

Ungdomshelse i en digital verden

DIGI-UNG Anbefalinger (del 2)

Rapport
IS-2719



Innhold

Sammendrag	5
Bakgrunn for rapporten	6
1. Modellbeskrivelse	7
1.1. Målbilde	7
1.1.1. Funksjonelt målbilde.....	7
1.1.2. Arkitekturmålbilde.....	8
1.1.3. Risikovurdering.....	11
1.2. Nivå 1 – Helsefremmende informasjon	17
1.2.1. Bibliotek	17
1.2.2. Svartjeneste.....	20
1.2.3. Søketjenesten "Finn frem"	24
1.3. Nivå 2 – Forebyggende veiledning	27
1.3.1. E-læring	27
1.3.2. Chat.....	30
1.4. Nivå 3 – Digital helsehjelp og behandling	33
1.4.1. Timebestilling på nett	33
1.4.2. E-resept.....	36
1.4.3. E-dialog	37
2. Prosess videre	41
2.1. Prosjektorganisering	41
2.1.1. Overordnede forutsetninger	41
2.1.2. Mulighet for programorganisering..	42
2.2. Kostnader og gevinster	44
2.2.1. Kostnadsestimater.....	44
2.2.2. Potensielle gevinster.....	45
2.3. Prioritering av funksjonaliteter	49
2.3.1. Prioriteringsrekkefølgen	49
2.3.2. Begrunnelse.....	50
3. Konklusjoner	53

”

Tror det vil fjerne litt stigma om man kan snakke med en psykolog digitalt når det passer deg. Så slipper man å ta fri i midttimen liksom, og at alle vet hvor du er.

Gutt, 16 år

Det er fint med hjelpetjenester. Man kan spørre om det meste og får som oftest god hjelp.

Jente, 13 år



Sammendrag

DIGI-UNG prosjektet anbefaler en samordningsmodell som tilbyr ungdom et helhetlig, digitalt forløp fra helsefremmende informasjonstjenester med lav terskel til fullverdig digital helsehjelp. Modellen er oppdelt i tre nivåer med ung.no som hovedinngang, og tilbyr åtte funksjonaliteter som understøttes av ulike plattformer.

Nivå 1 består av åpne og anonyme informasjons- og veiledningstjenester i form av bibliotek, svar- og søketjeneste. Nivå 2 innebærer interaktive veiledningstjenester med ulik grad av anonymitet via e-læring og chat. Nivå 3 tilbyr digital helsehjelp med timebestilling, e-resept og e-dialog inkludert videokonsultasjon.

Funksjonalitetene svarer ut et behov i helsesektoren, men vil på sikt kunne dekke også andre områder som er relevante for ungdom, en målgruppe som ikke forholder seg til helse som en avgrenset sektor. DIGI-UNG plattformen må derfor tilrettelegges for enkel integrasjon og gjenbruk av eksisterende tjenester og innhold fra andre sektorer. 0-24 programmet kan benyttes for å forankre prosjektet i flere sektorer.

Prosjektet anbefaler en fleksibel og tverrsektoriell samarbeidsstruktur som tilrettelegger for smidig utvikling med involvering av brukerne, tjenestetilbyderne, leverandørmarkedet og forskningsmiljøene. Dette forutsetter blant annet et felles oppdragsbrev til Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Implementeringen av DIGI-UNG modellen krever en helhetlig satsning og en langsiktig finansieringsmodell. Dette er en forutsetning for å få til store gevinster ved hjelp av synergier på tvers av sektorer, forebyggende effekter og effektivisering av både digitale og konvensjonelle helsetjenester.

I en trinnvis utvikling anbefaler prosjektet å prioritere tiltak tilknyttet søketjenesten og svartjenesten da disse viser høyest kost-nytte. Igangsettingen av de andre tiltakene forutsetter en helhetlig, samfunnsøkonomisk analyse.

Bakgrunn for rapporten

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å "starte en prosess for videre samordning og videreutvikling av aktuelle digitale informasjonstjenester" (tillegg til tildelingsbrev nr. 54 mottatt 10.10.2017). Oppdraget er tredelt:

- **Innhente innspill fra organisasjoner som tilbyr nettjenester**
"For å få nødvendig oversikt over hvordan dagens tjenestetilbud er organisert, hvilken svar-kompetanse som finnes, og hvordan tilskuddsmidler benyttes, bes direktoratet om å gå i dialog med de ulike aktørene som tilbyr informasjonstjenester for ungdom, og som er finansiert helt eller delvis med tilskudd via HODs budsjett."
- **Innhente innspill fra ungdom**
"Et samordnet tilbud må ha en tydelig brukerforankring og utformes i samarbeid med ungdom selv hvis det skal ha relevans. [...] Direktoratet bes innhente kunnskap om behov og atferd hos målgruppen (ungdom 13 til 20 år). Relevante ungdomsorganisasjoner skal inviteres til å komme med sine innspill."
- **Foreslå modell og plan for gjennomføring**
"Det bes om en første leveranse med oppsummering av brukerinnspill og kartlegging av dagens tilbud gjennom dialog med de ulike aktørene innen utgangen av februar 2018. På bakgrunn av dette bes direktoratets gi sin vurdering med forslag til prosess og fremdriftsplan for en samordning. Vurderingen må inkludere økonomiske og administrative konsekvenser, herunder kostnader knyttet til løpende finansiering av et samordnet tilbud."

De to første delene av oppdraget besvares i rapporten **IS-2718 Ungdomshelse i en digital verden DIGI-UNG Innsiktsarbeid (del 1)**. Den siste delen av oppdraget besvares i denne rapporten, ved å beskrive betydningen av innspillene for samordningsmodellen (kapittel 1 – Modellbeskrivelse) og foreslå videre prosess og fremdriftsplan (kapittel 2 – Prosess videre).

Rapporten er utarbeidet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

1. Modellbeskrivelse

DIGI-UNG prosjektet anbefaler en samordningsmodell som tilbyr et helhetlig digitalt forløp fra informasjon til individuell helsehjelp. Modellen er oppdelt i tre nivåer og tilbyr åtte hovedfunksjonaliteter som understøttes av ulike tekniske plattformer.

1.1. Målbilde

DIGI-UNG modellen foreslår et helhetlig, digitalt forløp fra helsefremmende informasjonstjenester med lav terskel til fullverdig digital helsehjelp. Dette krever helhetlige brukerreiser, uavhengig av hvilke plattformer som ligger bak.

1.1.1. Funksjonelt målbilde

DIGI-UNG modellen foreslår et helhetlig, digitalt forløp (se bilde 1), som går fra en lavterskel-inngang med helsefremmende informasjonstjenester på nivå 1 (artikler, svartjeneste og søketjeneste) til forebyggende veiledningstjenester på nivå 2 (e-læring og chat) og individuell helsehjelp på nivå 3 (e-dialog inkludert videokonsultasjon, timebestilling og e-resept).



Bilde 1 – Funksjonelt målbilde for DIGI-UNG prosjektet

Selvhjelp skal være primær mestringsstrategi (artikler, søketjeneste og e-læring), men gjerne med veiledning eller hjelp fra andre (svartjeneste, chat og e-dialog). De fleste ungdommer vil kunne løse utfordringene sine bare ved å ha tilgang til god informasjon (nivå 1), noen vil trenge en avklaring eller noe veiledning (nivå 2) og noen vil ha behov for helsehjelp (nivå 3).

Det skal være mulig å få fullverdig helsehjelp via digitale tjenester, som et supplement til ordinær helsetjeneste. En viktig del av prosjektet er å skape en smidig overgang fra usikrede informasjonstjenester til sikker helsehjelp, både digitalt og konvensjonelt. Brukeren skal kunne orientere seg og få svar og eventuelt få helsehjelp ved å navigere rundt i tjenesten(e).

Hovedmålet med DIGI-UNG prosjektet er å:

- sikre et **kvalitetsløft** ved å tilby brukeren et helhetlig digitalt hjelpetilbud som går fra lavterskel-informasjon til digital helsehjelp
- **effektivisere** tilbudet ved å samordne dagens delvis overlappende, delvis konkurrerende, helsefremmende nettjenester for ungdom

1.1.2. Arkitekturmålbilde

Det er ønskelig at DIGI-UNG plattformen skal integrere tjenester og innhold fra mange etater og frivillige organisasjoner til et helhetlig tilbud til ungdom.

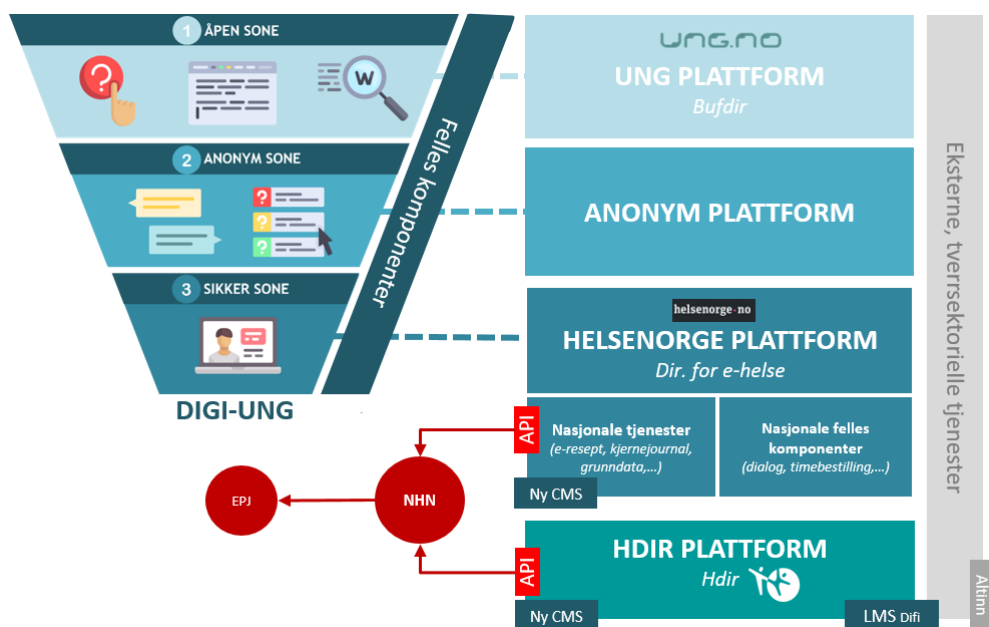
Det er derfor viktig at den tekniske plattformen tilrettelegger for enkel integrasjon og gjenbruk av eksisterende tjenester og innhold, samt kan utnytte synergier ved gjenbruk av komponenter og erfaring fra andre prosjekter og felleskomponenter i sektorene.

Det er et krav at tjenestene fra DIGI-UNG skal fungere uavhengig av plattform og være tilrettelagte for mobil, nettbrett og PC. I tillegg skal tjenestene tilrettelegges for universell utforming. På sikt er det et ønske at tjenestene skal kunne tilbys på flere språk og ta hensyn til kulturelt mangfold. Prosjektet bør kartlegge verktøy og teknologi som tilfredsstillende disse kravene.

DIGI-UNG modellen krever tre typer plattformer: en åpen sone til nivå 1, en anonym sone til nivå 2 og en sikker sone til nivå 3 (se bilde 2). Åpen sone bør i første versjon bygge på dagens ung.no plattform.

Sikker sone vil tilby personlige helsetjenester til ungdommer som er identifiserte. Disse tjenestene bør bygge på den sikre tjenesten og samhandlingsplattformen til Norsk Helse Nett (NHN), benytte nasjonale felleskomponenter og innbyggertjenester og eksponeres på Helsenorge gjennom den nasjonale plattformen for e-helse.

