliteratur**

Søkebase	Antall treff	
	videokonsultasjon	videokonferanse
Oria	7	37
Cristin	30	90
Idunn	7	46

**Tabell 9 Søk i Google Scholar etter nasjonal gråliteratur**

Søk i Google Scholar	Antall treff
"videokonferanse" og "bup"	42
"videokonsultasjon" og "bup"	5
"videokonferanse" og "psykisk helsevern for barn og unge"	8
"videokonsultasjon" og "psykisk helsevern for barn og unge"	1
"videokonferanse" og "barnevern"	58
"videokonsultasjon" og "barnevern"	11

#### 3.3.1 Videokonsultasjon i BUP, med barn i barnevern som målgruppe

Når det gjelder videokonsultasjon, spesifikt rettet mot målgruppen barn i barnevern, har vi kun identifisert to nasjonale rapporter. Begge disse omhandler videokonsultasjon som verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon. Dette som et ledd i satsinga «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet», der Bufdir og Helsedirektoratet hadde oppdraget med å tilrettelegge for bruk av video som verktøy i oppfølging og behandling av ungdommer med psykiske vansker og lidelser i barnevernsinstitusjon. Den første rapporten gir en beskrivelse av pilot for prosjektet (Rødseth & Bønes, 2018). Den andre er en sluttrapport fra dette prosjektet (Hansen et al., 2020)<sup>1</sup>.

Ettersom dette ikke dreier seg om forskningsstudier med egne datainnsamlinger, men prosjekter der man har utredet grunnlag for implementering av videokonsultasjon i BUP, faller de utenfor kriteriene for vårt søk. Det er likevel interessant hvilke erfaringer man gjorde seg i dette prosjektet, og vi har derfor inkludert rapportene.

Ambisjonen når det gjaldt implementering av videokonsultasjon for barnevernsbarn hadde bakgrunn i forskningen som viste høyere forekomst av psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjon.

<sup>1</sup> Sluttrapporten ble ikke fanget opp i søket, men ble sendt oss fra forskerkolleger som hadde kjennskap til denne.



Hovedspørsmålene som skulle besvares gjennom pilotering var som følger: Er videokonsultasjon en egnet metode for oppfølging og behandling av ungdommer på barnevernsinstitusjon? Er videokonsultasjon en egnet måte å samarbeide mellom tjenestene på individnivå og på systemnivå? Hvilke økonomiske gevinster kan oppnås? Med unntak av spørsmålet om økonomisk gevinst, er disse problemstillingene tilnærmet de samme som vi belyser i denne rapporten.

Rapporten fra pilotprosjektet fra 2018 (se beskrivelse av rapport 1 i tabell 10 under), gir innspill til hvordan videotilbudet til barn i barnevernsinstitusjoner kan utvikles og implementeres, der det pekes på systemfaktorer for å lykkes med bruk av videokonsultasjoner i behandling og kommunikasjon med barn i barnevernet, knyttet til organisering, arbeidsrutiner, ledelsesforankring og brukerstøtte. I sluttrapporten (Hansen et al., 2020) går det fram at man ikke har lyktes i prosjektet på grunn av «utfordringer ved prosjektets start, dårligere infrastruktur i institusjonene enn antatt og få ungdommer som får behandling fra BUP ved de valgte institusjonene i prosjektperioden». Dette medførte færre videokonsultasjoner i pilotene enn planlagt, og det var derfor ikke mulig å evaluere brukernes erfaringer. Rapporten gir derfor kun grunnleggende anbefalinger om hva som skal til for å komme i gang med behandling på video til ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner.

**Tabell 10 To rapporter om videokonsultasjon rettet mot barn i barnevernsinstitusjoner**

Rapport 1	Rødseth, E. og Bønes E. (2018). Bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon.
Institusjon	Kvalitets- og utviklingssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge
Bakgrunn	Som et ledd i satsinga «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet» har Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet fått i oppdrag å tilrettelegge for bruk av video som verktøy i oppfølging og behandling av barn med psykiske vansker og lidelser i barneverninstitusjon. Universitetssykehuset Nord-Norge skal i 2018/2019 lede en pilot i tett samarbeid med aktuelle RHF-er og Bufetats regioner. Finansiering Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet Varighet Høsten 2018 – ut 2019
Mål	Redegjør grunnlag for bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon.
Tjenester	Polikliniske tilbud i psykisk helsevern for barn og unge, BUP; Barnevernsinstitusjoner i Bufetat.
Brukere	Barn og unge som bor i barnevernsinstitusjon og mottar behandling i BUP.
Metode	Rapporten redegjør for grunnlag for en pilot.
Resultat	Det framgår av rapporten at en høy andel av institusjonene i barnevernstjenesten, og i psykisk helsevern for barn og unge, hadde erfaring med å bruke video til møtevirksomhet og opplæring, mens få hadde benyttet systemene til behandling. Likevel var mange av behandlerne positive til å skulle benytte videokonsultasjon klinisk.
Konklusjon	Rapporten påpeker at videotilbudet til barn i barnevernsinstitusjoner kan utvikles og implementeres innenfor rammene av gjeldende lovverk, men at det er viktig å lage klare rammer, avtaler og retningslinjer for bruk for å sikre personvern og forsvarlig behandling. De løfter fram organisering, rutiner, endring i arbeidsmåter, ledelsesforankring og systemer for brukerstøtte, som viktige elementer som må være på plass for å lykkes med bruk av videokonsultasjoner i behandling og kommunikasjon med barn i barnevernet.



Rapport 2	Hansen, R-K, Rødseth, E., Schøne Karlsen, P.Å., Karoliussen, S.Ø., Engeseth, M., Varmedal, R., Grytå, C., Normann, T., Henriksen, E., (2020). Sluttrapport Barnas videobehandling. HelseDirektoratet, Bufdir, Universitetssykehuset i Nord-Norge
Institusjon	Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har leda et prosjekt i tett samarbeid med aktuelle regionale helseforetak og Bufetats regioner.
Bakgrunn	Som et ledd i satsinga «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet», fikk Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og HelseDirektoratet i oppdrag å tilrettelegge for bruk av video som verktøy i oppfølging og behandling av ungdommer med psykiske vansker og lidelser i barnevernsinstitusjon. Forskningsrapporten «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner» (Kayed et al., 2015), viser at tre av fire ungdommer på barnevernsinstitusjon har en eller flere psykiske lidelser. Samme forskningsprosjekt viser at under 40 prosent mottar hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse plagene. Det finnes per i dag ingen nasjonale løsninger for klinisk bruk av video i helsevesenet, og derfor opereres det med mange ulike videoløsninger både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Noen av disse videoløsningene snakker ikke med hverandre. Dette er en utfordring for både behandlere og pasienter.
Mål	Hovedspørsmålene som skulle besvares gjennom pilotering var: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er videokonsultasjon en egnet metode for oppfølging og behandling av ungdommer på barnevernsinstitusjon?</li> <li>• Er videokonsultasjon en egnet måte å samarbeide mellom tjenestene på individnivå?</li> <li>• Er videokonsultasjon en egnet måte å samarbeide mellom tjenestene på systemnivå?</li> <li>• Hvilke økonomiske gevinster kan oppnås?</li> </ul>
Tjenester	Polikliniske tilbud i psykisk helsevern for barn og unge, BUP; Barnevernsinstitusjoner i Bufetat.
Brukere	Barn og unge som bor i barnevernsinstitusjon, og mottar behandling i BUP.
Metode	Utredning og tilrettelegging for videobehandling blant ungdom på barnevernsinstitusjon.
Resultat	På grunn av utfordringer ved prosjektets start, dårligere infrastruktur i institusjonene enn antatt og få ungdommer som får behandling fra BUP ved de valgte institusjonene i prosjektperioden, har det blitt gjennomført færre videokonsultasjoner i pilotene enn planlagt. Derfor har det heller ikke vært mulig å evaluere brukernes erfaringer med videokonsultasjoner. Rapporten gir derfor kun grunnleggende anbefalinger om hva som skal til for å komme i gang med behandling på video til ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner. Fokuset i rapporten er infrastruktur ved Bufetat-institusjonene og forvaltning av IKT og infrastruktur.
Konklusjon	Det framgår av rapporten at evaluering og anbefalinger om hvorvidt klinisk bruk av video er gunstig for målgruppa vil gjennomføres av UNN og leveres medio desember 2020. Vi har ikke identifisert denne rapporten.

### 3.3.2 Videokonsultasjon i BUP, men ikke koblet til barnevern

Prosjekt eBUP i Narvik er ikke koblet spesifikt til målgruppen barn i barnevern, og faller derfor utenfor kriteriene for vårt søk. Det er likevel interessant å se på hvilke erfaringer man hadde i dette tidlige prosjektet. Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom UNN, Senter for psykisk helse Ofoten/BUP og nåværende Senter for e-helse, NSE.

Bakgrunnen var BUPs store geografiske nedslagsområde, og formålet var å bidra til å sikre at pasienter ved BUP Ofoten fikk likeverdig tilgang til psykiatriske spesialistvurderinger nærmest mulig hjemmet. Tilbudet skulle kunne gis der geografiske hensyn, eller pasientens problematikk, tilsa rask intervensjon og vurdering av spesialist, og ellers der den enkelte behandler ser at det er hensiktsmessig. Når det gjelder resultater peker rapporten på: raskere spesialistvurderinger, mindre reisebelastning for pasienter og pårørende, samt kortere pasientforløp og kortere ventelister for pasienter.

**Tabell 11 Rapport fra tidlig prosjekt med videokonsultasjon i BUP**

Rapport 3	Arild, E., Borgen, M., Christiansen, E.K. Furskognes, Karoliussen, S., Stensland, G.Ø., Skipenes, E. (2014). eHelse, Barne- og ungdomspsykiatri i Ofoten - eBUP
Institusjoner involvert	UNN v/Allmennpsykiatrisk klinikk Avdeling Sør; Senter for psykisk helse Ofoten/BUP; Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, NST (nå Senter for e-helse, NSE). NST deltok også i EU-prosjektet: "Implementing Transnational Telemedicine Solutions" (ITTS).
Bakgrunn	BUP Narviks geografiske nedslagsområde stiller store krav til utstrakt reisevirksomhet for nøkkelpersonell ved poliklinikken, og for pasienter og pårørende i distriktet rundt Narvik. Bruk av videokonferanse (VK) vil kunne bidra til å endre på dette. BUP Narvik har etablert tjenesten eBUP, som er en tjeneste som tilbyr videokonsultasjon for BUP sine pasienter. Det er utarbeidet rutiner for informasjon til pasienter og pårørende når det gjelder bruk av ekstern spesialistkompetanse (psykologspesialist/psykiater) ved bruk av videokonferanse. Dette skal bidra til å gjøre pasienter og pårørende trygge på at kvaliteten på tilbudet vil være like tilfredsstillende som en direkte kontakt mellom pasient/pårørende og spesialist.
Mål	Prosjektet har som formål å bidra til å sikre at pasienter ved BUP Ofoten får likeverdig tilgang til psykiatriske spesialistvurderinger nærmest mulig hjemmet. Hovedmålet var å etablere en fast poliklinisk konsultasjonsordning med psykologspesialist/ legespesialist der spesialistvurderinger ble muliggjort gjennom bruk av videokonferanse. Videokonferansetjenesten skulle sikre at kjerneoppgavene ved BUP Narvik ble ivaretatt på en faglig forsvarlig måte innen følgende områder: Utredning/diagnostikk og behandling; Opplæring av pasienter og pårørende; Veiledning til kommunehelsetjenesten
Tjenester	BUP
Brukere	Pasienter i BUP.
Rekruttering til VK	Rekruttering til videokonferanse i BUP skjer dels i inntak/vurderingsfasen (ved BUP Narvik) ut fra geografiske hensyn eller ved at pasientens problematikk tilsier rask intervensjon og vurdering av spesialist. Dette kan være særlig aktuelt ved sjeldne tilstander og diagnoser der man har behov for spesialistvurdering fra regionale kompetansesentra. Videre rekrutterer den enkelte behandler pasienter fra distriktene og initierer bruk av spesialistvurdering via videokonferanse der dette er hensiktsmessig.
Metode	Risikoanalyse av videokonsultasjonsløsning, gevinstplan og en juridisk utredning
Resultat	Rapporten viser til stor grad av måloppnåelse i prosjektet. Dette gjelder primært målsettinger om raskere spesialistvurderinger for flere av pasientene, langt mindre reisebelastning for pasienter og pårørende i distriktet, samt et kortere pasientforløp og kortere ventelister for pasienter.

Vi vil også nevne prosjekter og eksempler som omhandler videokonsultasjon, men som faller utenfor kriteriene for vårt søk etter litteratur, ettersom det ikke har barn i barnevern som spesifikk målgruppe.

Et eksempel på bruk av videokonsultasjon i BUP, som startet i 2011, er virksomheten ved SANKS. Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus ved Finnmarkssykehuset (DPS Midt, DPS Øst og DPS Vest) tilbyr samtalebehandling over Skype for business. I beskrivelse av tilbudet på nett framgår at: «samer bor i hele landet og SANKS ønsker å være tilgjengelig for sine pasienter der hvor folk bor»<sup>2</sup>.

Initiativ og virksomhet med utvikling av videokonsultasjon i Nord-Norge har hatt flere forskningsprosjekter koblet til Nasjonalt senter for ehelse, NSE. Ett omhandlet bruk av videokonferanse innenfor akuttpsykiatri i deler av Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) sitt område. Dette er studert i et forskningsprosjekt med deltakelse fra tre distriktpsykiatriske sentre i Midt-Troms, Sør-Troms og Ofoten, der seks psykiatere deltok i en vaktordning med døgnkontinuerlig bakvakt. Undersøkelser viser at videokonferanse ble opplevd som nyttig for teambygging og samarbeid rundt pasienten, selv om helsepersonellet ikke var samlet på ett sted. Resultatene er beskrevet i flere forskningsartikler (Bolle et al., 2018; Trondsen et al., 2012; Trondsen et al., 2014; Trondsen et al., 2018).

I et annet prosjekt i regi av NSE har man forsket på behandleres erfaringer med videokonsultasjon i spesialisert psykisk helsevern gjennom Covid-19 pandemien (Gullslett et al., 2021). Studien viser fordeler ved videokonsultasjon ved at man erfarte at det ga tilgjengelighet og kontinuitet i tilbudet. Det ble oppfattet som mangelfullt, særlig overfor de mest sårbare tjenestebrukerne og i forbindelse med risikovurdering i forhold til selvmord, og generelt i etablering av terapeutisk relasjon. Alvorlige diagnoser og psykologiske utredninger ble nevnt som særlig vanskelig over video. Resultatene viste også at det er krevende å kommunisere via skjerm over flere timer, at behandler blir sliten av det – det krever en annen tilstedeværelse enn i ansikt til ansikt-møter. Mange følte at det var et filter eller en hindring når det gjaldt å få relevant informasjon om brukers situasjon og følelser. Studien konkluderer med behov for mer forskning for å bygge mer solid og evidens-basert kunnskap, og forskning som fokuserer på brukernes erfaringer, co-creation mellom ulike aktører og hvordan oppskalere bruken av videokonferanse samtidig som en sikrer at tjenesten som tilbys er tilpasset, trygg og tilgjengelig (Gullslett et al., 2021).

Tjenestetilbudet til sårbare barn og unge under pandemien og seinere, har blitt fulgt av en koordineringsgruppe, nedsatt av regjeringen. I den siste rapporten (av totalt 15) fra dette arbeidet oppsummeres erfaringer fra økt bruk av digitale konsultasjoner innen psykisk helsevern for barn og unge (Bufdir, 2022). Her framgår det at ansatte rapporterer om at digitale konsultasjoner over tid ikke er så egnet til behandling – at en mister kontakten med ungdommene, og at for barn er det vanskelig å forholde seg til en digital terapeut, men at digitale møter fungerer godt til møter med samarbeidspartnere og samtaler med foreldre alene. Videre at barn og unge ønsker stort sett fysisk oppmøte.

### 3.3.3 Oppsummering «grålitteratur» - nasjonalt søk

I søk etter norske studier som omhandler videokonferanse overfor målgruppen barn i barnevern, har vi kun identifisert ett prosjekt, og dette under satsinga «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet», med Bufdir og Helsedirektoratet som initiativtakere, og miljø ved UNN som gjennomførte. Prosjektet var avgrensa til barn i barnevernsinstitusjon. Ettersom prosjektet fikk utfordringer som medførte for få videokonsultasjoner, var det ikke mulig å evaluere brukernes erfaringer. Rapport 1 og 2 gir grunnleggende anbefalinger om hva som skal til for å komme i gang med behandling på video til ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner.

Selv om det ikke omhandler barn i barnevern, er det også grunn til å peke på erfaringer gjort i prosjektet eBUP, som var et samarbeidsprosjekt mellom UNN, Senter for psykisk helse Ofoten/BUP og Senter for ehelse, NSE. Her var det tilgjengelighet til spesialistvurdering på tvers av store geografiske områder som var det man skulle kompensere for. Rapporten peker på resultater med raskere spesialistvurderinger, mindre reisebelastning, kortere pasientforløp og kortere ventelister. Flere andre prosjekter i regi av Norsk senter for helse har gode studier om videokonsultasjon i psykisk helsevern, blant dem ett i tilknytning til

<sup>2</sup> <https://finnmarkssykehuset.no/nyheter/sanks-har-tatt-i-bruk-skype-i-behandling>

akuttpsykiatri og ett der man forsket på behandlere og brukeres erfaringer med VK under Covid-19, og forskning som pågår med undersøkelse om pasienters erfaringer, spesifikt barn og unge og foresatte.

Regjeringsoppnevnt koordineringsgruppe under pandemien viser i sin siste rapport til at ansatte melder at digitale konsultasjoner over tid ikke er så egnet til behandling av barn og unge i BUP, at barn og unge stort sett ønsker fysisk oppmøte, men at digitale møter fungerer godt til møter med samarbeidspartnere og samtaler med foreldre alene.

## 4 Erfaringer med videokonsultasjon

I dette kapitlet sammenstilles resultater fra: a) kvalitative intervjuer med behandlere i BUP om deres erfaringer med videokonsultasjon og digitale samarbeidsmøter, b) kvalitative intervjuer med ungdom og foreldre om deres erfaringer, c) spørreskjemaundersøkelse blant ungdom og unge voksne som har kontakt med barnevern.

### 4.1 BUP-behandlernes erfaringer med videokonsultasjon

Det ble gjennomført intervju med åtte behandlere fra ulike BUP'er, og med ulike typer av praksis og erfaringer med bruk av videokonferanse (jf. metodekapittel, 2.2). Alle behandlerne hadde erfaring med klinisk praksis overfor barn i barnevern, men ingen hadde behandlingstiltak som var avgrenset til barn i barnevern. Behandlerne uttalte seg derfor for en stor del om sine erfaringer med behandling via videokonsultasjon overfor barn og unge generelt, men samtidig med refleksjoner og eksempler knyttet til barn i barnevern.

Intervjuene handlet om erfaringer fra overgangen til videobasert konsultasjon, positive og negative erfaringer med videokonsultasjon i behandling, hvordan barn og unge oppfører seg, hvem de har erfart at det egner det seg for, eventuelle virkninger på organisering av arbeidet og erfaringer med videokonferanse i samarbeidsmøter samt i veiledning overfor barnevern.

#### 4.1.1 Overgang til videobasert konsultasjon

I Norge har det vært praktisert videokonsultasjon i BUP i om lag en tiårsperiode. I hovedsak har dette vært i Nord-Norge, og først og fremst for å kunne tilby bedre tilgjengelighet i en landsdel der mange har svært lange avstander til spesialisthelsetjenesten. Det har vært enkelte utredninger og prosjekter på dette de siste 8-10 årene, og noe er beskrevet i rapporter (jf. kap 3.3). Det er også eksempler på forskningsprosjekter der man har undersøkt effekter av videokonsultasjon brukt i behandling av tvangslidelser.

For de fleste BUP-behandlere, har bruk av videokonsultasjon i hovedsak blitt utløst av koronapandemien. Behandlerne vi har intervjuet i denne rapporten beskriver hvordan man ved de ulike klinikkene raskt la til rette for å fortsette å møte sine pasienter, og gi behandling via skjerm for å kunne opprettholde kontinuitet i behandlingen. Dette gjaldt både for individualterapi og gruppeterapi, og ikke minst gjaldt det for samarbeidsmøter – for eksempel ansvarsgruppemøter, og for veiledning til barnevernsinstitusjoner.

Samtidig som pandemien presset fram rask digitalisering av behandling og samhandling, var det likevel ikke utelukket med fysiske møter for pasientene sin del, og særlig ikke når det gjaldt spesielt sårbare barn og unge.

*Det var aldri slik at vi bare måtte ha videokonsultasjoner på grunn av Covid, slik jeg har inntrykk av at man måtte ha i voksenpsykiatrien. Ungdommene kunne komme til oss. Men det var ofte slik at de måtte være på hjemme fra skolen, og da var det ofte greit å ta det på Skype – eller at de hadde symptomer. Så jeg vil si at det var oftere at det var konsultasjoner jeg av og til hadde digitalt i stedet for å avlyse fordi de var litt forkjøla, eller jeg var litt forkjøla. (beh2)*

*Jeg opplevde ikke under korona at vi skulle begrense det så mye. De som trengte å komme skulle få komme. Hvis det var noen ting vi kunne ta på Skype så kunne vi ta det der, men det meste ble tatt på poliklinikk. (beh7)*

#### 4.1.2 Praktiske fordeler med videokonsultasjon

Det er først og fremst de åpenbare praktiske fordeler når det gjelder lang reisevei som raskt nevnes av behandlerne på spørsmålet om positive erfaringer med videokonsultasjon. De fleste behandlerne vi

intervjuet har et opptaksområde som omfatter kommuner med relativt lang reisevei. Man har vært vant til avlysninger forårsaket av dette.

*For vår BUP – vi hadde et opptaksområde der mange måtte reise. I stedet for en avlysning på grunn av lang reisevei, eller at ferja ikke gikk, at man hadde et alternativ. For jeg har opplevd tidligere at det var mange ting som kunne føre til en avlysning. (beh2)*

Det er en forventning fra helsemyndighetene sin side om at behandlers tidsbruk effektiviseres ved bruk av videokonsultasjon. Det er imidlertid ikke gitt at behandlere bruker eventuell frigjort tid til å ta inn nye pasienter. Våre funn viser at behandlere har lagt inn flere konsultasjoner med samme pasienter. Det er ikke mulig å undersøke dette systematisk i en kvalitativ studie. Imidlertid forteller flere av våre informanter at de legger inn hyppigere, gjerne korte, ekstratimer med sine pasienter. De opplever at bruk av videokonsultasjon gir fleksibilitet og mulighet til å gjøre dette.

*Det er lettere å sette inn en halvtime ekstra, altså... ekstra time på Skype. Så du har jo litt tid til det. Og så tenker jeg kanskje at du blir litt mer fokusert når du har det på Skype, på det du skal..hva det er som er poenget. Du ringer og spør: «hvordan har det gått siden sist, hva har du øvd på? skal vi øve på noe nå»? Og så øver man, og så er man ferdig. Og da kan du nesten være ferdig på en halvtime. (...) for meg er det uproblematisk å sette inn en halvtime med en pasient som er kjent bare for å følge opp noen ting. Så det kan jeg styre selv. (beh7)*

*For behandler er det lett å administrere dette her, om noen avlyser så finner man alltid en rask time i stedet for. Det er enklere å ombestille – mer fleksibelt – så sant man har et fleksibelt system, noe vårt HF har. (beh3)*

I begge tilfellene over dreide det seg om et relativt strukturert behandlingsopplegg i tilfeller med tvangslidelser, med utstrakt bruk av psykoedukasjon. Behandlerne forklarte at dersom pasienten ikke har komorbide tilstander holder de seg gjerne innenfor ti timer, som i utgangspunktet er det som tilbys. Dersom pasienten har tillegsvansker, kan det være behov for flere timer.

Det er lett å tenke seg at det å legge til flere kortere videokonsultasjoner i et forløp enn det man ville gjort ved fysiske konsultasjoner i klinikken, vil kunne ha virkninger på systemet. Det vil likevel trolig ikke medføre kortere ventelister, som er et viktig helsepolitisk mål, når fleksibiliteten brukes til å ha flere konsultasjoner med samme pasient. Det kan imidlertid tenkes at resultatet av behandlingen blir bedre, og at det kan forhindre nye henvisninger.

Behandlere med erfaring fra behandling av andre type vansker enn tvangslidelser sier de trolig ikke har flere konsultasjoner på tross av at de gjerne bruker kortere tid på en videokonsultasjon sammenlignet med fysisk oppmøte.

*Har ikke merka meg at jeg har flere konsultasjoner, men at konsultasjonen på skjerm har vært kortere. Av kortere varighet av en eller annen grunn. (beh2)*

#### 4.1.3 Kvalitet i videokonsultasjoner

Behandlerne har mye kunnskap og kompetanse på betydningen av gode møter og virksomme relasjoner. På spørsmål om kvaliteten i samtalen i en videokonsultasjon sammenlignet med ansikt til ansikt-møter når det gjelder å få kontakt, få ungdommen til å åpne seg, og få til en god samtale, er behandlerne klare på fordelene ved ansikt til ansikt møter. De trekker frem utfordringene med videokonsultasjon.

*Synes vel oftere at jeg har fått til mye bedre samtaler når jeg har hatt dem på kontoret. At det kan bli mer avstengt og distansert på skjermen, og at dem da på en måte kan fortelle om vanskelige ting, men at det i liten grad gjenspeiles i følelsene. Det blir en distanse til det. (...) Man mister litt den der.. ja, ungdommen ble sittende litt sånn vendt mot skjermen, litt avventende. Samtalen ble nok en del preget av at – i stedet for å være delaktig i samtalen, så var det litt mer sånn «jeg setter*



*meg her og venter på hva det er du skal si..». (..) noen hadde kamera kun på ansiktet, så det er jo mye man går glipp av. (beh2)*

Når det gjelder videobasert gruppeterapi, der det er ganske mange deltakere, oppgir behandler i tillegg andre grunner til at ansikt til ansikt møte er å foretrekke framfor digitale møter.