Anonym sone er en kapabilitet direktoratene ikke har i dag på noen av de eksisterende plattformene, og det bør kartlegges alternativer for å etablere denne.



Bilde 2 - Arkitekturmålbilde for DIGI-UNG prosjektet

Alle de underliggende plattformene, Helsenorge, Hdir og Bufdir, er under utvikling med stadig nye og mer avanserte kapabiliteter, og det er viktig at DIGI-UNG plattformen er modularisert med åpent og veldefinert grensesnitt (API)¹ som gjør at DIGI-UNG kan utnytte og integrere disse kapabilitetene.

Både Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet skal bytte til en ny publiseringsløsning i

¹ Application programming interface (API) er et grensesnitt i en programvare som gjør at den kan kommunisere slik at spesifikke deler av denne kan aktiveres fra en annen programvare. Slike samarbeidende programvaredeler åpner for at svært enkle applikasjoner kan gjøre endringer, kjøre prosesser eller på annen måte behandle data i en større kontekst.

nærmeste fremtid. Det er også mulig at dette gjelder for flere relevante aktører. Det er ønskelig at direktoratenes valg av CMS-løsning sees i sammenheng.

Det er også viktig at plattformen tilrettelegges for å integreres med tjenester fra andre sektorer gjennom API, og at prosjektet kan utnytte fellestjenester som for eksempel e-læringsplattformen til Difi. Modellen krever løsninger som bygges ved hjelp av fellestjenester og felleskomponenter for å sikre enkelt og kostnadseffektivt vedlikehold og forvaltning. Tekniske komponenter skal kunne brukes enkelt av alle portaler, slik at ikke alle trenger å utvikle selv, men heller kan samles om å lage nyttige nasjonale felleskomponenter og innhold.

Prosjektet tar sikte på å lage felles arkitektur og infrastruktur (chat, e-læring, e-dialog) som gjør at kommunene og aktuelle frivillige aktører slipper å selv ta store investeringer, men likevel kan hente ut kvalitets- og effektivitetsgevinster.

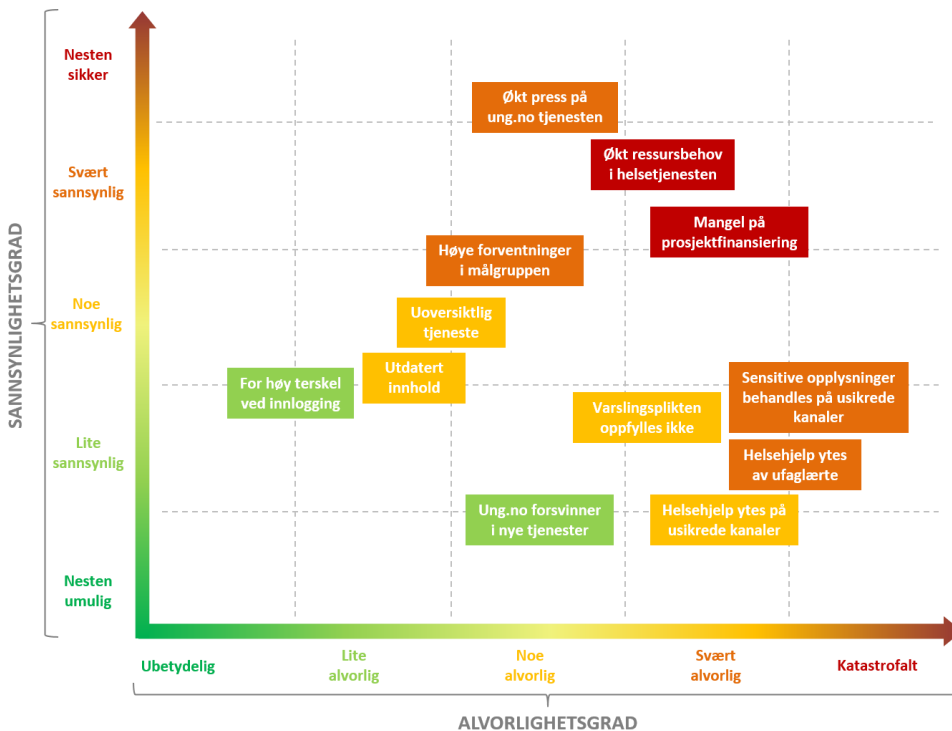
Løsningene som foreslås må legges til rette for at kommuner fleksibelt kan innføre løsningen i sitt eksisterende tjenestetilbud. Løsningene skal være uavhengige av en bestemt leverandør av elektroniske pasientjournaler (EPJ system).

Helhetlige brukerreiser mellom nivåer og tjenester uavhengig av teknisk plattform er viktig. Plattformen må tilrettelegges for å ta med seg brukerinformasjon og kontekst på en sikker måte gjennom hele brukerreisen.

Det er viktig at systemet logger og samler informasjon om bruk og brukeratferd, slik at prosjektet kan analyseres og gi kunnskap om styrker og svakheter i systemet samt effekten av de tjenestene som tilbys. Det må tilrettelegges for klikkstrømanalyser samt andre styringsdata der dette er naturlig.

Det må også innføres et enkelt styringssystem som gir mulighet til kontinuerlig evaluering av de tjenestene systemet tilbyr. Data som samles inn til dette formålet vil være anonyme.

1.1.3. Risikovurdering



Mangel på finansiering

Risiko: Ved manglende finansiering kan ingen av tiltakene gjennomføres, og det planlagte løftet innen ungdomshelse vil ikke kunne realiseres. Ved delvis manglende finansiering, vil deler av målbildet kunne realiseres og det forventes økt kvalitet i tjenestene til ungdom samt effektivisering på enkelte områder.

Det fulle potensialet ved DIGI-UNG, med en helhetlig brukerreise på tvers av de ulike nivåene, krever et godt samspill mellom mange aktører, investering i ny infrastruktur og felleskomponenter og kan kun realiseres med en helhetlig satsning og en langsiktighet i strategien for denne satsningen.

Risikoreduserende tiltak: Det må utarbeides samfunnsøkonomiske analyser for å synliggjøre gevinstpotensialet for satsningen. Det er viktig å samarbeide tett med relevante forskningsmiljøer for å måle effekten av satsningen og sikre gevinstrealiseringen.

Økning i ressursbehovet i helsetjenesten

Risiko: Økt tilgjengelighet kan føre til flere henvendelser som helsetjenestene har vanskelig for å rekke å ta hånd om.

Samtidig som pågangen av henvendelser kan øke fra grupper som tjenesten i større grad ønsker å nå ut til, for eksempel ungdommer som har behov for hjelp, gutter og minoriteter, kan bedre digital tilgjengelighet også føre til høyere pågang av henvendelser som gjelder "unødvendige" bekymringer.

Kjennskap til tilbudet og forventning om rask og individuell helsehjelp kan føre til stor økning i etterspørsel etter rask, individuell, gratis helsehjelp.

Bibliotek- og søkefunksjonen krever vedlikehold og videreutvikling av databasen for at den skal ha nytteverdi for brukerne. De nye systemene knyttet til innføringen av e-dialog kan også kreve initial fagutvikling, opplæring, osv. på tjenestens side.

Risikoreduserende tiltak: Tjenesten må finne en balanse i å tilby et lavterskeltilbud der det er enkelt å komme i kontakt med helsepersonell, men uten at henvendelsene genererer for mye arbeid. Det er viktig at modellen klarer å sortere henvendelser på en god måte, og at selvhjelpverktøy fremheves.

Enklere typer henvendelser forventes dekket ved nivå 1 og eventuelt nivå 2 med informasjon og enkel veiledning. Det må utarbeides visse kriterier for overgang mellom de ulike nivåene, og tydelig avklaring når det gjelder hvem som skal invitere ungdommene til nivå 3 i den digitale plattformen.

I tillegg må fokus ligge på gevinstpotensialet ved etablering og forvaltning av felles løsninger, samt at pilotering av løsningene må følges tett slik at man tidlig kan få signaler om denne risikoen er reell.

Økt press på ung.no svartjenesten

Risiko: implementeringen av DIGI-UNG-modellen vil sannsynligvis trekke flere brukere til svartjenesten ung.no.

Risikoreduserende tiltak: Det vil kreve flere innsparingsmetoder for å få nivå 1 til å fremstå som en god og tilstrekkelig informasjons- og veiledningstjeneste for mindre alvorlige utfordringer. Satsningen på

selvhjelpsfunksjonalitet, artikler, tidligere besvarte spørsmål, søketjeneste og e-læring skal bidra til at flest mulig ungdommer finner svar selv.

Det må etableres slusinger og gode søkefunksjoner som bidrar til at informasjon som er relevant, blir synlig for ungdommen. En god, kvalitetssikret chatbot vil kunne gi svar raskt på enklere spørsmål. Det bør settes av ressurser til testing som sikrer at slike løsninger faktisk fungerer.

Sensitive opplysninger behandles på usikrede kanaler

Risiko: Bruken av digitale tjenester medfører en del utfordringer knyttet til personvern. Spesielt når det er et ønske om å tilby tjenester med høy grad av identifisering. Denne risikoen gjelder kun for nivå 1 og 2 i modellen. På nivå 3 skal personvernfunksjonalitet bygge videre på personvernkomponenten på helsenorge.no med pålogging på sikkerhetsnivå 4.

Risikoreduserende tiltak: Alle plattformene som brukes i DIGI-UNG-modellen skal risikovurderes med hensyn til personvern, særlig i tråd med GDPR². Tjenestene som tilbys på DIGI-UNG-plattformen må oppfylle de gjeldende kravene til personvern og informasjonssikkerhet for behandling av helseopplysninger, blant annet i henhold til *Normen for informasjonssikkerhet*. Personvernet må også sikres ved overgang mellom ulike nivåer dersom noe brukerinformasjon skal sendes videre.

Det må utarbeides felles rutiner og personvernerklæring for eventuelle parter som tilbyr tjenester på nivå 1 og 2. Sensitive personopplysninger skal ikke behandles på disse nivåene. Eventuelle sensitive personopplysninger mottatt på nivå 1 eller 2 skal slettes. Ungdommen må da få beskjed om at opplysningene er slettet.

² General Data Protection Regulation, Regulation (EU) 2016/679 som trer i kraft i 2018

Helsehjelp ytes av ufaglærte

Risiko: Ufaglærte svarere (frivillige, likepersoner, osv.) gir helseveiledning eller veiledning av faglig art eller på en måte som fremstår som faglig forankret og kvalitetssikret.

Risikoreduserende tiltak: Det må innføres felles retningslinjer og rutiner rundt rekruttering og opplæring for alle tjenestene som blir en del av DIGI-UNG-plattformen. Det må være tydelig hvem som kan svare på hvilke type spørsmål og hvordan brukere eventuelt kan henvises videre.

Høye forventninger i målgruppen

Risiko: Målgruppen får forventninger om at alle henvendelser behandles individuelt av helsepersonell i løpet av kort tid, og helst i sanntid. Målgruppen anser alle sine egne utfordringer som alvorlige og forstår ikke de kravene som er stilt for tilgang til helsehjelp på nivå 3. Målgruppen undervurderer og velger bort informasjons- og veilednings-funksjonalitetene på nivå 1 og 2. Ungdommene sitter igjen med en følelse av å ikke bli tatt på alvor / bli avvist og med en dårlig opplevelse av tjenesten.

Risikoreduserende tiltak: Det må sikres gode, tydelige og forståelige tilgangsregler og tilgangsmåter for de ulike nivåene og eventuelt svartid/ventetid. Anonyme tjenester med lav terskel, som søk og svartjenesten på nivå 1, må fremheves som mest aktuelle for å besvare de fleste henvedelsene.