*Det er jo en del av det å møte opp fysisk som eksponerer på en annen måte, og særlig når vi jobber med ungdommer som vi vet utviklingspsykologisk vender seg mer mot andre ungdommer (..) så mister man jo en del på at man ikke møtes fysisk, blant annet den «smalltalken», mister «coaching» der og da i situasjoner som kan oppstå der og da. (beh4)*

En behandler beskriver for dem overraskende positive erfaringer med videokonsultasjon overfor barn og ungdom med tvangslidelser. Behandleren hadde forventet at kombinasjon mellom ansikt til ansikt og videokonsultasjon var den beste tilnærmingen. Ettersom de hadde en gruppe som hadde kombinasjon, og en gruppe med kun videobasert tilnærming kunne de sammenligne erfaringene.

*Overraskende nok gikk dette [videokonsultasjon ved tvangslidelse] bedre enn vi forventet – vi behøvde ikke den direkte [fysiske] kontakten for å få utbytte. Vi utviklet teknikker som gjorde at vi fikk kontakt likevel. Vi henvender oss veldig direkte, for eksempel: «har du en tegning på rommet ditt, kan ikke du vise?» Du har familien rundt, og det blir nesten som et hjemmebesøk, og dette gir på en måte andre dimensjoner. Det er noe med den direkte menneskelige kontakten som blir borte, men du får noe annet. (beh3)*

Behandleren tar høyde for at en grunn til at det fungerte så bra var at dette var et veldig planlagt behandlingsprosjekt med klar struktur for det som foregår i timen, mens det kan være vanskeligere dersom man skal utforske hva barnets problemer dreier seg om.

*Kan hende det blir vanskeligere om man skal utforske ting, vi vet hva vi skal – vi skal forske ut hva er angsttankene og hva er tvangshandlingene. Vi vet hva vi skal gjøre med dette. I den kognitive terapien [som er det de praktiserer] har du mye psykoedukasjon. Du forteller ikke så mye, men du spør mye – du stiller kloke spørsmål [om det barnet er redd for]. Og dette har fungert relativt bra i denne settingen, det er relativt strukturert hva vi skal gjennom – med store individuelle forskjeller, men med en klar struktur. Og det får vi til på det mediet. (beh3)*

En annen behandler, som jobber med andre typer av psykiske vansker, og ikke med denne formen for strukturert behandlingsopplegg, er også inne på betydningen av strukturert opplegg i videokonsultasjon, og beskriver hvor vanskelig hun selv har erfart at kommunikasjon via skjerm har vært.

*Jeg tenker jo at – hvis man har et konsept, at man har en struktur som passer dette formålet. For jeg har jo hatt litt åpne samtaler, sånn: «hvordan har det vært å være deg siden sist». Da blir det litt tungt altså. (...) Det som er med denne type kommunikasjon er at jeg mister ... jeg klarer ikke å fange opp når skal jeg følge opp med spørsmål, de små lydene man har, man følger den andre med pust og kroppsspråk, sånn at jeg blir litt anspent. Enten så avbryter jeg, eller så blir jeg for treig. Det er veldig vanskelig å få det til å flyte. Er det trygt nok – plutselig kommer det noen som bare skal hente noe på kjøkkenet, der hvor ungdommen sitter. Rett og slett ikke noe godt. (beh5)*

Problemet med å få til god flyt i kommunikasjonen ved videokonsultasjon uttrykkes av flere informanter.

*Ungdommene er jo erfarne på spill og på nett, med og uten video, men vi har jo faktisk erfart at det blir litt mer distanse mellom pasienten og behandleren – vanskelig å få nyansene – å være tett på. Det synes jeg har vært en utfordring. (..) Det blir litt stakkato, og vanskelig å få samtalen til å flyte godt med video. (beh8)*

Ved videokonsultasjon går man også glipp av positive ting ved det å møte fysisk på klinikken, og som handler om konteksten – andre ting enn det som skjer i selve behandlingssituasjonen. Følgende behandler påpeker viktigheten av å sikre god innramming også ved videokonsultasjon.



*Det er noe som er fint med å komme på BUP, at foreldrene dine kjører deg dit og henter deg.. og så får man kanskje de fem-minuttene på slutten med "Dette har vi snakket om i dag, og hvordan går det..." Man blir liksom litt rammet inn av foreldrene sine da. Man må sikre at det også skjer på en bra måte når man har digitale timer, sånn at det ikke bare blir sånn at ungdommene kobler seg på selv da, etter skolen.. og så mister man ... Det er noen ting man kan miste med det også da ... (beh7)*

Flere behandlere oppfatter det som viktig at de allerede har en etablert relasjon når de startet med digitale møter, og inntrykket er at dette har betydning for at ungdommene virker komfortable og fornøyde med kontakten over skjerm.

*Vi hadde allerede etablert noe vi skulle begynne å jobbe med, og vi kunne fint fortsette å ha dette fokuset over skjerm. (beh2)*

Kanskje er det slik at barn i barnevernet har utfordringer og sårbarhet som gjør at man bør være ekstra oppmerksom på hva som fungerer og ikke i et behandlingsopplegg i BUP. En behandler reflekterer over dette.

*Vet ikke om barnevernsbarn er noe annerledes ... jeg skjønner jo det med å etablere kontakt og relasjon først, i hvert fall for de som har opplevd tilknytningsvansker og relasjonstraumer, at den biten blir kjempeviktig å ha på plass før man går videre med Skype. (beh7)*

Enkelte av behandlerne påpekte at ungdom i barnevern ofte ikke ønsker behandling i BUP, og/eller at de dropper ut av behandlingen. Dette gjør det selvsagt ekstra viktig å være sensitiv i forhold til om dette er en aktuell måte å tilby behandling på for denne gruppen. Som nevnt innledningsvis i rapporten, viser forskning at forekomst av psykiske vansker er vesentlig høyere hos barn i barnevern enn blant barn og unge ellers, og at ikke alle får den hjelpen de trenger.

#### 4.1.4 Vurdering av egnethet

I litteraturen kommer det frem at videokonsultasjon ikke egner seg for alle, dette er også behandlerne som vi har intervjuet sin erfaring. Generelt har mange behandlere gjennom perioden med restriksjoner på grunn av pandemi prøvd ut videokonsultasjon overfor pasienter med ulike diagnoser og utfordringer. Kanskje er det (både som pasient og behandler) lett å forveksle tilfredshet på grunn av praktiske fordeler som bedre tilgjengelighet etc. med utbytte av behandlingen.

Behandlerne vi intervjuet har litt ulike erfaringer når det gjelder hvilke av deres pasienter videokonferanse egner seg for eventuelt ikke egner. For eksempel gjelder dette ungdom med sosial angst, og det å drive med eksponering via skjerm.

*Noen typer angstlidelser kan det passe bedre for. Vil si jeg har dårlig erfaring med sosial angst, med ungdommene. Mye av det handler om at – i starten av forløpet – om man skal gjøre eksponering så er det gjerne noe man gjør sammen. At man bruker relasjonen som eksponering i seg sjøl, f.eks at de står foran meg og skal holde en liten tale. At vi begynner litt gradvis. Da har jeg mulighet til å hjelpe dem i eksponeringa, mens det er vanskelig på skjerm for at – da har jeg ikke den samme muligheten. De blir ikke så aktivert av det. (...) (beh4)*

En annen behandler nevner at det kan være vanskelig i møter med pasienter som har tvangslidelse kombinert med autismespekter og sosial angst:

*Det kan være vanskeligere på nett enn i en sånn kontorsituasjon, men samtidig at det er noen som ikke kommer seg til kontorsituasjonen. Noen kan det hende at du hjelper på skjermen, men så må du inn i «real life» likevel. Men - for noen er det kanskje like mye triggende den skjermesituasjonen. Du kan få alle de samme bekymringene, for eksempel: «alle ser på meg».. (beh3)*

En annen behandler var også skeptisk når det gjaldt angstbehandling, men erfarte etter hvert at det fungerte å drive med eksponeringsbehandling via skjerm:

*Jeg var litt skeptisk til det. Jeg syntes tradisjonelt sett at man måtte ha denne (fysiske) kontakten, så jeg er litt sånn overrasket over hvor bra jeg synes det funker. Men det handler jo også om problemstillingen- og i forhold til angst og eksponering så tenker jeg at det funker kjempegodt. (...) det er jo en god del av pasientene vi får som ikke kommer seg ut av huset sitt. Kjører man hardt på at behandlingen skal foregå på poliklinikken, så har de jo ikke et tilbud. (beh7)*

En behandler sier hun ikke har hatt så god erfaring med skjerm når det gjelder ungdommer med belastningslidelser eller traumer, men også at hun har eksempel på unntak der de hadde ganske god relasjon, og ungdommen hadde jobba mye med øvelser hjemme, og allerede vært innom de temaene som var vanskeligst.

På spørsmål om egnethet overfor personer som er deprimerte og personer med suicidalitet, påpekes fordeler med det fysiske møtet - at det kan være «lettere å få tak i følelser, stemninger, det som ikke blir sagt – at det er lettere å lese i et ansikt til ansikt situasjon.» Behandleren sier videre om dette:

*Hvis det er sterkere følelser.. mulig vi er for konservativ, men det vil være lettere å håndtere i fysisk møte. Ikke så lett å komme med lommeørklær på nett. Men muligens hvis det er depresjon eller suicidalfare. Da tenker jeg at jeg ville vært litt forsiktig med nett. Men jeg har ikke noe erfaring med det – om jeg hadde det hadde jeg kanskje snakket andreledes om det. (beh3)*

Det er et viktig poeng at behandlere må tenke gjennom sine pasientforløp og erfare hvem videokonsultasjoner fungerer for.

*Kanskje vanskeligst hvis du er veldig urolig for du må jo holde fokus gjennom skjermen. Så kanskje det er litt vanskelig. Må bare tenke gjennom pasientforløpene ... når jeg har syntes det har vært vanskelig ... ja, kanskje litt atferd også, og uro. (beh7)*

Behandlerne nevner at det kan være utfordrende å ha videokonsultasjoner med barn som har mye uro, dette kan lett være tilfelle der det er snakk om yngre barn. Erfaringene behandlerne har tyder også på at det er en vesentlig forskjell på eldre og yngre barn når det gjelder hvem videokonsultasjon egner seg for. Dette gjelder behandlernes erfaringer med om barna selv synes det er greit å møte behandler på video. Videre har behandlerne også selv oppfatninger av at nytten av videokonsultasjoner er knyttet til barnet / ungdommens alder. En behandler som hadde kontakt med ungdommer 13-18 år opplever at det særlig har vært de yngste i denne aldersgruppen som ikke ønsket behandling via skjerm, og som i noen tilfeller ikke hadde på kamera. Inntrykket var at de eldre ungdommene kunne være godt fornøyd med å ha det digitalt, og at dette også kunne ha noe med at de var vant med det fra skolesammenheng. Det reiser seg et spørsmål om det er mulig med terapi i de tilfellene der ungdommen ikke vil ha på kamera. En behandler vurderer at samtalen da går det over fra terapi til en støttesamtale:

*Vil si at det ble en veldig annen form for samtale, mer en støttesamtale hvor vi snakka om hvordan det gikk, mens «vi fortsetter på fokuset vårt neste gang vi sees». Fordi det blir vanskelig når man ikke ser hvordan ungdommen reagerer og har det. (...) (beh2)*

Behandlere som rettet seg mot ungdommer med tvangslidelser opplevde derimot at også barn langt ned i alder kunne ha godt utbytte av videokonsultasjoner.

*Jeg tenker, med noen er det slik at hvis barna er veldig små, så er de med i starten av samtalen, så må de gå, og da blir resten av samtalen med foreldrene. Og så kan de gå på rommet sitt og leke imens, i stedet for at de må sitte ute i gangen på BUP å vente mens vi oppsummerer med foreldrene. Da kan det være litt greit for dem. Det er en litt annen måte å tenke på – hvordan man legger det opp ... (beh7)*

Den enkelte behandler, som har brukt videokonsultasjon gjennom de siste par årene, sitter nå med mye erfaring om hvem denne kontaktformen egner seg for og hvem den ikke egner seg for. Et avgjørende spørsmål videre fremover blir hvem og hvordan man går fram for å avgjøre hvem som skal få tilbud om videokonsultasjon – og hvem det egner seg for.

#### 4.1.5 Hvilken møteform foretrekker ungdom

På spørsmål om barn og unge ønsker seg videokonsultasjon, svarer flere av behandlerne at ungdom flest ønsker å komme på BUP'en. En behandler sier hun ikke har møtt noen barn eller ungdom som spesifikt ønsker seg behandling via skjerm:

*De har jeg ikke møtt, men mine er litt yngre, så det er kanskje noe med det også. For noen av de store, som er mer avklart, og som kanskje kan få det på sin måte, så kan det sikkert fungere fint. (beh5)*

Et annet svært viktig funn er at flere behandlere påpekte at mange ungdommer ikke ønsker å ha kamera på, noe som selvsagt gir en helt annen kontekst.

*De fleste ungdommer sier at de foretrekker å komme på kontoret. (...) Det jeg opplevde ofte var at de ikke ønsket å ha på kamera. Da ble det jo en veldig uheldig samtale. Mange ungdommer som kvia seg for det. Spesielt ungdommer med sosial angst, som syntes det var veldig krevende å se på bildet av seg sjøl. Ble veldig opphengt i det. Så det var en ulempe. (...) den ene ungdommen jeg hadde som bodde på barnevernsinstitusjon, han foretrakk å komme på kontoret, og at det handla om at han ikke klarte å se seg sjøl på skjerm. Vart så opphengt i seg sjøl at han ikke klarte å fokusere rett og slett. Så vi hadde ikke et eneste møte digitalt. (beh2)*

*For voksne er det ok, men det å snakke med barn og unge [på skjerm], det er vanskelig – de liker ikke den formen. Så det blir veldig vanskelig å få det til å fungere – med video og stemme, at de satt og så på seg selv, bildet av seg selv. Var bare opptatt av det – hvordan de så ut på håret, og helst ikke ville ha på bilde. Så det kunne vi gjøre noen ganger, bare skru av bildet. Men det blir ikke det samme. (beh5)*

I de tilfeller der fysiske møter ikke har vært mulig, ser det ut til at det er det mange ungdommer som ønsker at kamera ikke skal være på. Det viktigste som skiller videobasert samtale fra telefon, er at vi kan se den vi snakker med. Da er det åpenbart et problem i de tilfellene der ungdom ikke vil ha på video.

Det kan tenkes at det er forskjeller mellom barn på barnevernsinstitusjon og andre når det gjelder preferanse for type behandling. Som nevnt viser forskning at barn på barnevernsinstitusjon (og i fosterhjem) har høyere forekomst av psykiske vansker og sånn sett større hjelpebehov. En behandler gir uttrykk for et inntrykk av at barn som bor på institusjon generelt sett ikke ønsker digitale møter på grunn av de spesielle vanskene de ofte har opplevd med relasjoner:

*Tror at når det gjelder institusjonsbarn, så er det ofte at disse ikke vil møte digitalt, for det er så mye relasjonelle vansker som gjør til at vi oppnår så mye bedre kontakt på kontoret. (beh2)*

#### 4.1.6 Fortsette behandling med videokonsultasjon?

På spørsmål om man vil fortsette å bruke videokonsultasjon videre fremover svarer behandlerne litt ulikt. Alle vil fortsette å bruke det, men det varierer i hvilken grad de vil bruke det. Enkelte sier de vil bruke det ca halvparten av tiden når det dreier seg om mer strukturert, planlagt psykoedukasjon. Andre behandlere oppgir at de vil bruke det i mindre grad, mens en behandler oppgir at tilnærmingen er lite aktuell for sin pasientgruppe.

Når det gjelder et gruppetilbud som ble rigget i forbindelse med koronanedstengingen, gikk man tilbake til fysiske grupper når retningslinjene tillot det på sykehuset. Her var det aldri en intensjon å opprettholde det digitale tilbudet etter pandemien, men det var viktig å opprettholde kontinuitet.

*Tenker det er veldig stor forskjell på å opprettholde det (gruppe)tilbudet, og holde kontinuiteten i det. Tror vi hadde mista mange i denne gruppa her, som er unge med personlighetsforstyrrelse [trekk av det eller at de har diagnosen]. Dette er personer som har veldig høy «drop-out», sånn at det var veldig viktig [under korona] å opprettholde kontakten med dem. (beh4)*

Behandler understreker at nå har man opplegget klart dersom det skulle bli tilstander som tilsier at man ikke kan møtes fysisk. Det er også mulig for en person som sitter langt unna til å være med på skjerm, noe behandler opplever gir større fleksibilitet. Generelt (ikke avgrenset til gruppetilbudet) påpeker behandleren:

*Det er litt avhengig av formen for det vi skal gjøre. Er det for eksempel nyttig for dem som bor langt unna at vi har et første møte – eller har en del av en møteserie med barnevernet på Skype, så er vi jo veldig åpen for det. Men da er det gjerne at det ligger til grunn lang reisevei, mange aktører eller noe annet spesifikt. Men møter bruker vi det jo mye til fortsatt. (beh4)*

Et viktig argument for videokonsultasjon blant behandlerne er at det gir større mulighet for å opprettholde kontinuitet, og dermed unngå en situasjon der pasienten ikke møter til time. Denne fleksibiliteten er det mange som peker på. Det varierer imidlertid om behandlere oppfatter at dette fører til redusert antall «ikke møtt».

*Jeg vet ikke. Kanskje ... Det er mange som avlyser timene sine grunnet sykdom, og nå har vi da mulighet til å ha det på Skype. Hvis man er i form til det kan man ta en kortere time på Skype. Litt av poenget i denne aktuelle behandlingen er at det skal være intensivt – man skal ha ukentlig behandling og hele tiden nye eksponeringsoppgaver, og da blir det så dumt hvis det blir opphold. Så hvis de er i form til det, så er det mye bedre å ta det på Skype. (beh7)*

Flere av behandlerne ønsker i noen grad å fortsette med en kombinasjon av videobaserte og fysiske møter. Samtidig reflekteres de kritisk, eksempelvis om at man framover må unngå et mer «automatisert helsevesen».

*Du trenger de individuelle vurderingene. At vi har møtt et ansikt, et menneske, har funnet ut hva – men da (etterpå) tenker jeg det er veldig mye som kan gjøres på nett. (beh3)*

#### 4.1.7 Digitale samarbeidsmøter – fordeler og ulemper

Samarbeidsmøter har i stor grad blitt digitale etter mars 2020. Også her er den hyppigst nevnte fordelene blant behandlerne at det betyr spart reisetid, særlig til kommunene som er geografisk lengst vekk. Man sparer tid på å ikke dra dit. Behandlerne er opptatt av at det blir mye mer lettvent. Det nevnes også at det ofte er veldig problematisk å kalle inn til samarbeidsmøter; «det er alltid en som ikke kan.» Digitalt møte gjør det lettere å avtale, og i hovedsak opplever informantene at det fungerer det godt i de fleste tilfeller. Flere forteller at de har gått helt over til digitale møter.

*Tidligere [før korona] har man dratt til [barneverns]institusjonene for å være med på møter. Men nå har vi gjennomført absolutt alle samarbeidsmøter digitalt i koronatida. Det vil jeg egentlig si at har fungert godt. Ungdommene har ikke vært med på de møtene, men hadde vel uansett ikke blitt med om det hadde vært fysisk heller. Vil si at i de sakene jeg var inne i så måtte vi ha mange møter, det var mye som foregikk – mulige akutt plasseringer. Det var veldig lettvent å ha det digitalt. Hadde nok brukt halve arbeidsdagen min om jeg skulle reist fysisk til den institusjonen. (beh2)*

Behov for mange møter i sakene hvor barnevernet er involvert understreker også den praktiske og tidsmessige fordelene med å ha møter digitalt. I tillegg til betydningen av all den tiden man tidligere brukte på reise, påpekes også at kvaliteten på møtene blir bedre i de tilfellene der man møtes hyppig.

*«..folk oppdager det at man får til oftere møter, og det gjør også til at møtene blir bedre. Man kjenner hverandre bedre enn om man møtes hver tredje måned». (beh2)*

Følgende behandler trekker både fram effektiviteten tidsmessig, og at det med dette også blir større deltakelse fra BUP sin side i ansvarsgruppemøter:

*Det er GULL i forhold til ansvarsgruppemøter, at du kan være med 20 minutter i stedet for 1,5 time, og kanskje må reise i en time for å komme dit. Det er jo kjempebra. Det har jo vært en kritikk av BUP at man ikke deltar på ansvarsgruppemøtene, og nå har man jo muligheten til det hvis de legger opp til at man kan være med på Skype ... så kan man jo være med i 20 minutter da ... og informere om hva man har gjort og hva man har vurdert, og så kan man trekke seg ut av møtet. Det er jo kjempebra! (beh7)*

Behandleren legger til at digitale samarbeidsmøter fremmer felles ansvar:

*..og så tenker jeg, at hvis man møtes ansikt til ansikt på Skype så får man mer en følelse av at «Dette er vår pasient, det er ikke din eller min».. Litt mer felles ansvar, tenker jeg. (beh7)*

Behandleren presiserer at dette ikke gjelder dersom ungdommen er med på møtet, da ville hun ikke gjennomført det på skjerm. Dersom det er snakk om komplekse saker der man diskuterer behov og ikke helt vet hva man skal gripe fatt i vurderer hun digitale møter som lite egnet. Andre behandlere i materialet bekrefter dette perspektivet, de ønsker ikke digitale møter i de tilfellene der mye er uavklart.

*Der det er en klar agenda og klar struktur, da føles det nok som det er flere fordeler enn hvis det er situasjoner som er mer uavklart. For eksempel der det er vurderingssamtaler, der vil vi jo ikke bruke digitale flater. Det skal mye til at vi hadde gjort. (beh1)*

*I møter der man skal finne ut hvem gjør hva, det tenker jeg går minst like bra – kanskje enda bedre. Men der man tenker at her er det mye kontroversielt, her skjer det mye, da vil jeg legge det til face to face, og da kan man kanskje forberede det, eller etterberede. Jeg ville føle meg tryggere, og mer usikker dersom det skulle være på nett. (beh3)*

Et annet eksempel på situasjoner med digitale samarbeidsmøter som ikke oppleves som så bra kan være der behandler sitter «alene» på skjerm overfor en stor gruppe bestående av involverte tjenester, barnet og foreldre i en sak som alle sitter sammen.

*For eksempel skolemøter kor ungdommen eller foreldre har møtt opp på skole. Og da har jeg følt at jeg ikke har vært en del av .. at vi har en stor gruppe som sitter samlet foran skjermen – merker at dette ikke er bra – bedre da å delta fysisk. (..) Opplevde vel at jeg ikke fikk så god relasjon til de andre samarbeidspartnerne i den saken da. (beh2)*

Slik behandleren beskriver kan det tenkes at i verste fall kan en slik dårlig digital møtesituasjon gå ut over kvaliteten i kontakten og samarbeidsrelasjonen mellom behandler og de øvrige tjenestene. En annen behandler trekker også fram denne type situasjon ikke er helt bra, men at man likevel «får snakka om hva som er veien videre».

Det er fordeler og det er ulemper ved digitale samarbeidsmøter, og den enkelte behandler som etter hvert har mye erfaring med det, vil kjenne hva som fungerer og ikke for sine pasienter. En behandler sier det på denne måten:

*Sparer enormt mye tid, men jeg mister jo litt av det der – «fingrene inn i situasjonen», og kjenne på «trøkket». Det krever jo at man jobber med oppmerksomheten på en annen måte. Men det er jo effektivt, og særlig i saker der jeg kjenner partene fra før så er det jo helt greit å møtes digitalt. Det*

*er også noen saker der jeg aldri har møtt dem jeg samarbeider med digitalt. Det er enormt effektivt ift samarbeid, innhente informasjon, gi opplæring (...). Det blir litt distanse, men jeg tror vi alle opplever at det fungerer veldig fint. (beh5)*

Hovedinntrykket er at behandlerne opplever mye positivt med digitale samarbeidsmøter samtidig som de også kjenner på noen kritiske elementer. Spørsmålet blir om man mister noe i denne digitaliseringen – om man i for stor grad lener seg på digitale møter. Går man glipp av noen fortrinn ved at ulike tjenester ikke møtes fysisk.

I tillegg til at det er veldig effektivt og tidsbesparende med digitale møter, er det en rekke ganske tydelige føringer som tilsier at det er ønskelig. Det virker i liten grad som om det diskuteres på forhånd hvorvidt man skal ha møte digitalt eller ikke. Det er absolutt en mulighet for den enkelte behandler å ta initiativ til fysisk møte, men i en travel hverdag ender det gjerne med at det blir digitalt.

*Nei, vi kjører digitalt, for det er – noen ganger har jeg bestilt bil for jeg skal dra ut, for det er så lenge siden jeg har sett dem [i en kommune et godt stykke unna], men så kommer det noe annet, så da ble det ikke tid. Så da blir det digitalt. Vi har ikke laga noen policy på det, men vi har veldig trøkk [i klinikken] på at vi må gjøre mest mulig, og vi må være mest mulig her på Bup'en, så da ligger det jo i kortene at vi må ikke bruke så mye tid på å reise ut. Men folk kan komme til oss.*

#### 4.1.8 Digital veiledning overfor barnevernsinstitusjon

Noen av behandlerne hadde erfaring med å gi veiledning overfor barnevernsinstitusjoner knyttet til de ansattes oppfølging av et barn som bor ved institusjonen. I forbindelse med pandemien gikk man over til veiledning i digitale møter.

*Vi starta med veiledning overfor barnevernsinstitusjon på grunn av avstand, og godt hjulpet av Covid. Vi hadde kommet til å følge opp den fysiske veiledninga sjeldnere i hvis ikke gjennom videokonferanse. (beh8)*

Hovedinntrykket er at denne måten å veilede institusjonene på har vært nyttig, og at man ønsker å fortsette med det. Det dreier seg om praktiske elementer; man slipper reisevei, flere kan oftere delta, man når mange med samme veiledning og det er lettere å finne tidspunkt. Det fremholdes også at det er viktig for implementering av innholdet i veiledningen at det er enklere å få med seg leder for barnevernsinstitusjonen.

*Det er enklere å tilpasse med hensyn til tid. At vi slipper reisevei, men at vi har også får satt tidspunkt der institusjonen har flere til stede, at de mottar samme veiledning til flere. Vi når flere av de ansatte. Og enda mere positivt når institusjonen får med seg leder som klarer å ta det til seg, og bruke det i større del av hverdagen. Når leder ikke er der så er det mye vanskeligere å implementere det vi formidler. (...) Det er en del psykoedukasjon rettet mot institusjonen – det er jo en del unge, nyutdanna, og assistenter som ikke har utdanning, som ikke har kompetanse i det hele tatt på denne type problematikk. Og så ser vi at der ledere er på plass så er det noe helt annet da med å ivareta både barnet og den ansatte. (beh1)*

Behandleren er opptatt av at når leder ikke er på banen er det vanskelig å implementere tiltak som de foreslår å gjennomføre overfor det enkelte barn. Det kan for eksempel være at behandler har blitt kjent med ungdommen i forbindelse med situasjoner med suicidalitet og selvskading, der ungdommen har vært innom BUP. I slike situasjoner, forklarer behandler, har institusjonen sterkt behov for råd og veiledning. Hun beskriver et eksempel på dette, og viktigheten av at leder er involvert.