Helsehjelp ytes på usikrede kanaler

Risiko: Bruken av digitale tjenester medfører en del utfordringer knyttet til avgrensning mot helsehjelp. Denne risikoen gjelder kun for nivå 1 og 2 i modellen. På nivå 3 er ungdommene pålogget (sikkerhetsnivå 4) og kan få individuell helsehjelp.

Risikoreduserende tiltak: Det må innføres retningslinjer som er felles for alle tjenestene som blir en del av DIGI-UNG plattformen. På nivå 1 og 2 kan det kun gis generelle råd og generell veiledning som ikke har karakter av å være behandling. Rådene som gis må kunne gjelde for en større gruppe mennesker, ikke bare den enkelte ungdommen.

Dersom det oppdages på nivå 1 eller 2 at en ungdom har behov for helsehjelp, må ungdommen oppfordres til å logge seg inn på nivå 3 eller ta kontakt med skolehelsetjenesten, fastlege eller helsestasjon for ungdom, for å få hjelp.

Det er viktig å henvise til et konkret og godt hjelpeapparat dersom dette finnes. I denne sammenheng er det avgjørende at en god søketjeneste (Finn frem) er tilgjengelig for både ungdommen og svarerne.

Varslingsplikter oppfylles ikke

Risiko: Bruken av digitale tjenester medfører en del utfordringer knyttet til meldeplikt til barnevernet og avvergingsplikt overfor politiet når brukerne er delvis eller helt anonyme. Denne risikoen gjelder kun for nivå 1 og 2 i modellen. På nivå 3 er ungdommen innlogget og bekymringsmeldinger kan sendes etter vanlige rutiner.

Risikoreduserende tiltak: Det må innføres felles retningslinjer og rutiner rundt varsling for alle tjenestene som blir en del av DIGI-UNG plattformen. Arbeidet må inkludere en helhetlig avveining av ungdommenes behov for anonymitet og varslingsplikten.

Uoversiktlig tjeneste

Risiko: Målgruppen finner ikke fram til den informasjon, veiledning eller hjelp som er best egnet. Informasjon og tjenester tilknyttet helse overskygger andre viktige temaer som dekkes av plattformen.

Risikoreduserende tiltak: DIGI-UNG-modellen krever en god, intuitiv søkefunksjon med få, men presise søkeresultater. En god, kvalitetssikret chatbot vil kunne kobles opp mot et søk og tilby raske svar på enklere spørsmål. Det bør settes av ressurser til testing som sikrer at denne løsningen fungerer etter intensjonen.

Utdatert innhold

Risiko: Målgruppen får informasjon som ikke er oppdatert etter lovverk og offentlig kunnskapsgrunnlag.

Risikoreduserende tiltak: Det må etableres gode systemer for kvalitetssikring og enhetlig informasjon og veiledning. Samkjøring av innhold på tvers av kilder vil kreve bruk av API-er.

Ung.no forsvinner i helsetjenester

Risiko: Helsebasert innhold, veiledning og hjelp får større fokus i tjenesten og overskygger andre viktige temaer. Utvikling av ung.no under DIGI-UNG krever en annen beslutnings- og myndighetsstruktur som inkluderer helsemyndigheter og fører til tregere beslutningsprosesser og lite fleksibilitet.

Risikoreduserende tiltak: Det må sikres parallelle drifts- og utviklingsløp. Daglig drift må organiseres separat fra prosjektarbeidet og under et direktorat. Utviklingsløp må organiseres i en formalisert samarbeidsstruktur mellom de involverte fagdirektoratene. Samarbeidet med ytterligere aktører må også ivareta store og små fagområder som ikke handler om helse, men som kan være aktuelle for ungdom.

For høy terskel ved innlogging

Risiko: Digital helsehjelp forutsetter sikker innlogging, og dette er en utfordring for den yngste aldersgruppen. Påloggingen kan oppleves for komplisert, men er nødvendig for å opprettholde tilstrekkelig sikkerhetsnivå.

De digitale tjenestene på nivå 3 kan ha for høy terskel for mange ungdommer, særlig hvis modellen bruker BankID, og dette kan føre til at tjenestene ikke blir brukt. Skoleungdom er vant til å benytte MinID ved innlogging på digitale tjenester som krever mellomhøyt sikkerhetsnivå (sikkerhetsnivå 3) eller lavere. Digital helsehjelp forutsetter autentisering på høyt sikkerhetsnivå (sikkerhetsnivå 4). Dette tilbys av ID-porten ved bruk av BankID, Buypass ID eller Commfides.

Ut fra kostnader og praktiske forhold har BankID vært mest aktuelt for ungdom. Selv om aldersgrensen for BankID nå er senket til 13 år, er det foreløpig kun én bank som tilbyr BankID til denne aldersgruppen. De fleste bankene praktiserer en 15-årsgrense, mens andre har 18-

årgrense. Ifølge personvern og regler for BankID fastsatt av Finans Norge Servicekontor, kan BankID kan ikke utstedes til personer under 15 år. BankID kan likevel uestedes til personer mellom 13 og 18 år såfremt det foreligger verge-/foreldresamtykke.

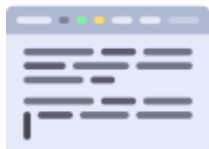
Risikoreduserende tiltak: Denne risikoen er ikke veldig alvorlig da de yngste i målgruppen også er de som er minst interessert i tjenestene som ligger på nivå 3. Det bør likevel vurderes alternative innloggingsløsninger i tillegg til BankID dersom man ønsker at ungdommer under 16 år også skal benytte innloggede tjenester. Innføring av nasjonale ID-kort inkludert elektronisk ID vil kunne være et alternativ.

1.2. Nivå 1 – Helsefremmende informasjon

Nivå 1 i DIGI-UNG-modellen tilbyr åpne og anonyme informasjons- og veiledningstjenester ved hjelp av tre funksjonaliteter: bibliotek, svartjeneste og søketjeneste.

1.2.1. Bibliotek

Hva består funksjonen av?



Ungdommer kan finne kvalitetssikret informasjon om helse og andre relevante temaer på et språk og i et format som er tilpasset målgruppen. Innholdet kan være av ulike typer, både tekst, bilder, videoer, lyd, animasjoner og annet.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

Enkel tilgang til kvalitetssikret informasjon tilpasset målgruppens spesifikke behov er avgjørende for at ungdom skal få tilstrekkelig kunnskap om de problemene de møter. Det å kunne henvise til eller hente kvalitetssikret informasjon vil også spare mye tid for de som besvarer spørsmål.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

Forvaltningen av innholdselementer skal være stort sett uendret i forhold til i dag, og fokusere på kvalitetssikring. Kunnskapsbasen bygger på det åpne, redaksjonelle innholdet fra ung.no, hels norge.no

og andre offentlige etater. Innholdet utvikles i tråd med hva brukerne spør om under svartjenesten (se punkt 1.2.2) og hva ulike offentlige etater ønsker å videreformidle til ungdom.

Innholdet kommer fra ulike fagmiljøer. Noe produseres av offentlige etater med fagansvar, slik som Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet. Om det ikke finnes nødvendig innhold, bestilles dette fra fagmiljøer som produserer innhold mot kompensasjon. Ung.no samarbeider med Helsenorge.no og kan målgruppetilpasse informasjonen på ung.no.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

Informasjonen skal være kvalitetssikret og oppdatert og språket skal tilpasses ungdom. Det må sikres et bredt spekter av informasjon. På ung.no skal ungdom også få informasjon de ikke visste at de trengte. Arbeid med en tverrfaglig plattform forutsetter bredt og godt samarbeid mellom de ulike innholds- og ansvarsetatene. Det er ønskelig å koble sammen redaksjonene i helsenorge.no og helsefaglige spørsmål i ung.no (eventuelt med automatiske varsler) for å sikre rask oppdatering ved endring av innholdet på helsenorge.no.

Innholdet skal være helt åpent og ikke kreve innlogging. Kunnskapsbasen skal tilbys via programgrensesnitt (API) for publisering i andre kontekster. Målet er at innholdet skal kunne brukes enkelt av alle portaler slik at det beste innholdet er tilgjengelig i alle brukerflater.

Nye formater blir viktige, men også at plattformen er tilpasset distribusjon i nye kanaler slik som sosiale medier. Sosiale medier og andre digitale kanaler tilpasset målgruppen, kan bli viktige kanaler for både deling og innhenting av kunnskap. Sosiale medier, nettsider, blogger, tv-serier, YouTube og podkaster er eksempler på viktige kanaler som kan brukes både forebyggende og behandlende.

En trend innen brukeropplevelser er mer personlig tilpasning av innholdet som presenteres. Et eksempel er aldersresponsivt design, der presentasjonen – fonter, størrelser, farger – justeres etter brukerens alder. For informasjonportaler med et stort aldersspenn,

vil det være viktig å kunne tilby tilpasset innhold, og kanskje også presentasjon.

En informasjonsportal med lav terskel kan supplere undervisningen i skolen for å gi kunnskap om utfordringer man kan møte i ulike livsfaser.

Tabell 1 - Oppsummering av innspill rundt bibliotekfunksjonen³

NØDVENDIG	ØNSKELIG
Ha mindre tekst og flere korte videosnutter og visualiseringer	Bruke statistikk for å vise ungdom at de ikke er alene om å ha disse spørsmålene
Bruke sosiale medier i større grad (spesielt Snapstories)	Vise til gode historier med rollemodeller som har kommet ut av vanskelige situasjoner
Ha enklere og mer konkret språk, gjerne i form av tips, guides og øvelser	Ha mer diagnosespesifikk informasjon
Se mer oppdatert ut (design)	
Forklare og forenkle kompliserte temaer, spesielt rundt lovverk og rettigheter, bidra til å navigere i og skjønne lovdata	
Kunne enkelt hente oppdatert innhold fra andre nettsteder	
Ta opp temaer som ungdommer synes er flaut å ta opp selv	
Komme høyt opp på google, men gjerne ikke ved sponing	
Ha trygg og tydelig avsender	
Ha alle temaer på et sted	

Hvor langt har vi kommet?

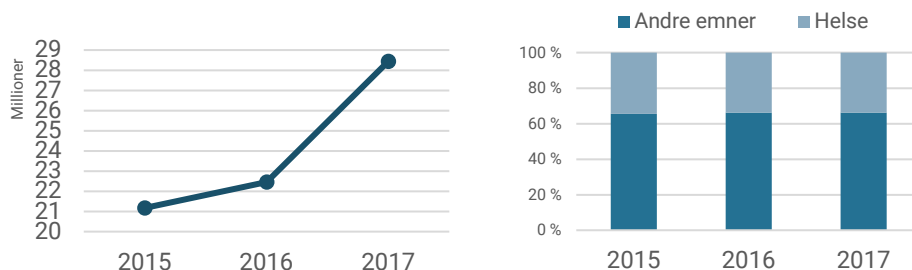
Ung.no har ca. 2500 artikler tilgjengelige, hvorav ca. 34 prosent handler om helse. I 2017 fikk [20 tegn på at han/hun liker deg](#), [Aldersgrenser – alkohol](#) og [Ta testene: Hvilke jobber passer bra for deg?](#) flest treff.

Tilbudet på Ung.no er etterspurt og innholdet benyttes av mange. Tjenesten har hatt en økning på 27 prosent i antall sidevisninger mellom 2016 og 2017 (se graf under til venstre), etter at tjenesten begynte å svare på helsespørsmål.

Andelen sidevisninger som gjelder helseartikler har imidlertid holdt seg stabil på 34 prosent (se graf under til høyre), noe som tilsier at nye

³ Helsedirektoratet (2018), Ungdomshelse i en digital verden – DIGI-UNG Innsiktsarbeid, IS-2718

brukere som eventuelt kommer på grunn av helsespørsmål, faktisk også leser innholdet som omhandler andre temaer.