*De blir jo en kasteball i systemet. «Det er kommunens ansvar, nei institusjonens, nei dette er BUP sitt ansvar». Men vi har vært veldig tydelig på at «hvis ikke leder dukker opp i dag, så må vi avslutte det vi holder på med..» så har det ingen hensikt å bruke av vår tid til å dra ut, møte de ansatte, ingen av våre tiltak blir gjort osv. Men der leder er til stede, de fleste institusjoner har jo medleder,*



*de er to døgn på og har team da, hvis leder klarer å bli med hver gang, og vi sikrer på at teamene bytter på å møte oss, og det blir overført, så ser vi at det funker veldig med veiledning. (beh1)*

En utfordring som ble tatt opp er at det ofte kan være slik at ungdommer i barnevernsinstitusjon ikke ønsker behandling fra BUP. En behandlere har da opplevd at det var særskilt nyttig å veilede personalet digitalt slik at det var mulig å inkludere så mange som mulig av de ansatte i veiledningen.

*Jeg syntes det var kjempenyttig at – selv om jeg ikke får nok tid til god behandling fordi ungdommen i dette tilfellet ikke ville ha behandling, så har jeg kunnet veilede personalet slik at de vet hva man kan gjøre. De har gjort mye klokt, og det har vært en kjempesuksess egentlig – og frihetsgraden har vært enormt mye bedre, og vi jobber fortsatt med at de får støtte for at det de gjør er rett, og for at man kan diskutere, så det har vært nyttig å veilede de. Det hadde absolutt vært mye vanskeligere [uten dette samarbeidet] fordi hen vil ikke komme hit [til BUP-klinikken], og det å få de [på barnevernsinstitusjonen]– de har jo en turnus, å få de møtene til å klaffe – det ville vært mye tynge. Omrokere på arbeidsplan og alt dette her. Så dette har vært veldig nyttig. (beh3)*

#### 4.1.9 Oppsummering – behandlernes erfaringer

Behandlerne vi intervjuet har jevnt over positive erfaringer når det gjelder bruk av videokonferanse i forbindelse med samhandling mellom tjenester involvert i den enkelte sak, og i forbindelse med veiledning overfor barnevernsinstitusjoner. Når det gjelder bruk av videokonsultasjon i behandling er erfaringene mer varierte. Her er det en rekke forutsetninger for at behandler skal oppleve at det lykkes og virker nyttig for pasienten. I det følgende oppsummeres fordeler og ulemper med videokonsultasjoner, slik behandlerne beskriver det.

Den vesentlige fordelen med behandling via videokonsultasjon under pandemien var muligheten for å kunne opprettholde behandlingsforløpet, dersom man hadde symptomer som gjorde at fysisk oppmøte var utelukket. Videre er behandlerne tydelige på de praktiske fordelene med bruk av videokonferanse både i behandling og i samhandling. Dette dreier seg i første rekke om å slippe lang reisevei til og fra kommuner som ligger langt vekk fra klinikken, og det gjelder både for pasientene, pårørende og behandlerne. Fordelen nevnes også der det dreier seg om familier som ikke bor langt fra klinikken, der man også opplever at å spare tid ved å ta møtet eller behandlingstimen digitalt. Fordelen med å slippe reisevei utløser også andre fordeler, for eksempel at man slipper å ta fri fra skole og jobb, og slipper kostnader ved å reise. Det trekkes også frem at videokonsultasjon muligens kan bidra til færre tilfeller av «ikke møtt» til samtale, noe som bidrar til bedre kontinuitet i behandlingforløpet.

Flere behandlerne nevner fordelen ved at videokonsultasjon i behandling gir dem mer fleksibilitet, og flere forteller at de bruker denne fleksibiliteten til å gi pasienter som trenger det, flere og kortere konsultasjoner, gjerne for å følge opp hvordan det går. Når fleksibiliteten brukes til å ha flere konsultasjoner med samme pasient vil man ikke oppnå overordnet mål om kortere ventelister, men det kan tenkes at resultatet av behandlingen blir bedre, og at det kan forhindre nye henvisninger.

Det varierer mye hvilke erfaringer behandlerne har, avhengig av hvilken pasientgruppe det dreier seg om, og hvor gamle de er. Man har særlig god erfaring med videokonsultasjon for pasienter med tvangslidelser. Det kan være flere grunner til dette, men trolig først og fremst at det her er snakk om et strukturert opplegg for psykoedukasjon som egner seg å gjennomføre digitalt. Et annet eksempel på en mer systematisk tilpasning fra fysisk oppmøte til digital plattform, er et konkret gruppetilbud for ungdom, som også fikk en god evaluering av deltakerne. Begge disse oppleggene skiller seg fra andre typer erfaringer blant behandlerne i den forstand at man her har utviklet det digitale tilbudet. I de øvrige tilfellene har det mer dreid seg om at den enkelte behandler har prøvd seg fram med en digital tilnærming som ligner på det samme man gjør i et ansikt til ansikt møte. Enkelte har erfaring med at videokonsultasjon fungerer dårlig ved eksempelvis sosial angst, belastningslidelser og traumer. Det ble også fremhevet at det fungerer dårligere enn fysiske møter der det er snakk om sterke følelser hvor barnet har behov for omsorg og trøst.



Den viktigste begrunnelsen for at videokonsultasjon i psykologisk behandling overfor barn og unge ikke bør få sterk utbredelse er at mange ungdommer, ifølge behandlerne (og ungdom selv, jf. neste kapittel) foretrekker ansikt til ansikt møter på kontoret. Videre velger en del ungdommer å ha kamera av i digitale møter med behandler og andre tjenester. Behandlerne rapporterer at de opplever større grad av distanse i kontakten med pasienter i videokonsultasjoner. De opplever at det er vanskelig å få til god flyt, god kontakt og den gode samtalen. Ungdom oppleves gjerne mindre delaktig i videokonsultasjoner. Mange opplever også at de mister «smalltalk» som er viktig for utvikling av relasjonen mellom behandler og pasient. Flere behandlere påpeker viktigheten av å ha etablert en relasjon før videokonsultasjon eventuelt tas i bruk. Det varierer hvorvidt behandler tror de vil fortsette med videokonsultasjon i behandling. Behandlerne med strukturert opplegg for barn med tvangslidelser er mest positive, og anslår at de vil bruke det i om lag halvparten av tilfellene, mens de øvrige behandlerne i mindre grad vil bruke det, og en sier det er svært lite aktuelt.

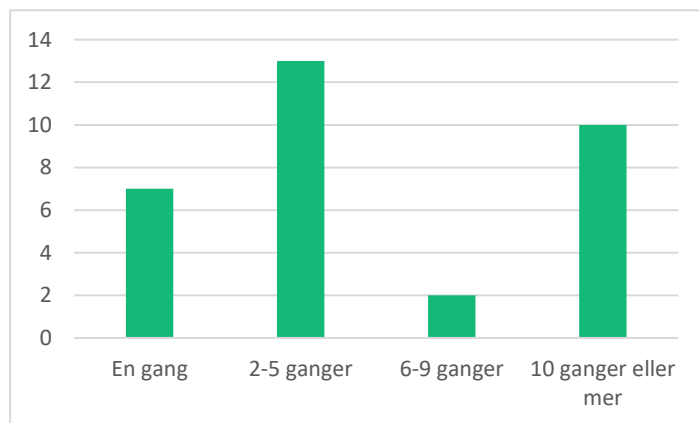
Når det gjelder digitale møter for samhandling mellom tjenestene, eller i veiledning overfor barnevernsinstitusjonene, gjelder de samme praktiske fordelene knyttet til det å slippe reisevei, både der det er kommuner langt av sted, eller om det er nær BUP. Man sparer tid, det er lett å få til møter, og det er effektivt for innhenting av informasjon. Behandlerne opplever dessuten at møtene kan bli bedre fordi man møtes hyppigere digitalt enn dersom det hadde vært fysisk. Trolig handler dette om at man blir bedre kjent, og at det dermed er lettere å samarbeide. Det presiseres imidlertid at for at digitale møter skal være vellykket, må de ha en klar agenda og struktur for gjennomføring. Erfaringen er at det ikke er gunstig med digitale samarbeidsmøter der det er mye som er uavklart i saken, for eksempel i vurderingssamtaler, og i generelt komplekse saker der man diskuterer hva som er behovene.

## 4.2 Ungdommer i barnevern sine erfaringer med videokonsultasjon

Datagrunnlaget om ungdommer i barnevernet sine erfaringer er fra spørreskjema og intervjuer i parallelt hovedprosjekt om helsehjelp til barn i barnevernet. I disse datainnsamlingene var det inkludert en rekke spørsmål om videokonsultasjon. Vi har også inkludert to intervju av foreldre med ungdom som har hatt videokonsultasjon. For nærmere beskrivelse av gjennomføring av datainnsamlingene, se metodekapittel.

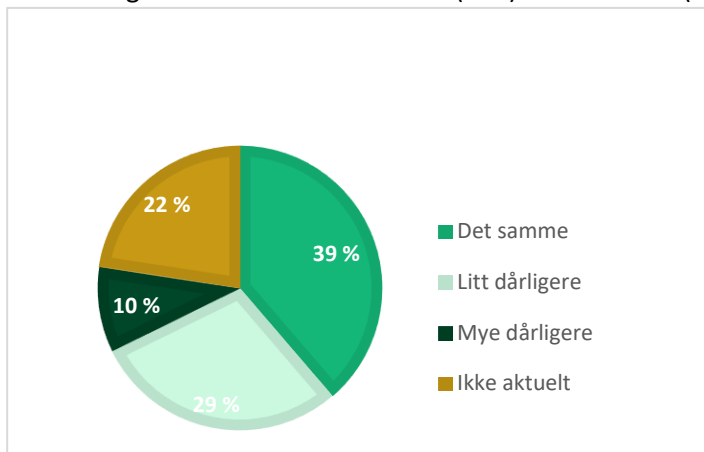
### 4.2.1 Spørsmål om videokonsultasjon i survey

Det var 221 ungdommer i 16-23 år som svarte på spørreskjemaundersøkelsen som ble sendt ut via samtlige barnevernkontor og barnevernsinstitusjoner i landet. Av disse var det 32 ungdommer som oppga at de hadde mottatt digitale helsetjenester/videokonsultasjon i forbindelse med behandlingstilbud i BUP eller psykisk helsevern for voksne. Tre av disse bodde på barnevernsinstitusjon, ti bodde hos fosterforeldre, fire hos en eller begge foreldre, fire hos venner eller i kollektiv eller hos annet familie-medlem, åtte bodde alene på hybel, og tre oppga andre boalternativ. Det var 26 (79 prosent) som oppga at de startet behandling på skjerm fordi det ble stengt for vanlig oppmøte på grunn av Korona-situasjonen.



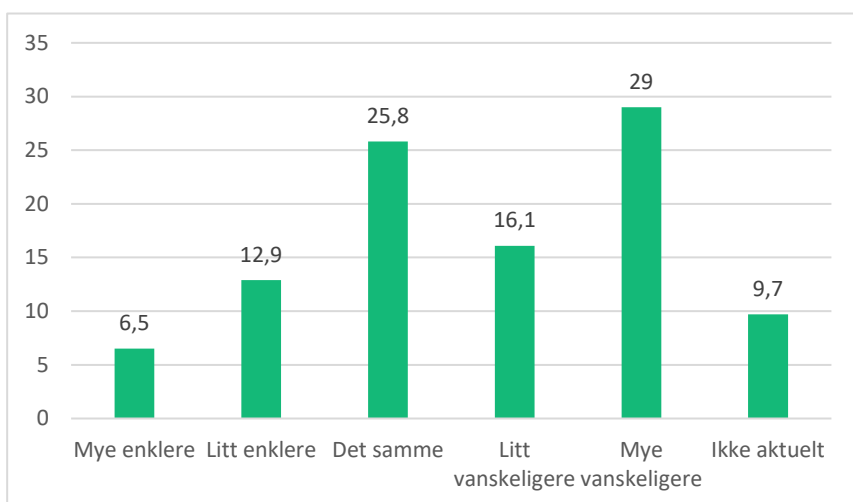
**Figur 2** Antall ganger mottatt behandling på skjerm (n=32)

Av de 32 ungdommene som oppga at de hadde mottatt digitale helsetjenester/ videokonsultasjon i vårt materiale, hadde sju mottatt dette en gang, tretten hadde mottatt konsultasjon 2-5 ganger, to 6-9 ganger og ti ungdommer hadde mottatt videokonsultasjon ti ganger eller mer. De aller fleste (78 prosent) oppga at de hadde hatt time med fysisk oppmøte i tillegg til digital behandling. Nesten alle var hjemme under møtet med behandler (n=27, 87 prosent), mens resten oppga at de var på skole (n=2) eller annet sted (n=2). Mindre enn halvparten (n=13, 42 prosent) synes det var greit å se seg selv på skjerm under behandlingen mens resten svarte nei (n=9) eller vet ikke (n=9).



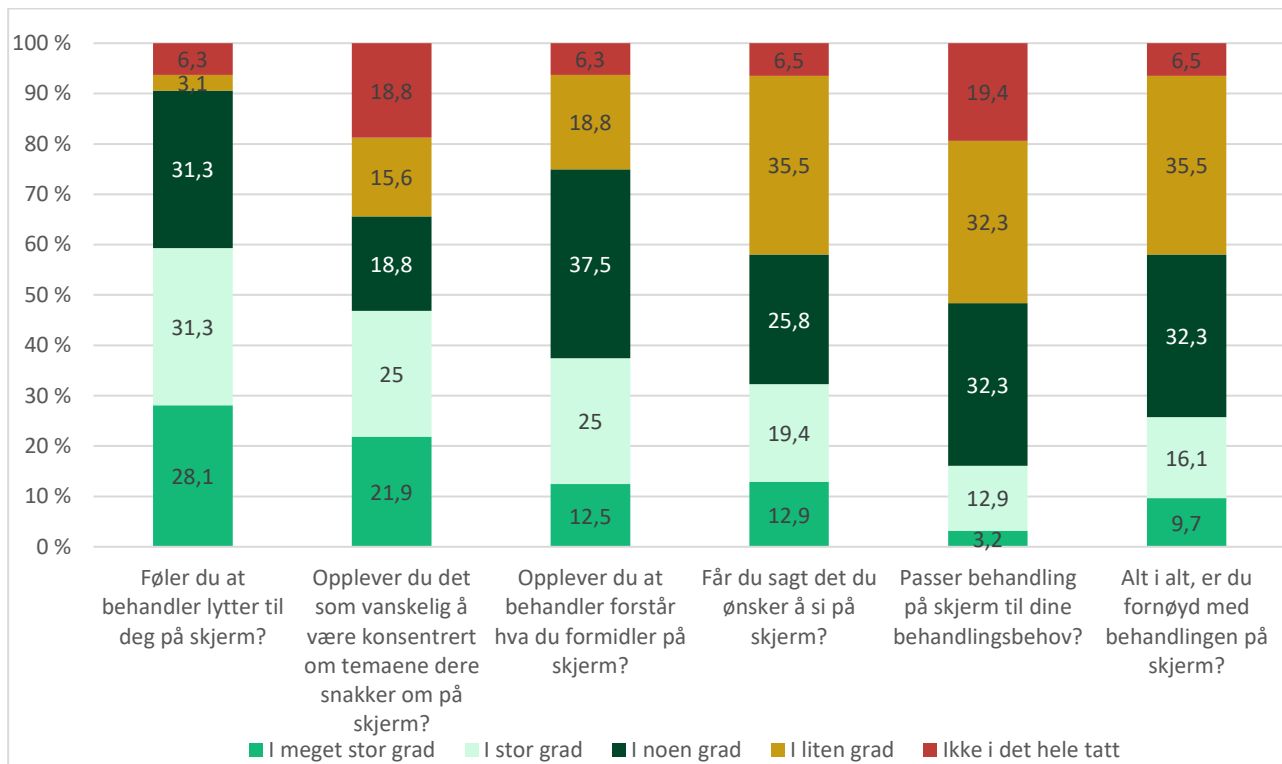
**Figur 3 Er forholdet til din behandler det samme, eller bedre eller dårligere når dere er på skjerm enn ved vanlig oppmøte? Prosent (n=31)**

I underkant av 40 prosent (n=12) oppgir at forholdet til behandler er det samme som ved vanlig oppmøte når behandlingen skjer på skjerm, mens i underkant av 30 prosent (n=9) oppgir at det er litt dårligere, 10 prosent (n=3) at det er mye dårligere og resten oppgir at spørsmålet ikke er aktuelt (n=7).



**Figur 4 Å snakke med behandler på skjerm, opplever du at det er det samme, eller enklere eller vanskeligere enn ved fysisk oppmøte? Prosent (n=31).**

Litt under halvparten av ungdommene (45 prosent, n=14) svarer at de opplever det som litt eller mye vanskeligere å snakke med behandler på skjerm. En av fire opplever ikke at det er noen endring, mens 19 prosent opplever at det er litt eller mye enklere.



**Figur 5 Ungdoms opplevelse av behandling på skjerm. Prosent (n=31)**

Ungdommene med behandling på skjerm fikk en rekke spørsmål om hvordan de opplevde dette. Godt over halvparten oppgir at de føler at behandler lytter til dem i meget stor eller stor grad mens litt over 30 prosent kun i noen grad føler at behandler lytter mens resten, ti prosent oppgir at de i liten grad eller ikke i det hele tatt opplever dette.

Nesten halvparten av ungdommene opplever at det er vanskelig å være konsentrert om temaene de snakker om på skjerm, og under 40 prosent opplever at behandler forstår det de formidler på skjerm. Videre opplever 42 prosent at de i liten grad eller ikke får sagt det de ønsker å si på skjerm. Mens kun 16 prosent oppgir at behandling på skjerm passer deres behandlingsbehov i stor eller meget stor grad, svarer 40 prosent det i liten grad eller ikke i det hele tatt passer. Kun en fjerdedel av ungdommene svarer at de i meget stor eller stor grad er fornøyd med behandling på skjerm totalt sett. En av tre er i noen grad fornøyd, mens godt over 40 prosent i liten grad eller ikke i det hele tatt er fornøyd med behandling på skjerm.

#### 4.2.2 Kvalitative intervjuer med ungdom

Et fåtall av ungdommene vi intervjuet hadde erfaring med digital oppfølging fra psykisk helsevern. Dette gjaldt totalt ni av de 27 ungdommene vi intervjuet i forskningsprosjektet «Helsehjelp til barn i barnevern». Noen hadde hatt kontakt med psykolog og andre behandlere på ulike digitale plattformer og telefon. Et par andre hadde erfaring med digitale samarbeidsmøter. Den digitale kontakten med psykisk helsevern hadde foregått under korona. Ungdommene beskrev varierende erfaringer med bruk av digital kontakt med behandlende psykolog.

En ungdom fortalte at kontakten med psykolog på BUP begynte via Skype på grunn av koronasituasjonen. Hun syntes psykologen hennes var veldig grei, slik at det hadde fungert godt å ha digitale samtaler. Hun understreket at hun opplevde digitale samtaler som greie, men opplevde samtidig samtaler mer forpliktende enn samtaler som foregikk fysisk på BUP. Hun beskrev det slik:

*Altså når jeg møter henne, så blir det lettere for henne å... Altså man ser jo hverandre på video, men jeg føler at når man sitter sammen så blir det enklere å se liksom kroppsspråket til hverandre. Så kan hun liksom merke at hvis jeg plutselig blir lei meg, sur eller sånne ting ... Og hvis jeg plutselig skulle finne på å lyve om hvordan jeg har det for eksempel.*

En jente fortalte at hun hadde hatt det svært vanskelig og krevende under korona. Hun fortalte hvordan livet hennes var kaotisk etter å ha flyttet tilbake til foreldrene samtidig var hennes sosiale arenaer nedstengt. Hun savnet sosial kontakt med andre og hadde det vanskelig psykisk. Hun opplevde at ukentlige telefonsamtaler fra BUP ikke ga henne oppfølgingen hun trengte:

*BUP var ikke lengre tilgjengelig i det hele tatt, vi pratet- de ringte meg på telefonen en gang i uken og var sånn "hei, går det bra?", da var jeg sånn "ja da det går bra", fordi det er ikke det samme å ikke møtes ansikt til ansikt, så det var jo en veldig rar tid.*

En annen jente fortalte at hun hadde også hadde hatt telefonsamtaler med psykolog under nedstengningen:

*Da det var korona, da hadde jeg oppfølging av psykolog. Så ... Vi brukte vel en del telefon, men jeg tror jeg fikk etter hvert på en måte dratt og hatt de ordentlige timene da.*

Hun beskrev videre hvordan hun opplevde det som mer krevende å snakke sammen i fysiske møter, samtidig tenkte hun at det var de mest virkningsfulle i samtalene, nettopp fordi det var krevende.

En annen ungdom ga uttrykk for en viss skepsis til kvaliteten i digital oppfølging fra BUP:

*Altså, det er jo dårligere vil jeg si enn vanlig ... Når man er face-to-face liksom, fordi man snakker jo med en skjerm liksom. Ja. Men så er det jo ikke det som på en måte avgjør om den timen ble bra eller ikke på en måte, men det er jo ... For de aller fleste så tror jeg det er bedre å møtes fysisk. For noen så kan det jo sikkert være greit å møtes digitalt.*

En ungdom med lang erfaring fra å bo på institusjoner fremholdt at han var svært skeptisk til digital oppfølging dersom det var begrunnet i praktiske hensyn for behandlere og ansatte på institusjon:

*Jo, fordi den ene plassen jeg bodde, sant, så var det jo liksom en time unna BUP da, en halvtime sikkert, og hvis liksom ... Ja, plutselig etter korona da, så kunne de tenkt at det var like greit at jeg hadde de timene digitalt, og det hadde ikke hjulpet en skit.*

Han ga videre uttrykk for betydningen av at digital oppfølging måtte være frivillig dersom det skal være et tilbud til ungdom, ellers er han redd for at det kan føre til at ungdom blir isolert på for eksempel institusjoner:

*Det kan jo være ganske skummelt og åpne for at det skal være sånn ... Altså, en like god mulighet ... med mindre den ungen sier at den vil ha timer digitalt. For det er jo en ting. Men hvis de tenker sånn «ah, det er praktisk», fordi den ungen burde ikke gå ut så er det ganske skummelt.*

Enkelte andre ungdommer beskrev digitale samtaler som mindre forpliktende enn fysiske møter. Flere trakk frem dette som en mulighet til å regulere nærhet og avstand. En ungdom beskrev hvordan digitale samtaler med behandler ga ham en mulighet til å trekke seg ut av samtalen når han ønsket det. Han forklarte: «Det var ganske greit, for da kunne jeg bare legge på når jeg ikke ville snakke mer.»

Et par ungdommer fortalte om erfaringer fra digitale samarbeidsmøte hvor mange aktører var til stede; behandlere fra BUP, barnevern, fosterhjem, foreldre, skole og andre instanser. En ungdom sa at det var enklere når slike store møter var digitale fordi hun da kunne hun gjemme seg litt bort fra kamera. En annen trakk frem at hun opplevde det som en fordel å kunne trekke seg ut av digitale samarbeidsmøter når hun ikke orket mer.

En annen ungdom med erfaring med videomøter med Bufetat og barnevernet i kommunen trekker særlig fram hvordan tekniske problemer som påvirker samtalen, gjør det tungvint og har ført til at hun foretrekker fysiske møter:

*Altså, veldig ofte når vi har videokonsultasjoner og det er på nettet, så er det ofte at hvis det er mer enn to personer så er det veldig hakkete, hun ene begynner og si noe, så hører jeg ikke hun andre, så blir det veldig sånn oppå hverandre. For eksempel Bufetat så kan det hakke utrolig mye, så vi må si det om igjen, eller så kan det hakke utrolig mye for barnevernet, så begynner barnevernet å snakke for hun hører ikke at Bufetat snakker. Og så blir det veldig sånn tungvint egentlig. Men det er jo bra at de har det, i stedet for å reise hele veien til (note; anonymiserer navn på by) som tar ni timer med bil liksom. Så det er jo lettvis på en måte å snakke hvis det er kort, short notice da eller hva jeg kan si. Men det er jo veldig tungvint.*

Samlet sett har ungdommene i den kvalitative studien i “Helsehjelp til barn i barnevernet” relativt sparsomt med erfaringer fra digitale samtaler med behandlere. De som har erfaringer, trekker frem en opplevelse av avstand mellom deltagerne i digital oppfølging og møter. Hovedinntrykket er at ungdommene ikke synes at slike samtaler kan erstatte fysiske møter mellom ungdom og behandlere. Samtidig gir digitale samarbeidsmøter muligheter til å regulere avstand på en måte som enkelte setter pris på.

#### 4.2.3 Foreldre

Ti av de 14 foreldrene vi intervjuet i forbindelse med forskningsprosjektet «Helsehjelp til barn i barnevern» (både biologiske foreldre og fosterforeldre) har barn som er eller har vært i behandling i BUP. Flere av foreldrene forteller at behandlingen gikk som normalt under pandemien, noe som innebar at barnet fikk komme til fysiske samtaler som vanlig. Ingen av foreldreinformantene hadde barn med omfattende erfaring med videobaserte møter med behandler, men to deltakere hadde barn med *noe* erfaring. En av disse forteller at datteren på 10 år, dersom hun kunne velge, nok ville ha valgt «nettbrettet» (videobasert) – fordi:

*..da er hun hjemme eller på skjerm da, selv om jeg vet at hun, fordi det er jo mye man ikke får med seg på en skjerm [...] Så jeg er litt usikker, det er, fordi vi har hatt bra av det lille som har vært nettet, men det er lett for henne å bare skli vekk, «Nå går jeg». (forelder1)*

Når det gjelder fosterforeldres kontakt med barnevernet under pandemien er inntrykket at det har vært små endringer fra normalt, men at noen møter har vært digitale. Dette har vært møter der barn ikke har vært til stede. Både fosterforeldre og biologiske foreldre sier at de digitale møtene har fungert som forventet og vært greie.