Figur 1 - Antall sidevisninger (til venstre) og andel som hører til helseartikler (til høyre) på ung.no i perioden 2015 til 2017

1.2.2. Svartjeneste

Hva består funksjonen av?



I tillegg til å innhente informasjon på egen hånd, kan ungdom stille spørsmål og få veiledning fra en fagperson. Den som stiller spørsmål kan finne tilbake til svaret, enten via kode eller via søk. Spørsmål og svar publiseres på ung.no til bruk og nytte for andre ungdommer.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

Dette er en lavterskeltjeneste (uten innlogging) hvor ungdommer kan stille spørsmål når de ikke kan få hjelp eller veiledning i sin umiddelbare nærhet. Dette gjelder spesielt "pinlige" eller sårbare spørsmål, for eksempel knyttet til lovmessige problemstillinger. En slik spørretjeneste fungerer som en anonym "nultelinjetjeneste" der man kan søke veiledning innen alle temaer og dette er samlet på ett sted. Dette er i samsvar med ungdommenes behov som ofte dekker områder tilknyttet flere ulike etater og myndighetsorganer samtidig. Eksempler kan være utfordring knyttet til psykisk helse, skole og lovbrudd.

I tillegg til at ungdom kan få svar på egne spørsmål, vil de kunne lese svar på andres spørsmål på ung.no. Det kan bidra til normalisering, samt til at tjenesten vil kunne svare på spørsmål umiddelbart ved søk.

Spørsmål og henvendelser som er svært alvorlige og kan vise til fare for eget eller andres liv og helse varsles til Kripos. Kripos kan spore IP-

adresse og slik følge opp ungdommene sammen med lokal akutt-tjeneste, barnevern eller politi.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

Fagpanelet består av omtrent 200 fagpersoner som svarer på sine respektive fagområder. Ung-redaksjonen etterstreber å knytte til seg egnede fagpersoner som kan veilede og svare på spørsmål som en del av sitt arbeid i en offentlig etat, og som også har ansvar for kvalitetssikring og faglig forankring av svar. Innenfor helsefeltet har dette vist seg å være utfordrende, derfor har de knyttet til seg helsesøstre, leger, jordmødre, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter m.fl. som mottar honorar for arbeidet de gjør for ungdommene på ung.no. Helsedirektoratet bidrar med 6,3 MNOK til tjenesten årlig og mer enn 90 prosent går til å dekke slike honorarer. Helsepersonellet må forholde seg til gjeldende retningslinjer for sine fagområder. Det kan vurderes å involvere profesjonsutdanningene i arbeidet.

Fagpanelet samles en gang per år og får en gjennomgang av utvikling, prosjekter og ikke minst en grundig gjennomgang av rutiner og svarprinsipper. Samtidig får de mulighet til å møte de andre i fagpanelet og diskutere felles utfordringer. Fagpanelet administreres av ung-redaksjonen. Det sendes ut månedlige nyhetsbrev og fagpanelet har en aktiv gruppe på sosiale medier der utfordringer og muligheter diskuteres.

At spørsmålene i størst mulig grad besvares av offentlige etater innenfor den enkelte etats driftsbudsjett, slik det er på ung.no, kan medføre lavere driftskostnader enn hvis hele tjenesten skulle basere seg på kjøp av tjenester.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

Spørsmålene må kunne stilles anonymt, men det kan i noen tilfeller være behov for å følge opp et spørsmål (tråd). Det må foreligge klare rutiner for varsling rundt bekymringsverdige spørsmål.

Selv om de enkelte spørsmålene leses av mange andre, er det også en klar tendens til at ungdom tar snarveien og spør selv i stedet for å lese artikler eller tidligere besvarte spørsmål. En god søkefunksjon kan

bidra til å redusere antall spørsmål til svartjenesten ved å vise til relevante artikler eller hjelpetilbud.

Det er ønskelig at funksjonaliteten bidrar til å vise tidligere stilte spørsmål og svar som kan være relevante for ungdommen før de stiller et eget spørsmål. Målet er at den som spør skal få mulighet til å lese gjennom relevante svar før endelig innsending av spørsmålet, og kunne avbryte dersom de da har fått svaret de lette etter.

Tabell 2 - Oppsummering av innspill rundt svartjenesten⁴

NØDVENDIG	ØNSKELIG	MULIG
Ha mulighet for oppfølging og tilbakemelding i spørsmålstråder (asynkron dialog)	Være mer markedsført, spesielt blant gutter	Markedsføres på en litt mer personifisert måte (turné for eksempel)
Ufarliggjøre tjenesten slik at den ikke er bare for de som føler at de har store problemer	Gi mer informasjon om den som svarer (for eksempel alder)	Benytte chatbot for enkle spørsmål
Ha klare rutiner for varsling og avgrensning opp mot helsehjelp	Inkluderer svarere som er likepersoner	Åpne for nye måter å få formidlet empati og omsorg (emojis, lyd, mm.).
Involvere ungdommen det gjelder i tilfeller hvor en sak varsles videre	Være tydelig på hvor grensen går mellom taushetsplikt og meldeplikt	Ha automatisk løsning for å sjekke om svaret var til hjelp
Ha tverrfaglig kompetanse på et bredt utvalg av temaer	Være personlig, selv når det sendes standard svar og automatiske svar	
Vise likhet og kvalitet i svarene		

Hvor langt har vi kommet?

Nordland fylkeskommune la ned Klara Klok fra 1. januar 2017⁵. Som følge av dette vedtaket ble helserelevante spørsmål- og svartjenester etablert direkte på Ung.no under eksisterende redaksjon. Flertallet av fagpersonene (90 prosent) som besvarte spørsmål via tjenesten Klara Klok ble rekruttert med videre til ung.no.

Svarpanelet til ung.no dekker hele landet og består nå av fagutdannede svarere (helsesøstre, psykologer, jordmødre, sexologer, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, leger, tannleger,

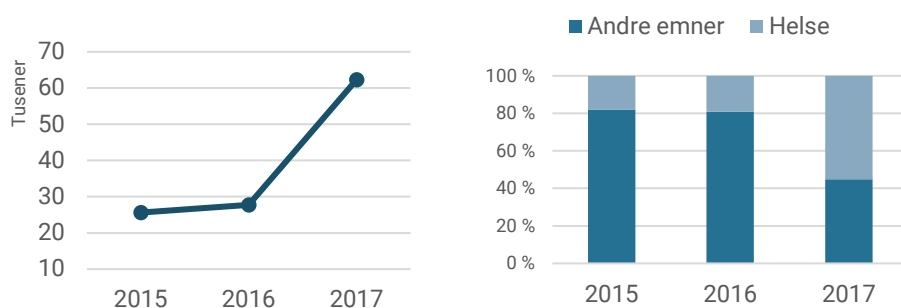
⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) Prop. 1 S (2017 – 2018) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak), s. 181

⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) Prop. 1 S (2017 – 2018) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak), s. 181

treningskonsulenter, utdanningsrådgivere, m.fl.) samt offentlige instanser og organisasjoner/stiftelser med offentlig støtte (Alternativ til vold, Alarmtelefonen for barn og unge 116 111, Arbeidstilsynet, Bufetat, Dopingtelefonen, Forbrukerrådet, Husbanken, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Kors på halsen, Lånekassen, NAV, Rustelefonen, Slettmeg.no, UngInfo, mm.).

Svartjenesten på ung.no er etterspurt og benyttes av stadig flere ungdommer. Det har vært en økning på 125 prosent i antall mottatte spørsmål fra 2016 til 2017 (se graf under til venstre) etter at tjenesten begynte å svare på helsespørsmål. Andelen spørsmål som gjelder helse har gått fra 27 prosent i 2016 til 61 prosent i 2017 etter at Klara Klok ble integrert i ung.no (se graf under til høyre).

Antallet spørsmål sammenlignet med sidevisninger tyder på at nye brukere etter integreringen av Klara Klok har en tendens til å stille spørsmål umiddelbart i stedet for å søke opp tidligere svar eller lese artikler. Tilbakemeldinger fra ungdommer som bruker tjenesten viser høy tilfredshet (77 prosent).



Figur 2 - Antall spørsmål (til venstre) og andel som hører til helsetemaet (til høyre) på ung.no i perioden 2015 til 2017

Ung.no har utviklingsplaner for 2018 der det skal tilrettelegges bedre for søk og søkeresultater slik at ungdom finner svar på sine utfordringer raskere og fagpanelets ressurser brukes mer effektivt. Det vil også innebære endringer til enklere, trinnvise artikkelmaler med flere filmklipp og faktabokser, samt universell utforming.

1.2.3. Søkjetjenesten "Finn frem"

Hva består funksjonen av?



Ungdommer får mulighet til å søke etter relevante behandlingssteder og/eller hjelpeverktøy i en slags tjenestekatalog. Katalogen systematiserer og lagrer informasjon om eksisterende tjenestetilbud i ulike deler av helsevesenet og det øvrige hjelpeapparatet. På sikt er det ønskelig at andre sektorer enn helse kommer inn i søket, for eksempel barneverns- eller NAVkontorer, politistasjoner, m.m.).

Tjenesten vil være en oversikt over helsetjenester som tilbys lokalt, regionalt og/eller nasjonalt. Den dekker både digitale og konvensjonelle tilbud. Ressursene spesifiseres med område, slik at man f.eks. kan søke på Oppegård kommune og få opp nærmeste helsestasjon, osv. Den spesifiserer også hvordan man får "time", for eksempel at ungdommen må ringe, eller om det også er tilgjengelig timebestilling fra Min helse på helsenorge.no.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

Ungdom er storforbrukere av søk, og er i stor grad vant til søk som navigasjonsform, men de mangler ofte oversikt over relevante helsetjenester. Det at et helsetilbud eller en helsetjeneste dukker opp når en ungdom setter i gang et søk om et problemområde, vil bidra til bedre oversikt. For eksempel bør ungdom kunne søke på "angst" og få opp tilbud om hjelp ved helsestasjon for ungdom i søkeresultatet, slik at ingen foregående kunnskap om helsestasjoner trengs for å finne disse. Mens tradisjonell navigasjon kan gi innsikt i hvilke deler av informasjonen som brukes, gir søketjenesten også innsikt i hvilke tjenester som ungdom søker etter.

Gode søk gjør at brukeren raskere kommer fram til det innholdet den leter etter. Både ungdom og voksne kan trenge forskjellige typer funn i søkene. En tjenestekatalog vil være av stor verdi for aktører som arbeider med veiledning, og den kan bidra til å henvise videre til rett omsorgsnivå. Tiltak for å forbedre søk-funksjonen, og dermed øke

gjenbruk av tidligere svar, vil kunne redusere behovet for eksterne svarere.

Søketjenesten blir integrert i flere innholdselementer på ung.no, som artikler og søk, og vil være en ressurs for fagpanelet som svarer på spørsmål. Fagpanelet vil også kunne anbefale ungdommene å søke hjelp videre – basert på resultater fra søketjenesten.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

En søketjeneste kan etableres som en utvidelse av Helsetjenestekatalogen i Grunndata med tillegg av katalog(er) for digitale ressurser og verktøy fra ulike offentlige etater. Det må etableres et datagrunnlag som vedlikeholdes og oppdateres. Grunndata har allerede mekanismer for tilgangskontroll og grensesnitt for å registrere og vedlikeholde opplysninger. Noen deler av dataene vil måtte høre til andre steder enn Grunndata, muligens i egen database.

Det kan være hensiktsmessig at de som har interesse av å informere om tilbudene sine, selv er involvert i vedlikeholdet. For eksempel kan hver enkelt kommune få ansvar for å forvalte opplysninger om sitt eget tjenestetilbud, herunder helsestasjoner. Hvis mange brukere involveres i vedlikeholdet, kan det være ønskelig å innføre kontrollrutiner og forbedringer av brukergrensesnitt for å styrke datakvaliteten og dermed få en bedre søketjeneste.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

Globale søk er best egnet for ungdommer. Disse gir resultater i både tilbydere av helsetjenester (for eksempel helsestasjoner, fastleger, andre lavterskeltilbud), redaksjonelle artikler, spørsmål og svar, symptomsjekker samt digitale verktøy som er åpent tilgjengelige. Det bør være en grensegang til tjenestenes hjemmesider, da disse ikke skal erstattes av søketjenesten. Det er viktig at funnene fremstår som tydelige og gir realistiske forventninger. Det er også viktig at funnene er tilstrekkelige uten å være for mange.

Dataene som danner grunnlag for søket bør også kunne publiseres i et maskinlesbart format, slik at søkemotorer som Google kan nyttiggjøre

seg informasjonen og bruke den til å optimalisere sine søkeresultater. Søkjetjenesten kan også danne grunnlag for tjenester som tilbys via andre kanaler, for eksempel chatboter.

Det er en forutsetning at søkefunksjonen gir gode treff, og det krever at underliggende opplysninger holdes oppdatert.

Tabell 3 - Oppsummering av innspill rundt søketjenesten⁶

NØDVENDIG	ØNSKELIG
Gi oversikt over godkjente nettsider, apper osv. som ungdom kan bruke	Bruke geolokalisering og kunstig intelligens
Være landsdekkende og inkludere lokale tilbud	Være markedsført i skolen for å skape tillit
Kunne skille mellom ulike typer hjelp på en oversiktlig måte	Gi direkte tilgang til e-konsultasjoner
Kunne benyttes til videre henvisning fra svar- eller chat-tjenesten	Inkludere informasjon om enkelte behandlere og deres kompetanse
Oppdateres av tjenestetilbydere selv	Inkludere andre sektorer enn helse

Hvor langt har vi kommet?

Flere initiativer som i fellesskap vil bidra til "Finn frem"-tjenesten er allerede etablert. Det er planlagt flere workshoper for å sette i gang informasjonsmodellering og kartlegge behovet for en slik tjeneste ved å involvere ulike interessenter.

Ung.no-redaksjonen jobber med å utvikle gode søkefunksjoner på ung.no, og er i gang med å etablere søkemotoren Elasticsearch i sin plattform. Målet er å gjøre funn ved søk bedre innen kort tid. Elasticsearch kan bli en viktig teknisk byggestein også for et omforent søk på tvers av flere innholdskilder, som bl.a. helsenorge.no.

Direktoratet for e-helse har utarbeidet et forslag til hvordan et spisset søk mot behandlingstilbud og digitale ressurser fra Grunndata kan fungere i form av en gjenbrukbar søkekomponent som kan brukes både på bl.a. ung.no, helsenorge.no og på kommunenes nettsider (se bilde 3). En slik komponent vil f.eks. kunne vise behandlingstilbud side om side med søketreff i ung.no.

Helhetlige brukerreiser fordrer enhetlig presentasjon av søketreff fra ulike kilder basert på diagnose/sykdom (eks. søkeordet "angst"). Dette vil utfordre sektoren til å enes om en brukervennlig kategorisering av

⁶ Helsedirektoratet (2018), *Ungdomshelse i en digital verden – DIGI-UNG Innsiktsarbeid*, IS-2718

diagnoser (kodestandard) som kan benyttes på tvers av innholdskildene det søkes i. Direktoratet for e-helse har en ny plattform for forvaltning av kodeverk og metadata under etablering som muligens kan bidra på den tekniske siden. Her støttes bl.a. angivelse av synonymer og lekmanstermer for diagnoser.



Bilde 3 - Løsningsforslag fra Direktoratet for e-helse

På sikt støttes initiativet av Direktoratet for e-helse sin nye innholdsstrategi for helsenorge.no, og arbeidet med konsept for API-økosystem. Dette skaper et strategisk fundament for API-basert innholdsdeling slik at eksterne brukere i fremtiden skal ha svært enkel tilgang til direktoratets innhold, for eksempel til indeksering og presentasjon i eksterne søkeresultat. Disse prosjektene/programmene mangler foreløpig videre finansiering.

1.3. Nivå 2 – Forebyggende veiledning

Nivå 2 i DIGI-UNG-modellen tilbyr interaktive veiledningstjenester med ulik grad av anonymitet via to funksjonaliteter: e-læring og chat.

1.3.1. E-læring

Hva består funksjonen av?



Ungdom har ofte et stort informasjonsbehov når de lurer på noe, og kan konsumere store mengder digitale ressurser på kort tid når de trenger det. E-

læring tilrettelegger for sammensetting av strukturerte informasjonspakker.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

Ungdom som opplever å ha plager, som er usikre på hva det er og bekymrer seg for om det er normalt eller ikke, trenger enkelt tilgang til raske svar. Har jeg en psykisk lidelse eller ikke? Er det andre som har det som meg? De trenger da et lett tilgjengelig lavterskeltilbud, hvor de enkelt kan innhente kunnskap, søke hjelp og raskt finne de svarene de trenger.

E-læring om psykisk helse og behandling kan fungere som en bro inn til helsevesenet for de som trenger konvensjonell behandling. I tillegg vil internettassistert behandling være førstevalg av behandlingsform for en del av gruppen.

E-læring kan brukes både til forebygging, veiledning, veiledet selvhjelp og behandling. E-læring kan brukes som selvhjelp både for små og store problemer, men kan også kombineres med tradisjonell eller digital dialog for å veilede brukere gjennom læringsinnholdet. Dersom informasjonen er tilgjengelig i kjente kanaler som er tilpasset ulike behov, vil det kunne bidra til at flere søker hjelp og finner kvalitetssikrede behandlingstilbud.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

Det er viktig å samordne, koordinere og kvalitetssikre aktuelle e-læringsprodukter før de kan tilbys til ungdom. Ved å koordinere og styre tildeling av midler til utvikling av slike tjenester, vil statlige instanser kunne være retningsgivende for hva som er kvalitetskravene og sikre at materialet er forskningsbasert, testet og funnet effektivt for målgruppen.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

Plattformen må støtte interaktiv læring og bruk av video, animasjon og spillifisering. Det kan være formålstjenlig å utarbeide et sett med retningslinjer for e-mestringsprogrammer og koordinere utviklingsløpet for å sikre god kvalitet og samtidig unngå dobbeltarbeid.

Tabell 4 - Oppsummering av innspill rundt e-læring⁷

NØDVENDIG	ØNSKELIG	MULIG
Ha elementer som handler om mestring av stress, gjerne en stress-app	Gi mulighet til å evaluere selv om man har dårlig psykisk helse	Delegere innhold til godkjente kompetansesentre og organisasjoner
Ha elementer rundt kropp og grenser for å forebygge overgrep og oppmuntre til å be om hjelp	Ha elementer rundt seksuell helse som kan støtte seksualitetsundervisningen	
Bidra til øving på situasjoner (mobbing, grenser, rus, sex, m.m.) for å skape trygghet	Ha elementer som handler om utdanningsvalg og konsekvenser av disse	
Kunne brukes av lærerne på skolen slik at de kan vise det frem	Være en del av søketjenesten	
Kun inkludere oppdaterte og godkjente moduler		

Hvor langt har vi kommet?

Moderne e-læringsverktøy støtter formatrikdom med bruk av video, animasjoner og spillifisering. Til forskjell fra de gamle systemene som var nokså kjedelige, fokuserer moderne e-læringsløsninger på brukeropplevelse og motivasjon for å fortsette læringen. Internettveiledet, kognitiv terapi er eksempel på en behandlingsform som har vist seg å være kostnadseffektiv, og som når ut til grupper som ikke har tilgang til eller vil bruke tradisjonelle behandlingsformer.

Det er spilt inn et satsningsforslag knyttet til aktiviteter i 2019 og 2020 for å starte utvikling og pilotering av en mestringsportal i kommunale helse- og omsorgstjenester, samt etablere følgeforskning for å dokumentere at behandlingen gir hjelp på en sikker og effektiv måte.

I tillegg skal denne satsningen forberede etablering og implementering av en felles, nasjonal løsning for internettassistert selvhjelp og behandling av angst og depresjon. I perioden 2021–2022 skal løsningen implementeres som en del av kommunale psykiske helsetjenester, og dette forutsetter opplæringsaktiviteter og omstillingsarbeid i tjenestene.

⁷ Helsedirektoratet (2018), *Ungdomshelse i en digital verden – DIGI-UNG Innsiktsarbeid*, IS-2718

Helsedirektoratet er i ferd med å etablere en e-læringsplattform basert på Difis nasjonale løsning. Prosjektet vil gjenbruke eksisterende plattformer og komponenter der dette er naturlig.

1.3.2. Chat

Hva består funksjonen av?



Chat kan brukes som kanal for både veiledning og helsehjelp. Det er tenkt i første omgang 1-til-1-chat mellom ungdom og veileder/behandler i sanntid. Ungdommer får mulighet til å velge hvem eller hvilken type ressursperson de ønsker å snakke med ut ifra en oversikt over hvem som er

tilgjengelig.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

Ungdommer er i stor grad vant til kommunikasjon via chat, som gir lavere terskel for kontakt. I tillegg til at chatfunksjonen har stor nytteverdi i seg selv, danner den også grunnlaget for overganger fra åpne informasjons- og veiledningstjenester til digitale og konvensjonelle helsetjenester. En slik overgang er for eksempel at chat er tilrettelagt for lenking til sikre tjenester på helsenorge.no.

Tilbakemeldinger fra fagpanelet i ung.no viser at ungdom kan ha utfordringer med å velge hvilken hjelp som er mest nyttig for dem. Det vil kunne legges til rette for at ungdom får forslag fra en fagperson om å gå videre til en chat-tjeneste etter at de har stilt spørsmål på ung.no.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

Chat-tilbud åpner for større grad av dialog, men er mer ressurskrevende enn en spørretjeneste. En åpen chat-tjeneste innen helse vil derfor kreve mye personell som må være tilgjengelig og ha nødvendig kunnskap. I dag finnes mange chat-tjenester. Disse bør samles på en felles, teknisk plattform slik at de kan samarbeide om for eksempel rekruttering og opplæring, og samkjøre veiledning angående for eksempel varsling og personvern. De vil beholde sine egne målgruppespesifikke portaler og brukerflater, men være samlet

på en felles, teknisk plattform som legger til rette for samkjøring og samarbeid.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

Det bør vurderes mulighet for lyd/video. Chatten må være anonym så lenge den ligger på nivå 2. Det må foreligge rutiner for å håndtere sensitiv informasjon i forhold til både personvern og meldeplikt, men også avgrensning mot helsehjelp. I denne sammenhengen bør det vurderes om IP-adressen til den som chatter bør lagres eller ikke. Det er viktig å være forberedt på respons som krever helsehjelp, og i disse tilfellene bør svareren ha muligheten til å "flytte over" dialogen til en sikker kanal.

Chat-funksjonen er en komponent som krever en god del utvikling og som svarer på et viktig behov for flere ulike aktører. I dette tilfellet vil en felles komponent gi bedre sikkerhet, kvalitet og lavere pris enn separate anskaffelser. Chat-løsningen bør derfor anskaffes utviklet til felles bruk på ung.no og en rekke områdeportaler. Ung.no og helsenorge.no/ung vil være hovedportaler, men i tillegg er det behov for slike broer fra informasjons- og veiledningstjenester som drives på andre domener.

Det kan være nyttig å vurdere muligheten for å la ungdommene godkjenne at det siste spørsmålet kan videresendes i chat-rommet slik at de slipper å si/skrive det samme to ganger.