*Nei, det har egentlig fungert greit, men jeg tenker sånn som for K., og andre med lignende problemer, så er det kanskje litt viktig med et oppmøte. (forelder2)*

Et par av informantene bor i område med svært lang avstand til behandlingssted. Når det gjelder kontakten med BUP, understreker den ene forelderen fordelene med videomøter med BUP på grunn av geografisk avstand.

*For oss så er det jo selvfølgelig det [en fordel]... tidsforbruk; det er jo lange avstander. Det kan være gjort på en halvtime, tre kvarter - fra at du måtte ha en hel dag fri. (..) Men det blir jo litt annerledes; du får ikke den relasjonen med folk og ... så jeg tenker oppmøte på behandlingssted er hvert fall viktig i første omgang til man kjenner hverandre bedre. (forelder2)*

#### 4.2.4 Oppsummering – ungdommer og foreldres erfaringer

Fra spørreskjemaundersøkelsen der 32 av 221 ungdommer hadde erfaring med videokonsultasjon oppga 26 at de hadde startet behandling på skjerm på grunn av pandemi-situasjonen. De fleste hadde hatt time



med fysisk oppmøte i tillegg til digital behandling, og de fleste var hjemme under møte med behandler. Mindre enn halvparten syntes det var greit å se seg selv på skjerm under behandlingen. Det er 39 prosent som oppgir at forholdet til behandler er dårligere når de er på skjerm enn ved vanlig oppmøte, og 45 prosent svarer at de opplever det litt eller mye vanskeligere å snakke med behandler på skjerm. Det er 40 prosent som svarer at behandling på skjerm i liten grad eller ikke i det hele tatt passer, og like stor andel som svarer at de i liten grad eller ikke i det hele tatt er fornøyd med behandling på skjerm.

I de kvalitative intervjuene formidler ungdommene flere ulemper enn fordeler. De trekker frem at videokonsultasjoner oppleves som mindre forpliktende samtaler, videre oppleves det overfladisk og at behandler ikke merker sinnsstemningen man er i. Tekniske problemer som irriterer nevnes også. En ungdom med mye erfaring fra barnevernsinstitusjon mener ungdom ved institusjon kan oppleve isolasjon dersom man ikke får turen til BUP. Det ble nevnt som en fordel å kunne regulere avstand og nærhet ved å gjemme seg fra kamera når man deltar i digitale videokonsultasjoner og samarbeidsmøter. Det tas høyde for at videokonsultasjoner kan passe for noen barn og ungdommer. Det var ingen av de ni ungdommene som nevnte lang reisevei. Begge de to foreldrene som hadde ungdommer med erfaring fra videokonsultasjon, pekte på fordelen med videokonsultasjon grunnet lang reisevei. De var likevel opptatt av at fysisk oppmøte var viktig, den ene fordi barnet ikke ville sitte i ro i situasjonen, og den andre fordi videokonsultasjon ikke ga den samme relasjonen som fysiske møter.

## 5 Oppsummering og konklusjon

I denne rapporten har vi gjort en kunnskapsoppsummering (scoping review), kombinert med intervju med behandlere i BUP ungdom og foreldre, samt en spørreskjemaundersøkelse med ungdom. Formålet har vært å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for å kunne vurdere om videokonsultasjon er en egnet metode i behandling og oppfølging av barn i barnevern, og om videokonferanse er egnet i forbindelse med samarbeid og veiledning mellom barnevern og BUP.

### 1) Er videokonsultasjon en egnet metode for psykologisk behandling (fra BUP) av barn i barnevern?

Kunnskapsoppsummeringen av internasjonal forskningslitteratur, avgrenset til målgruppen barn og unge som har kontakt med barnevern, viser først og fremst at videokonsultasjon gir bedre tilgjengelighet til spesialisert psykisk helsehjelp. Flere av studiene indikerer god kvalitet i behandlingen, men er i hovedsak basert på tjenesteyteres oppfatninger. Det pekes på utfordringer når det gjelder å få til en god terapeutisk relasjon og å være fokusert i terapien når det er på skjerm. Avhengighet av teknologi kan gi utfordringer knyttet til tilgang på utstyr og internett, og nye problemstillinger når det gjelder personvern. Videre at man ikke på samme vis overvåker utvikling eller vurderer risiko og behov for støtte fra barnevernet som ved fysiske møter. Det pekes på behovet for mer forskning. Først og fremst trengs det mer kunnskap om barn og ungdom sitt utbytte av behandlingen når den skjer ved hjelp av videokonsultasjon. Videre vil det være nødvendig å undersøke hvordan bruk av videokonsultasjon påvirker pasientforløpene i form av omfang og hyppighet på konsultasjonene, og hvordan dette eventuelt påvirker utfall av behandlingen.

Behovet for forskning når det gjelder hvem videokonsultasjon egner seg for, ble også synlig i våre intervjuer. Både behandlere og ungdommer peker på mange ulemper som gjør at man blir skeptisk til en stor framtidig økning av videokonsultasjon uten at det utredes hvem det egner seg for (egnethet både for ulike pasientgrupper og typer behandlere), og hva som gir grunnlag for å anbefale det. Behandlernes erfaringer med videokonsultasjon varierer mye, og de knytter det opp mot hvilke typer av vansker og problematikk det dreier seg om samt barnets alder og modenhet. Erfaringen varierer også basert på hvilken type samtaleoppfølging som er aktuell. Erfaringene er gode når det gjelder barn og unge med tvangslidelser som får et relativt strukturert opplegg via skjerm, men dårlige der det er behov for en samtale som er mer åpen og utforskende til hva som er barnets problem, og hva som er trengs av oppfølging.

Like viktig som å utforske hvem som kan ha nytte av videokonsultasjoner, er det å utvikle kunnskap om hvordan videokonsultasjoner kan bli kvalitativt gode tilbud. Hovedtyngden av erfaringer knyttet til videokonsultasjoner er fra situasjonen under koronapandemien, hvor digital plattform ble tatt i bruk som et akutt hjelpemiddel. Dersom videokonsultasjoner skal bli en del av det ordinære tjenestetilbudet, vil det være avgjørende at det utvikles kvalitativt gode terapeutiske tilnærminger og metoder som er tilpasset digitale plattformer.

Det er god grunn til å være kritisk til videokonsultasjon overfor målgruppen fordi mange ungdommer selv er negative til videokonsultasjon, sammenlignet med fysisk oppmøte. Vår studie gir en indikasjon på dette når 45 prosent svarte at de opplevde det vanskeligere å snakke med behandler på skjerm, og 39 prosent svarte at forholdet til behandler ble dårligere, når de fikk behandling på skjerm, enn ved vanlig oppmøte på klinikken. Også de kvalitative funnene viste at ungdom har negative erfaringer knyttet til kvaliteten på behandling via videokonsultasjon. Det er spesielt bekymringsfullt at dette synes å være knyttet opp mot de relasjonelle aspektene ved behandlingen.

Ettersom hovedtyngden av erfaringer er knyttet til videokonsultasjoner som akuttløsning under koronapandemien, er det lite kunnskap om brukermidvirkning ved bruk av videokonsultasjon, og hvordan dette kan sikres på en systematisk måte i forløpene. Vi fant i svært liten grad kunnskap om brukernes perspektiver i den internasjonale litteraturen. I forbindelse med videreutvikling av videokonsultasjoner som et tilbud, er det viktig at brukerperspektivet er sentralt både i praksisutvikling og forskning.



## 2) Er videokonferanse egnet i forbindelse med samarbeid og veiledning mellom barnevern og BUP og andre tjenester involvert i saken?

Studiene inkludert i kunnskapsoppsummeringen tyder på at digitale samarbeidsmøter øker oppmøte og frekvensen av viktige møter mellom sosialtjeneste og helsetjeneste, noe som kan gi bedre kontinuitet samt kjennskap til, og forståelse for, hverandres fagfelt. Det påpekes behov for oppmerksomhet på at digitale møter ikke medfører redusert medvirkning fra familier og barn, samt at man unngår tema som ikke er egnet for digitale møter.

Behandlerne vi intervjuet uttrykte mange av de samme erfaringene ved digitale møter som i de internasjonale studiene – at man sparer tid, det er lett å få til møter, effektivt for innhenting av informasjon, og at man møtes hyppigere. Derimot at det ikke er bra med digitale samarbeidsmøter der det er mye som er uavklart i saken, og der man diskuterer hva som er behovene. Behandlerne som hadde erfaring med å veilede barnevernsinstitusjonene mente digitale møter i den forbindelse var nyttig i den forstand at man slipper reisevei, flere kan delta, man når mange med samme veiledning og det er lettere å finne tidspunkt.

Tidligere forskning, og våre intervjuer, tyder på en overvekt av positive erfaringer i sosial- og helsetjenestene når det gjelder nytten av digitale møter i samhandling og veiledning. Her er det viktig å unngå tema som ikke egner seg for en digital setting, og at familiers medvirkning ikke blir dårligere. Det trengs mer forskning på konsekvenser av digitalisert samarbeid og veiledning, som også er basert på andre datakilder enn tjenesteyteres erfaringer.

## 3) Hvilke gevinster kan økt bruk av videokonsultasjon og videokonferanse gi på tjenestenivå?

Når det gjelder gevinster av videokonsultasjon i behandling og videokonferanse i samarbeidsmøter og veiledning, viser forskning først og fremst til bedre *tilgjengelighet til spesialisert behandling* for populasjoner i områder med lang avstand til nærmeste klinikk. Dernest vises det til en rekke gevinster i kjølvannet av dette, basert på at både pasient og behandler sparer reisetid, som for tjenestene sin del kan bety større effektivitet og bedre gjennomstrømning av pasienter, og dermed redusert ventetid på behandling. Vi har ikke funnet forskning som dokumenterer sammenhenger som viser denne type driftsmessige fordeler (se også kapittel 3.1).

Kunnskapsoppsummeringen peker på behov for mer kunnskap både om hvordan teknologien virker på klinikeres og pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingstilbudet, og hvordan det påvirker praksis, kunnskap og resultater for pasienter og familier på lengre sikt. Dette gjelder både videokonsultasjon i behandling, og bruk av videokonferanse i samhandling mellom tjenester. Ikke minst pekes det på behov for mer forskning på kliniske effekter.

## 5.1 Konklusjon

Hvorvidt videokonsultasjon er en egnet metode for psykologisk behandling, når det gjelder barn i barnevern, vil være avhengig av mange av de samme faktorene som for barn og unge generelt. Det må imidlertid tas hensyn til spesielle behov hos målgruppen. Selv om det kan føre til bedre tilgjengelighet til behandling, er ikke det et argument dersom barnet eller ungdommen opplever et dårligere tilbud ved at det blir vanskeligere å snakke med behandler, og å få en god relasjon. Det er sterk forskningsmessig støtte for at en god relasjon mellom behandler og pasient er det bærende elementet i psykologisk behandling. Barn i barnevernet har ofte vanskelige og turbulente relasjoner, som kan gjøre dem ekstra sensitive overfor relasjonelle utfordringer. En utbredelse av videokonsultasjon, rettet mot denne målgruppen, kan i verste fall skape nye barrierer for behandling i BUP, mens hensikten var å bygge ned barrierer for å motta behandling, og å sørge for kontinuitet i pågående forløp.

Nytten av videokonferanse i forbindelse med samarbeidsmøter og veiledning har mer entydige fordeler, noe som bekreftes i forskning så vel som i våre intervjuer med behandlere. Selv om man har gode erfaringer med digitale møter, samtidig som man også sparer tid og penger, må man imidlertid være kritisk

oppmerksom på hvilke temaer som egner seg og ikke, hvordan det påvirker samhandlingen, og ikke minst, om det påvirker familier og barns medvirkning på en negativ måte.

Nytten av videokonsultasjon i behandling må selvsagt vurderes individuelt. Det vil passe for noen, og ikke for andre. Det trengs forskning for å avklare hvem det egner seg for og ikke, og hva som er klinisk utbytte sammenlignet med et fysisk ansikt til ansikt møte. Det vil være viktig å videreutvikle kunnskap om, og god kvalitet, i videokonsultasjoner. Videre er det behov forskning som tar for seg barn og unges egne erfaringer og brukermidvirkning. Det trengs også forskning på konsekvenser av samhandling mellom barnevern og BUP via videokonferanse.

## 5.2 Implikasjoner - behov for en forskningsbasert utvikling

Historisk har videobasert konsultasjon først og fremst vært et verktøy for å bedre tilgjengeligheten til behandling i rurale strøk (Mishkind et al., 2018). Slik har det også vært her i landet. Før Covid-19-pandemien er det først og fremst i Nord-Norge at vi finner utprøving og utbredelse av videokonsultasjon i psykisk helsevern for barn og unge, og først og fremst med en geografisk begrunnelse. Vi har lagt pandemien bak oss, og er i en fase der det er litt uvisst i hvilken retning den videre utvikling på dette feltet vil gå, og i hvor stor grad behandlerne ønsker å bruke videokonsultasjon. Helsemyndighetenes mål er at minst 15 prosent av polikliniske konsultasjoner skal være digitale. I Helse Nord har man et uttalt mål om det dobbelte av Helse- og omsorgsdepartementet sin målsetting, minst 30 prosent digitale polikliniske konsultasjoner (Helse Nord, 2020).