Tabell 5 - Oppsummering av innspill rundt chat-tjenesten⁸

NØDVENDIG	ØNSKELIG	MULIG
Utvikles i samråd med ungdom og eksisterende chat-organisasjoner	Være mulig for ungdom å velge hvilken type ressursperson/hvem de ønsker å chatte med	Åpnes for at chatbots besvarer enkle spørsmål
Være diskret, uforpliktende, enkel å forstå og anonym	Åpne for andre kommunikasjonsmuligheter enn bare tekst	Være mulig å avtale oppfølging, spesielt rundt psykisk helse
Ha et mangfold av svarere, både fagpersoner og likepersoner	Ha jevnligesamlinger for å utveksle erfaringer	Være en app slik at man ikke trenger å gå inn på en nettside
Ha yngre fagfolk som svarer, gjerne studenter	Ha felles rutiner for opplæring og rekruttering	Reklameres for på TV i reklamepauser for populære serier
Være åpen etter skoletid, på kvelden og gjerne i	Ha felles tiltak for markedsføring	

⁸ Helsedirektoratet (2018), *Ungdomshelse i en digital verden – DIGI-UNG Innsiktsarbeid*, IS-2718

helgene og ha kort ventetid		
Ikke ha problem/risikofokus eller "helse"-stempel, være en vanlig app/tjeneste som alle kan bruke	Diskutere løsninger for ressurskrevende brukere	
Ha felles retningslinjer for varsling og avgrensning opp mot helsehjelp	Inkludere ressurspersoner fra barnevernet	
Involvere ungdommen det gjelder i tilfeller hvor en sak varsles videre	Inkludere fagfolk som er normkritiske når det gjelder seksuell orientering og kjønnsidentitet	
Ha felles personvernerklæring	Inkludere fagfolk med forståelse for ulike kulturelle bakgrunner	
Ha kompetanseheving knyttet til samtaleteknikk med ungdom		
Inkludere fagfolk som har kompetanse på psykisk helse		
Kunne henvises til fra svartjenesten		
Være markedsført i skolen for å skape tillit		
Være gratis og usynlig på telefonregning hvis det skal være hjelpetelefon		

Hvor langt har vi kommet?

Arbeidet med en felles chat-plattform er på et veldig tidlig stadium, men det går parallele løp tilknyttet mulighet for chatbots.

Ung.no har et samarbeid med SINTEF og Universitetet i Agder i deres forskningsprosjekt for å se på muligheten for å tilby gode chatbots med fokus på utfordringer innen psykisk helse. Alle spørsmål og svar fra klara-klok.no og ung.no brukes i prosjektet som baserer seg på kunstig intelligens. Prosjektet pågår fram til 2020 og tjenesten er ikke ferdig utviklet, men det er mulighet for å teste tjenesten med mindre alvorlige spørsmål. Resultater fra dette prosjektet vil være nyttig læring og erfaringsutveksling for DIGI-UNG.

Forskningsspørsmål knyttet til prosjektet:

- Hvordan erfarer og ønsker unge med problemer å bruke chatbots til psykiske helsespørsmål og sosial støtte?

- Hvilke informasjonsbehov og informasjonsstrategier har unge mennesker knyttet til psykisk helse, og hvordan kan chatbots understøtte slike behov og strategier?
- Hvordan kan chatbots styrke samarbeid/informasjonsflyt mellom helsearbeider (fastlege, skolehelsetjenesten) og informasjonstjenester (ung.no)?

Per februar 2018 finnes UNGbot tilgjengelig for administratorer via messenger. Så langt er ikke tjenesten god nok til å implementeres / testes på ungdom på ung.no. Ung.no vil utvikle gode søk med Elasticsearch og komplementære tilbydere som kan samarbeide i påvente av en UNGbot som kan tilfredsstillende ungdommenes behov.

1.4. Nivå 3 – Digital helsehjelp og behandling

Nivå 3 i DIGI-UNG-modellen tilbyr behandling og digital helsehjelp via tre funksjonaliteter: timebestilling, e-resept og e-dialog.

1.4.1. Timebestilling på nett

Hva består funksjonen av?



Ungdom kan bestille, endre eller avbestille time hos helsesøster, fastlege, andre kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten etter å ha fått henvisning. Ungdommene kan få en oversikt over fremtidige (og tidligere) timer vist i kalendervisning eller listervisning,

med informasjon om timen, samt tid og sted. De har mulighet til å laste ned timen som et kalenderelement til privat kalender (med begrenset innhold av hensyn til informasjonssikkerhet).

Ungdom får en bekreftelse på at timen er endret eller avbestilt via SMS og/eller e-post (avhengig av brukerens varseloppsett på helsenorge.no). Brukeren får også en påminnelse om timen via SMS og/eller e-post en viss tid før timen. Varslet inneholder informasjon om tid og sted samt annen relevant info.

Ungdom kan også be om ekstra konsultasjon ved å sende en melding om hva det gjelder på nivå 3. Helsepersonell må vurdere om det er behov for å sette opp ekstra konsultasjon (enten fysisk eller digitalt), om det holder med å henvise til generell informasjon på nett eller om

ungdommen for eksempel bør henvises til fastlege eller psykolog. Hvis det er behov for ekstra konsultasjon, setter helsepersonell opp denne timen på vanlig måte, ungdommen vil få et varsel og kan se den nye timen i kalenderen.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

En timebestillingsfunksjon vil kunne sikre at ungdom får bestilt timer som passer timeplanen deres og i større grad møter til avtalte timer – ved å vite når og hvor, og være motivert til å huske oppmøte. Tjenesten kan bidra til å senke terskelen for at ungdom bestiller time, og forberede dem på innholdet i timen. Om ungdom medvirker mer aktivt, kan samhandlingen med helsesøster/lege få bedre kvalitet.

Timebestillingsfunksjonen vil være nyttig når ungdommen er usikker på når timen er, lurer på hva som skal skje under konsultasjonen eller trenger å bytte eller avlyse time. Muligheten for å enkelt kunne avlyse timen vil kunne redusere antallet tilfeller der ungdom ikke stiller til en avtalt konsultasjon, slik at helsepersonell kan bruke denne tiden mer hensiktsmessig. Den vil også gjøre administrasjonen rundt endring av timer enklere både for tjenesten og ungdommen, særlig ved å redusere antall telefonhenvendelser om tid og sted for avtale.

Muligheten for å be om ekstra konsultasjon bidrar til å sikre at behov for ekstra oppfølging blir fanget opp, og dette kan forebygge eventuell skjevutvikling samt skape trygghet og mestringsfølelse hos ungdommen. Det kan også bidra til å redusere henvendelsene til helsetjenesten, ved å forenkle administrasjon og tilby oppfølging som passer situasjonen, slik at ressurser kan brukes der de trengs mest. Behov for ekstra konsultasjon kan også være diskutert på forhånd med helsesøster i tidligere konsultasjon.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

Den enkelte behander må selv vurdere hvilke timer som skal tilgjengeliggjøres for bestilling via hels norge. Behandler har funksjonalitet i sitt journalsystem for å markere disse timene. Når brukeren bestiller time via hels norge, vil timebestillingen legge seg inn i behandlerens avtalebok i journalen.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

For å muliggjøre timebestilling via nett, må helseaktør/behandler kunne legge ut timer som er tilgjengelige for booking på helsenorge.no eller via helsenorge-appen. Det forutsettes også at EPJ-systemet til den aktuelle behandler er integrert i helsenorge-portalen med et sett allerede etablerte standarder for meldingsutveksling og transportmekanismer. I tillegg forutsettes det at ungdom har mulighet til å logge seg inn via en løsning med sikkerhet på nivå 4 (tilsvarende BankID, Buypass m.m.).

Tabell 6 - Oppsummering av innspill rundt timebestilling⁹

ØNSKELIG

Enten via sms, app eller nettside

Hvor langt har vi kommet?

I spesialisthelsetjenesten har Helse Vest og Helse Nord en løsning for timer og henvisninger etter "gammel" arkitektur. I denne versjonen gir henvisninger mulighet for å vise timer i liste, vise detaljer og kobling til timer. Timevisningen gir mulighet for visning i liste, vise detaljer om timen, bekrefte time, legge time i egen kalender, endre tidspunkt – kun enkle timer og dialog rundt timen.

Det er nå utviklet en "ny" løsning for timer og henvisninger som skal tas i bruk i Helse Midt (foreløpig bare timeløsningen). Timeløsningen gir muligheter for beskjed om henvisning, varsel til bruker, visning i liste, henvisningshistorikk, detaljer om henvisning, muligheter for dialog om henvisning, muligheter for vedlegg og kobling mellom henvisninger og timer. Den nye henvisningslisten gir muligheter for beskjed om timer, varsel til bruker, visning i liste/kalender, timehistorikk, detaljer om timen, bekreftelse av time, legge i egen kalender, endre tidspunkt, dialog om time, muligheter for vedlegg og kobling mellom timer og henvisninger.

Begge de nye løsningene skal redusere trykket på EPJ/PAS på sykehusene, da forespørsel om detaljer kun gjøres for de timene som brukeren ønsker å se på.

⁹ Helsedirektoratet (2018), *Ungdomshelse i en digital verden – DIGI-UNG Innsiktsarbeid*, IS-2718

I primærhelsetjenesten er det etablert tilsvarende løsning for timebestilling, endring, avbestilling og varsling av time/besøk (i hjemmetjenesten). Timene vises i listevising eller kalendervisning og time-elementet kan lastes ned til egen kalender. Flere EPJ-systemer (Plenario, CGM Journal og SystemX hos fastlegen og Gericca, Visma Profil og Cosdoc i hjemmetjenesten) har utviklet funksjonalitet for å kunne håndtere timebestilling via helsenorge og arbeidet er under innføring hos fastlege og under pilotering i hjemmetjenesten.

1.4.2. E-resept

Hva består funksjonen av?



Tjenesten e-resept gjør det mulig for bruker å be behandler om fornyelse av resepter som er utgått på tid eller brukt opp.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

Ungdom forventer at det er mulig å få resepter digitalt uten at de trenger å bestille time hos lege eller helsesøster hver gang de har behov for å fornye en resept. Det er enkelt å ha oversikt over alle resepter med status (aktiv, utløpt osv.) uten å måtte forholde seg til resept på papir. Det er også viktig for ungdom at informasjon som de mellom 12-16 år ikke ønsker skal deles med foreldre, holdes tilbake i EPJ og ikke vises via foreldreinnsyn på helsenorge.no. Dette gjelder f.eks resept på p-piller.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

Behandler med tilgang til e-resept kan skrive ut resepter digitalt, og ungdom vil finne igjen sin oppdaterte resept på helsenorge.no. Bruker kan deretter hente ut legemiddel på valgt apotek.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

For å tilgjengeliggjøre e-resept for ungdom, må helseaktøren eller behandleren ha innført e-resept/sentral forskrivningsmodul i sin EPJ. Det forutsettes også at EPJ-systemet til den aktuelle behandler er integrert i helsenorge-portalen med et sett allerede etablerte standarder for meldingsutveksling og transportmekanismer. I tillegg

forutsettes det at ungdom har mulighet til å logge seg inn via en løsning med sikkerhet på nivå 4 (tilsvarende BankID, Buypass m.m.).

Dersom funksjonaliteten åpnes for ungdom under 16 år, må det foretas en juridisk vurdering i forhold til foresattes samtykke.

Tabell 7 - Oppsummering av innspill rundt e-resept¹⁰

NØDVENDIG
Kun for fornyelse og innenfor etablerte pasientforhold

Hvor langt har vi kommet?

E-resept er ferdig innført hos alle fastleger og på alle sykehus. Det er forventet at utprøving av e-resept vil starte opp i pleie- og omsorgssektoren innen kort tid. E-resept er per i dag ikke implementert på helsestasjoner eller i skolehelsetjenesten. E-helse har ingen aktive tiltak for å få dette implementert. Her er det opp til den enkelte leverandør å tilpasse sitt journalsystem iht. nasjonale krav for bruk av e-resept for å kunne tilby dette til helsestasjon/-aktør.

1.4.3. E-dialog

Hva består funksjonen av?



Funksjonen er en sikker dialogløsning for forebygging, behandling eller supplement til behandling innen helse- og omsorgstjenestene. Ungdom skal kunne ha en dialog med helsesøster og annet helsepersonell, for eksempel ut ifra tidligere (ikke akutt) spørsmål eller etablert pasientforhold.

Dialogen kan være i form av meldingsutveksling (asynkron dialog) eller konsultasjoner (dialog i sanntid). Konsultasjoner kan gjennomføres med video, lyd eller tekst. Dialogene kan inneholde vedlegg (lenker samt pdf, foto eller andre dokumenter).

E-dialogen erstatter ikke fysiske konsultasjoner, men er et supplement. Konsultasjonen kan være avtalt på forhånd mellom

¹⁰ Helsedirektoratet (2018), *Ungdomshelse i en digital verden – DIGI-UNG Innsiktsarbeid*, IS-2718

helsetjenesten og ungdommen som en oppfølging etter et fysisk oppmøte.

Det kan vurderes å legge til en mulighet for nettbrev hvor ungdommen kan sende elektronisk brev (i form at tekst, lyd eller video) til tjenesten, i tilfeller hvor de ikke forventer svar umiddelbart.

Hvorfor er denne funksjonen viktig for målgruppen?

Helsedirektoratet må bidra til at de digitale helsetjenestene utvikles i takt med ungdommenes forventninger og behov. Den teknologiske utviklingen gir muligheter for å tilby helsehjelp til ungdom på nye måter og via nye kanaler som understøtter og gjør behandlingen mer effektiv. Dette vil bidra til tidligere hjelp og bedre oppfølging, samt økt tilgjengelighet og økt kapasitet i tjenestene for behandling.

E-dialog kan øke tilgjengeligheten for ungdom som ikke har tilgang til helsetjenesten de har behov for, eller som ikke ønsker å benytte seg av tradisjonell konsultasjon. Det kan også bidra til å sikre kontinuitet i behandlingen til tross for store avstander og/eller flytting. Sistnevnte gjelder særlig for barn som barnevernet har hånd om. Gevinstene er store, særlig for pasienter som bor langt fra et behandlingssted. Pasient og foresatte slipper flere timer i bil for én times konsultasjon, og unngår fravær fra jobb og skole.

En sikker dialogløsning vil styrke samhandling mellom helsepersonell og ungdom ved å åpne for nye metoder som kan kombineres på formålstjenlige måter, tilpasset individuelle behov, preferanser og situasjoner. Det vil også legges til rette for at helsepersonell kan jobbe mer rasjonelt, og dermed bruke mer av ressursene sine på å følge opp ungdommene som har behov for det.

Hvordan skal funksjonen forvaltes?

Funksjonen skal brukes via innlogging på helsenorge.no for dialog med etablerte helsekontakter. E-konsultasjonsfunksjonaliteten må være knyttet til en egen takst for å åpne for refusjon.

Hva er forutsetningene for at funksjonen skal fungere?

E-dialog krever nye faglige rutiner i tjenesten for hvordan meldinger følges opp. Ikke bare i EPJ-systemet, men i faktisk oppfølging av tjenestemottaker. Utforming av brukertjeneste må ta hensyn til det større kretsløpet, ikke bare de interne systemene.

Det er viktig å avklare hvilke typer meldinger som vil sendes, hvordan samtaletråder og ulike samtaler vil organiseres og evt. journalføres, hva som skal signaliseres til bruker om hvordan meldinger vil bli behandlet, hvor lang svarfrist som kan aksepteres og om meldinger kan videresendes til andre instanser. Forholdet til journalplikten i helsepersonelloven må utredes særskilt hvis det blir aktuelt med nettbasert helsehjelp utenfor etablerte pasientforhold.

Det er en viktig forutsetning at ungdommer kan benytte e-dialog-funksjonalitetene gratis.

Tabell 8 - Oppsummering av innspill rundt e-konsultasjon¹¹

NØDVENDIG	ØNSKELIG	MULIG
Åpne for både tekst, lyd, video og vedlegg	Kun gjelde når man kjenner behandleren fra før	Først testes ut blant ungdommer som er over 16 eller 18 år da de er mest interessert
Benytte en enkel innloggingsmåte og gi tydelig info om hvorfor man skal være innlogget	Brukes som oppfølgingsmulighet i et behandlingsforløp	
Kunne henvises til fra svar- og chat-tjenesten	Ha alternativer til bank-id for å sikre likeverdig tilgang	
Kunne ivareta krav om henvisning	Ha løsninger for foresatt-samtykke	
Være trygg å bruke med sikkerhet om at samtalen ikke blir tatt opp	Være tilknyttet EPJ-systemene for å forenkle administrering	

Hvor langt har vi kommet?

E-dialog eksisterer i dag i form av de to tjenestene for E-konsultasjon og E-kontakt. E-konsultasjon benyttes i dag utelukkende av fastlegene, da det er knyttet en egen takst til bruk av denne tjenesten. I dialog med andre enn fastlegen, benyttes E-kontakt. I begge tilfeller kan brukeren initiere dialogen dersom dennes helsekontakt finnes på hels norge.

¹¹ Helsedirektoratet (2018), *Ungdomshelse i en digital verden – DIGI-UNG Innsiktsarbeid*, IS-2718

Flere av EPJ-ene er integrert i hels norge for synkron og asynkron meldingsformidling. Det er etablert nasjonale løsninger for digital kommunikasjon med fastlegen og hjemmetjenestene i kommunen på hels norge.

- **Kontakt fastlegen på nett**

Løsningen dekker alle legekontorer som per i dag benytter journalsystemene Plenario (Infodoc), CGM Journal, eller SystemX (Hove). Tjenestene som inngår i "kontakt fastlegen på nett" (e-konsultasjon, e-kontakt, fornyelse av e-resept og timeadministrasjon) er under innføring, og er hittil tatt i bruk på ca. 170 fastlegekontorer.

- **Kontakt hjemmetjenesten på nett**

Løsningen er integrert i de tre journalsystemene som i dag benyttes i hjemmetjenesten i kommunene: Gericca (Tieto), Visma Profil og Cosdoc (Acos). Tjenestene som inngår i "kontakt hjemmetjenesten på nett" er under pilotering og vil rulleres videre til 8-10 kommuner i løpet av 2018.

De nasjonale løsningene åpner per i dag ikke for videokonsultasjoner, men dette tilbys i ulik grad i alle helseregioner. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved UNN Tromsø har utviklet en videokonferansebasert tjeneste til barn og ungdom som går til behandling (eCap). Pasientene ved BUP Tromsø kan i dag velge om de vil komme til behandler eller om de vil gjennomføre konsultasjonen på video.

I tillegg er det mange andre aktører på markedet som tilbyr ulike varianter av e-dialog og timebestilling. Disse er ofte selvstendige løsninger uten integrasjon mot journalsystem, eller de er integrert i et av journalsystemene som finnes på markedet.

Direktoratet for e-helse har sett på hva som finnes på markedet, og ønsker gå aktivt ut og invitere til dialog med relevante aktører og leverandører. I første omgang er målet å forstå hva slags type løsninger som finnes, hvilke komponentene er og hvordan de henger sammen med ulike behov.

2. Prosess videre

DIGI-UNG prosjektet anbefaler en fleksibel og tverrsektoriell samarbeidsstruktur som åpner for smidig utvikling med involvering av brukerne, leverandørmarkedet og forskningsmiljøene. Prosjektet kan ha store gevinster, men krever en helhetlig satsning og en langsiktig finansieringsmodell.

2.1. Prosjektorganisering

DIGI-UNG modellen vil kreve smidig utvikling med høy grad av brukermedvirkning og tverrsektorielt samarbeid. Prosjektets kompleksitet kan være et argument for å vurdere programorganisering.

2.1.1. Overordnede forutsetninger

Helsedirektoratet er prosjekteier for DIGI-UNG, og har stått for finansieringen av forprosjektet og planleggingsfasen av prosjektet. Videreføring av prosjektet i en gjennomføringsfase forutsetter at det bevilges midler til å dekke prosjektkostnadene, anskaffelse av komponenter og etablering av følgeforskning i tråd med satsningsforslaget. Gjennomføringen må foregå i tett samarbeid med markedet, sektoren og forskningsmiljøer. FHI bør blant annet vurderes involvert i evalueringen.

Den underliggende arkitekturen til plattformen må tilrettelegge for gjenbruk av og integrasjon med tjenester fra offentlige og private tjenestetilbydere ved hjelp av sikre APIer. Prosjektet vil tilrettelegge for aktiv bruk av leverandørmarkedet på tjenester der dette er naturlig, og også tilrettelegge og stimulere høyskoler og universiteter til å utvikle ny, innovativ teknologi og løsninger. Arkitekturrådet i Direktoratet for e-helse bør involveres i prosessen og DIGI-UNG bør sees i sammenheng med arbeidet rundt opprettelsen av en nasjonal tjenesteleverandør.

En viktig forutsetning for å oppnå disse målene er plattformens evne til å dele sensitiv informasjon på en sikker måte og tilrettelegge for en

god og sømløs brukeropplevelse på tvers av komponenter og tjenester selv om disse er utviklet av forskjellige aktører.

Det vil være usikkerhet rundt utviklingen i årene som kommer, og strategien for gjennomføringsfasen må derfor være en smidig utvikling. Det innebærer at man må bygge bit for bit, og bruke erfaringene man høster fortløpende for å bygge videre på det som er mest verdifullt for målgruppen og samfunnet. Prosjektet vil kreve en noe annen prosjektstyringsmodell enn et tradisjonelt IKT utviklingsprosjekt, der målbildene er mer konkrete og definerte.

Igangsetting av arbeidet som skisseres her vil innebære et utviklingsløp over flere år. Evalueringer, erfaringsinnhenting og tilbakemeldinger fra primærmålgruppene legges til grunn for neste utviklingstrinn. Brukerne bør involveres i alle ledd av designprosessen, fra innsiktsfasen, til konsept- og implementeringsfasen.

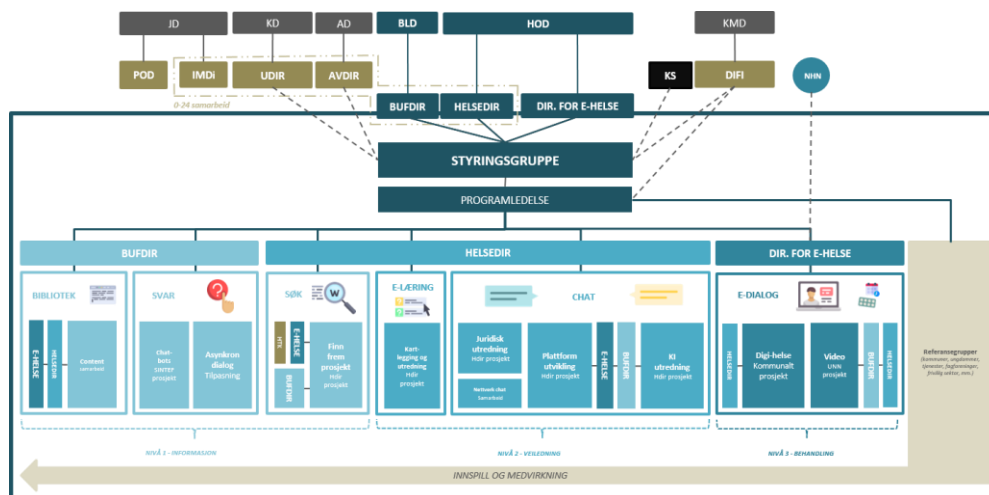
Det forutsettes at Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Direktoratet for e-helse mottar felles oppdragsbrev og avsetter personell til aktiviteten i 2019/2020. 0-24 programmet kan benyttes for å forankre prosjektet i flere sektorer.