Den enkelte behandler, som har brukt videokonsultasjon gjennom de siste par årene, sitter nå med mye erfaring om hvem det egner seg for og hvem det ikke egner seg for. De har i ulik grad funnet sin vei gjennom mer eller mindre usystematisk prøving og feiling, og med ulik grad av støtte og veiledning fra systemnivå. I det videre er det behov for å samle erfaringene, og å gjennomføre systematisk utprøving og forskning for å få mer kunnskap.

Det er mange utestående spørsmål når det gjelder for hvilke grupper og på hvilke helseområder det egner seg, om slike tilbud bidrar til å utjevne ulikheter i tilgang til helsetjenester, eller rett og slett det motsatte, spørsmål om ivaretagelse av konfidensialitet, om det bidrar til god kvalitet i behandlingen, og om det styrker eller svekker rettigheter knyttet til medvirkning og deltakelse (Davidson et al., 2022). Det er også bekymring knyttet til vurderinger av barn og ungdoms psykososiale situasjon når det gjøres i en digital setting, og mangelen på evaluering av verktøy som også har vurdert validitet og reliabilitet (Sawyer, 2021).

Selv om det har gått over tjue år med videokonferanse, brukt i psykisk helsetjeneste til barn og ungdom i mange land, og selv om bruken av videokonferanse fikk en enorm økning på grunn av Covid-19, gjenstår fremdeles spørsmål om konfidensialitet, kvalitet i behandlingen og hvilke virkninger det har på helse og ulikhet (Barney et al., 2020; Davidson et al., 2022; Ignatowicz et al., 2019). Fremdeles etterlyses også kliniske retningslinjer for å veilede for beste praksis (Barney et al., 2020). I ett av de aller siste kunnskapsopsummeringene går det fram at det fremdeles er et behov for forskning som undersøker i hvilke tilfeller, og for hvem det er en fordel for, dersom målet er å øke tilgjengelighet og kvalitet i behandlingen (AlRasheed et al., 2022).

## 6 Litteratur

- AlRasheed, R., Woodard, G. S., Nguyen, J., Daniels, A., Park, N., Berliner, L., & Dorsey, S. (2022). Transitioning to Telehealth for COVID-19 and Beyond: Perspectives of Community Mental Health Clinicians. *J Behav Health Serv Res*, 49(4), 524-530. <https://doi.org/10.1007/s11414-022-09799-z>
- Archard, P. J., Fitzpatrick, S., Morris, N., & O'Reilly, M. (2022). Consultation in a Specialist Mental Health Team for Vulnerable Children before and during the Early Stages of the COVID-19 Pandemic: Audit Findings and Practice-Based Reflections. *Practice*, 34(2), 101-115. <https://doi.org/10.1080/09503153.2021.1998411>
- Baginsky, M., & Manthorpe, J. (2021). Multiagency working between children's social care and schools during COVID-19: case study experiences from English local authorities and international reflections [Article]. *Journal of Integrated Care*. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2021-0004>
- Barney, A., Buckelew, S., Mesheriakova, V., & Raymond-Flesch, M. (2020). The COVID-19 Pandemic and Rapid Implementation of Adolescent and Young Adult Telemedicine: Challenges and Opportunities for Innovation. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 164-171. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.006>
- Bolle, S. R., Trondsen, M. V., Stensland, G. Ø., & Tjora, A. (2018). Usefulness of videoconferencing in psychiatric emergencies -- a qualitative study. *Health and Technology*, 8(1), 111-117. <https://doi.org/10.1007/s12553-017-0189-z>
- Boydell, K. M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., & Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: a scoping review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23(2), 87-99.
- Bufdir, B.-u.-o. f. (2022). *Statusrapport 15. Barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien* (Barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien, Issue. <https://www.regjeringen.no/contentassets/07a94a46945c43408c50a168e540079d/statusrapport-15-fra-koordineringsgruppen-03.03.22.pdf>
- Bufdir og Helsedirektoratet. (2016). *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet*. [https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Oppsummering-og-anbefalinger-fra-arbeidet-med-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet.pdf?\\_gl=1\\*jc7yk6\\*\\_ga\\*MTUwNzYxNDIyLjE2NjI1Mzk4NjE.\\*\\_ga\\_E0HBE1SMJD\\*MTY2NzlwMjg3MS4yMi4xLjE2NjcyMDMwNjEuMC4wLjA](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Oppsummering-og-anbefalinger-fra-arbeidet-med-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet.pdf?_gl=1*jc7yk6*_ga*MTUwNzYxNDIyLjE2NjI1Mzk4NjE.*_ga_E0HBE1SMJD*MTY2NzlwMjg3MS4yMi4xLjE2NjcyMDMwNjEuMC4wLjA).
- Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatry*, 5(3), 286-304. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i3.286>
- Coon, J. C., Bush, H., & Rapp, J. T. (2022). Eight Months of Telehealth for a State-Funded Project in Foster Care and Related Services: Progress Made and Lessons Learned [Review; Early Access]. *Behavior Analysis in Practice*. <https://doi.org/10.1007/s40617-022-00682-z>
- Davidson, S. K., Sanci, L., de Nicolás Izquierdo, C., Watson, C. J., Baltag, V., & Sawyer, S. M. (2022). Best Practice During Teleconsultations With Adolescents: A Scoping Review. *J Adolesc Health*, 70(5), 714-728. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.11.012>
- Eapen, V., Dadich, A., Balachandran, S., Dani, A., Howari, R., Sequeria, A. Z., & Singer, J. D. (2021). E-mental health in child psychiatry during COVID-19: an initial attitudinal study [Article]. *Australasian Psychiatry*, 29(5), 498-503. <https://doi.org/10.1177/10398562211022748>
- Gullslett, M. K., Kristiansen, E., & Nilsen, E. R. (2021). Therapists' Experience of Video Consultation in Specialized Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR Hum Factors*, 8(3), e23150. <https://doi.org/10.2196/23150>
- Hansen, R. C., Rødseth, E., Schøne Karlsen, P. A., Karoliussen, S. Ø., Engeseth, M., Varmedal, R., Grytå, C., & Normann, T. H., E. (2020). *Sluttrapport Barnas videobehandling*.

- Helse Nord. (2020). *Stiller krav om økt bruk av videokonsultasjon* <https://helse-nord.no/nyheter/stiller-krav-om-okt-bruk-av-videokonsultasjoner>
- Helsedirektoratet. (2021). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kontinuitet. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020*, (SAMDATA, Issue). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf/\\_attachment/inline/36006c86-0bc7-4021-8956-708d6566a9a6:d2759c4e0d1059170d84accb463aeb1631f5e32c/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf/_attachment/inline/36006c86-0bc7-4021-8956-708d6566a9a6:d2759c4e0d1059170d84accb463aeb1631f5e32c/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf)
- Helsedirektoratet. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge i 2021. Norsk pasientregister, avdeling helseregistre* (IS-3038, Issue).
- Ignatowicz, A., Atherton, H., Bernstein, C. J., Bryce, C., Court, R., Sturt, J., & Griffiths, F. (2019). Internet videoconferencing for patient–clinician consultations in long-term conditions: A review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations. *DIGITAL HEALTH*, 5, 2055207619845831. <https://doi.org/10.1177/2055207619845831>
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European child & adolescent psychiatry*, 25(1), 33-47.
- Kaye, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.
- Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T., & Lehmann, S. (2018). Services according to mental health needs for youth in foster care?—A multi-informant study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-11.
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1-12.
- Loria, H., McLeigh, J., Wolfe, K., Conner, E., Smith, V., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2021). Caring for children in foster and kinship care during a pandemic: lessons learned and recommendations [Article; Early Access]. *Journal of Public Child Welfare*. <https://doi.org/10.1080/15548732.2021.1965065>
- Mackrill, T., & Ebsen, F. (2018). Key misconceptions when assessing digital technology for municipal youth social work [Article]. *European journal of social work*, 21(6), 942-953. <https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1326878>
- Malas, N., Klein, E., Tengelitsch, E., Kramer, A., Marcus, S., & Quigley, J. (2019). Exploring the Telepsychiatry Experience: Primary Care Provider Perception of the Michigan Child Collaborative Care (MC3) Program. *Psychosomatics*, 60(2), 179-189. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.06.005>
- Meld. St. 7. *Nasjonal helse-og sykehusplan 2020–2023*. Helse-og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Mishkind, M., Waugh, M., & Hubley, S. (2018). Evidence base for use of videoconferencing and other technologies in mental health care. *Telepsychiatry and Health Technologies: A Guide for Mental Health Professionals*, 31.
- Mishna, F., Milne, B., Sanders, J., & Greenblatt, A. (2022). Social Work Practice During COVID-19: Client Needs and Boundary Challenges. *Global social welfare : research, policy & practice*, 9(2), 113-120. <https://doi.org/10.1007/s40609-021-00219-2>
- Mishna, F., Milne, E., Bogo, M., & Pereira, L. F. (2021). Responding to COVID-19: New trends in social workers' use of information and communication technology. *Clinical Social Work Journal*, 49(4),

484-494.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7683585/pdf/10615\\_2020\\_Article\\_780.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7683585/pdf/10615_2020_Article_780.pdf)

- Molfenter, T., Heitkamp, T., Murphy, A. A., Tapscott, S., Behlman, S., & Cody, O. J. (2021). Use of Telehealth in Mental Health (MH) Services During and After COVID-19. *Community Ment Health J*, 57(7), 1244-1251. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00861-2>
- Mundt, A. P., Irrarázaval, M., Martínez, P., Fernández, O., Martínez, V., & Rojas, G. (2021). Telepsychiatry consultation for primary care treatment of children and adolescents receiving child protective services in Chile: Mixed methods feasibility study [Article]. *JMIR Public Health and Surveillance*, 7(7), Article e25836. <https://doi.org/10.2196/25836>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Pesämaa, L., Ebeling, H., Kuusimäki, M. L., Winblad, I., Isohanni, M., & Moilanen, I. (2004). Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry: a systematic review of the literature. *J Telemed Telecare*, 10(4), 187-192. <https://doi.org/10.1258/1357633041424458>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews.
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371-385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jrsm.1123>
- Pink, S., Ferguson, H., & Kelly, L. (2022). Digital social work: Conceptualising a hybrid anticipatory practice [Article]. *Qualitative Social Work*, 21(2), 413-430. <https://doi.org/10.1177/14733250211003647>
- Rødseth, E., & Bønes, E. (2018). *Bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon*. [https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Bruk\\_av\\_digitale\\_verktoy\\_for\\_psykisk\\_helsehjelp\\_til\\_barn\\_i\\_barneverninstitusjon.pdf](https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Bruk_av_digitale_verktoy_for_psykisk_helsehjelp_til_barn_i_barneverninstitusjon.pdf)
- Sawyer, S. M. (2021). Psychosocial assessments after COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 429-430. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.126>
- Slone, N. C., Reese, R. J., & McClellan, M. J. (2012). Telepsychology outcome research with children and adolescents: a review of the literature. *Psychol Serv*, 9(3), 272-292. <https://doi.org/10.1037/a0027607>
- Stewart, R. W., Orenge-Aguayo, R. E., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & de Arellano, M. A. (2017). A Pilot Study of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Delivered via Telehealth Technology. *Child Maltreat*, 22(4), 324-333. <https://doi.org/10.1177/1077559517725403>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Trondsen, M. V., Bolle, S. R., Stensland, G. Ø., & Tjora, A. (2012). VIDEOCARE: Decentralised psychiatric emergency care through videoconferencing. *BMC Health Services Research*, 12(1), 470. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-470>
- Trondsen, M. V., Bolle, S. R., Stensland, G. Ø., & Tjora, A. (2014). Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. *BMC Health Services Research*, 14(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0544-y>
- Trondsen, M. V., Tjora, A., Broom, A., & Scambler, G. (2018). The symbolic affordances of a video-mediated gaze in emergency psychiatry. *Social Science & Medicine*, 197, 87-94. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.056>

## Noter:

---

<sup>i</sup> Videokonferanse er et møte i sanntid mellom to eller flere personer med overføring av lyd og bilde. Helsevesenet har også tatt i bruk videokonferanser i telemedisin. Under korona-krisen i 2020–2021 ble videokonferanse svært mye benyttet til å holde kontakt med hverandre og for å gjennomføre møtevirksomhet, undervisning og kontakt med helsevesen. Eksempler på populære videokonferansetjenester er Skype, Zoom og Teams. Videokonferanse er muliggjort av PC, smarttelefoner og internett. (Store norske leksikon)

<sup>ii</sup> Telefon- og videokontakter mellom behandler og pasient er spesifisert som en del av de registrerte polikliniske kontaktene. Denne delmengden avgrenses som indirekte kontakter, hvorav telefonkonsultasjoner med egenandel utgjør en stor del. Samarbeidsmøter og telefon-/videosamtaler om pasienter inngår ikke

<sup>iii</sup> Tvangslidelse/ OCD er en psykisk lidelse som kjennetegnes ved stadige tvangstanker (obsesjoner) og/eller tvangshandlinger (kompulsjoner). (NHI.no)

<sup>iv</sup> E-helse er bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Norske helsemyndigheters definisjon av e-helse samsvarer i stor grad med hvordan begrepet e-health benyttes internasjonalt (Store medisinske leksikon).

<sup>v</sup> Telehealth/ telehelse refererer til bruken av interaktive teknologier som videokonferanser via datamaskin og/eller nettbrett for å levere et bredt spekter av helsetjenester til pasienter (inkludert psykisk helsebehandling).