2.1.2. Mulighet for programorganisering

Gitt at prosjektet har et bredt og tverrfaglig omfang med mange ulike leveranseområder så kan det være lønnsomt å organisere prosjektet i form av et program (se bilde under). Under en programorganisering vil ulike prosjekter kunne gjennomføres i sekvens eller med hel eller delvis parallellitet og over flere år. Programorganisering egner seg spesielt for viktige strategiske satsninger som virksomhetsledelsen ønsker å vektlegge og følge opp.

DIGI-UNG leveransene kan deles opp i underprosjekter basert på de ulike funksjonalitetene (bibliotek, svartjeneste, søketjeneste, e-læring, chat og e-dialog). Et direktorat kunne da få hovedansvar for prosjektledelsen for hver funksjonalitet (bibliotek og svartjeneste under Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, søketjenesten, chat og e-læring under Helsedirektoratet og e-dialog under Direktoratet for e-helse), med forutsetning om samarbeid med de andre innholds- og tjenesteleverandørene.

Det kunne være nyttig å ha flere faste referansegrupper som alle prosjektene kan benytte seg av etter behov (disse kan for eksempel har representanter for ungdommer, frivillig sektor, fagforeninger og kommuner).



Bilde 4 - Mulig programorganisering for DIGI-UNGs leveranser

I et DIGI-UNG program ville det være naturlig at Helsedirektoratet fikk ansvar for den overordnede programledelsen. Difi kan være nyttig å involvere i programledelsen som prosessstøtte og veilder. Programledelsen har ansvar for å:

- igangsette og styre programmets prosjekter
- ivareta avhengigheter, koordinering og ressurskonflikter mellom prosjektene
- følge opp gevinstrealiseringen for hvert enkelt prosjekt

Programledelsen ville være underlagt en styringsgruppe som kunne ha representanter fra alle tre direktoratene, i tillegg eventuelt til andre relevante aktører. Dette ville kreve en beslutning på hvilke aktører som skulle være representert i styringsgruppen, og det måtte utarbeides et konkret mandat ut ifra det felles oppdragsbrevet.

Gjennom 0-24 samarbeidet har Utdanningsdirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet allerede gitt uttrykk for at de er interesserte i å delta i et slikt samarbeid. KS og Difi kunne også være aktuelle å ha inn i en styringsgruppe, sammen andre statlige aktører som for eksempel Politidirektoratet eller Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

2.2. Kostnader og gevinster

I en slik modell er det vanskelig å gi estimater for hele målbildet, men det kan gis noen anslag på hva visse typer funksjonalitet vil antas å koste, og hvilke gevinster som vil kunne realiseres.

2.2.1. Kostnadsestimater

Prosjektkostnadene for DIGI-UNG i 2018 er 5 MNOK. Prosjektet gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer.

Konseptet utover 2018 innebærer nye teknologiløsninger i ulike plattformer og flere av de funksjonelle behovene er adressert gjennom ulike pågående prosesser. Et estimat for teknologiutvikling og videre forvaltningskostnad for dette må derfor leses med store forbehold.

I 2019 og påfølgende år har Direktoratet for e-helse estimert at implementeringen av DIGI-UNG vil koste ca. 165 MNOK fordelt over perioden 2019 – 2022 (se tabell 9). I 2019 vil ca. 12 MNOK gå til drift og forvaltning av de tre nivåene mens ca. 55 MNOK vil brukes til utvikling og innføring av løsningene i kommunene og spesialisthelsetjeneste.

Tabell 9 - Grove kostnadsestimater for DIGI-UNG i perioden 2019-2022

TYPE UTGIFTER (i MNOK)		2019	2020	2021	2022	Alle	
Nivå 1 Artikler, svar og søk	Design og utvikling av informasjons og selvbetjeningstjenester	4	3	-	-	25	
	Integrasjon for overgang fra usikrede tjenester til helsevesenet	5	5	-	-		
	Drift og forvaltning	2	2	2	2		
Nivå 2	Chat	Innsikt/analyse av behov	1	-	-	-	70
		Anskaffelse av felles løsning	3	-	-	-	
		Forvaltning og drift	2	3	3	3	
	E-læring	Etablering/tilpasning av nasjonal læringskomponent*	9	8	-	-	
		Innføring av læring som tjenestetilbud ved veiledningstjenester	1	3	2	1	
		Innføring av læring som tjenestetilbud ved helsestasjon	2	5	4	2	
		Drift/forvaltning*	3	3	3	3	
		Kjøp av innhold til læringskomponent	3	-	3	-	
Nivå 3 Time- bestilling, e-resept og e- dialog	Innsikt/analyse av behov	2	-	-	-	70	
	Fagavklaringer helse/juss/sikkerhet/arkitektur	3	2	-	-		
	Utvikling av funksjonalitet for digital dialog med helsesøster*	9	7	-	-		
	Videreutvikling av EPJ i kommunene for digital dialog helsestasjon*	5	5	-	-		
	Drift og forvaltning*	5	6	6	6		
	Innføring av tjeneste i kommunen*	3	5	4	2		
Totalt		67	57	27	19	165	

Flere komponenter vil kunne utvikles i fellesskap med prosjektet "*Mestringsportal mot angst og depresjon*" (merket med stjerne i tabellen over) som gjennomføres av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Dersom begge prosjektene gjennomføres, vil kostnadene for hvert av tiltakene kunne reduseres med ca. 50 MNOK ved gjenbruk av felleskomponenter (ca. 97 MNOK besparelse totalt).

Som en del av det videre arbeidet må det foreslås en finansieringsmodell for DIGI-UNG modellen.

2.2.2. Potensielle gevinster

Implementeringen av DIGI-UNG modellen forventes å gi vesentlige nytte- og kostnadsvirkninger. For å kunne synliggjøre disse effektene bør det som en del av DIGI-UNG prosjektet gjennomføres en større samfunnsøkonomisk analyse av modellen for å kunne identifisere nyttevirkningene og kvantifisere de økonomiske effektene av disse. Den samfunnsøkonomiske analysen vil også kunne gi retning for hvilke deler av modellen som bør prioriteres først, basert på kost/nytte-vurderinger.

Uten å ha gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse er det imidlertid likevel grunn til å anta at prosjektet vil føre til betydelige samfunnsøkonomiske gevinster. Analyser fra andre prosjekter viser at det er store kostnadsbesparelser for samfunnet for hver ungdom modellen kan bidra til at holder seg psykisk frisk og som ikke behøver behandling fra spesialist og primærhelsetjenesten. I tillegg ligger det selvsagt en vesentlig effekt i om DIGI-UNG tjenestene kan bidra til å øke livskvaliteten i hverdagen til ungdommene i dag.

Overføringsverdi for andre målgrupper, tjenester og sektorer

Tjenestene som er foreslått er i stor grad tjenester der mange grupper også har behov for tilsvarende underliggende teknologi. Modellen baserer seg på et programmeringsgrensesnitt (API) som sikrer at spesifikke deler av de utviklede komponentene vil kunne aktiveres ("kjøres") fra andre typer programvare.

Dette betyr at alt som utvikles under dette tiltaket vil kunne gjenbrukes for andre målgrupper i andre kanaler (voksne, eldre, innvandrere,

m.m.). Ungdom som gruppe vil ha sitt eget innhold på "toppen" av felleskomponenter som kan brukes av alle befolkningsgrupper.

Slike komponenter har et stort utvidelses- og gjenbrukspotensial, i kommunene og ellers i helsetjenesten; noe som vil bidra til å redusere skillet mellom folkehelse, primær- og spesialisthelsetjenesten og kan være til nytte for andre sektorer som NAV, skolen, barnevernet m.m.

Helseeffekt

På nivå 1 i modellen vil ungdommer få lettere tilgang til informasjon og bedre oversikt over relevant hjelpetilbud via biblioteket og søketjenesten. De vil også kunne få konkrete og kvalitetssikrede svar på enkle spørsmål ved hjelp av svartjenesten. Nivå 2 vil bidra til at ungdommer får rask hjelp via chat-tjenesten og tilgang til flere selvhjelpsverktøy ved å benytte e-læring.

Nivå 3 kombinert med søketjenesten fra nivå 1 vil gi kortere vei til individuell helsehjelp. Ungdommer vil bruke mindre tid på å oppsøke, reise til og vente på rett hjelp, noe som kan bidra til mindre skolefravær og dermed mindre frafall. På sikt vil digitale konsultasjoner på nivå 3 vil også sikre kontinuitet i behandling til tross for store avstander og/eller flytting (hyppig flytting gjelder særlig for barn som barnevernet har hånd om).

Digitale tjenester som beskrevet på nivå 1 og 2 i modellen har en helsefremmende og forebyggende effekt på flere folkehelseområder¹² og fører til bedre fysisk og psykisk helse over tid^{13,14}. Informasjon og åpenhet om for eksempel psykisk helse vil kunne bidra til at ungdom har større forutsetninger for å håndtere kriser de kan møte i ulike livssituasjoner, og at terskelen for å søke hjelp senkes.

¹² Krishna S & al (2009) "Healthcare via Cell Phones: A Systematic Review" *Journal of Telemedicine and e-Health* 15(3):231

¹³ Heron K & al (2010) "Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments" *British journal of health psychology* 15(1):1-39

¹⁴ Wantland D & al (2004) "The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes" *Journal of Medical Internet Research* 6(4):40-50

Digitale tjenester kan i tillegg bidra til økt fysisk aktivitet, bedre kosthold, økt kunnskap om seksuell helse, økt prevensjonsbruk samt redusert bruk av tobakk, alkohol og rusmidler⁵⁻¹⁶.

Digitale tjenester slik de som beskrevet på nivå 3 i modellen kan også bidra til bedre etterlevelse av legens anbefalinger, bedre oppmøte på konsultasjon, tidligere diagnose, tidligere behandling og mindre frafall i behandlingen^{27,28}.

Slike positive helseeffekter hos ungdom medfører store samfunnsøkonomiske gevinster ved å forebygge sykdom hos voksne. Digitale tjenester vil bidra til et bredt anlagt folkehelsearbeid som begynner tidlig i livsløpet. De bidrar til en bærekraftig samfunnsutvikling og kan begrense fremtidige samfunnskostnader knyttet til helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap²⁹.

Effektivisering

En samordning av dagens overlappende nettjenester vil føre til reduserte kostnader knyttet til teknologiutvikling, infrastruktur, sikkerhet, markedsføring og administrasjon. Det estimeres at

¹⁵ Head K & al (2013) "Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: A meta-analysis" *Social Science & Medicine* 97:41-48

¹⁶ Thompson D & al (2008) "Food, fun, and fitness internet program for girls: Pilot evaluation of an e-Health youth obesity prevention program examining predictors of obesity" *Preventive Medicine* 47(5):494-497

¹⁷ Bailey JV (2010) "Interactive computer-based interventions for sexual health promotion" *Cochrane Database Systematic Review* 8:(9)

¹⁸ Guse K & al (2012) "Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review" *Journal of Adolescent Health* 51(6):535-543

¹⁹ Portnoy D & al (2008) "Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of seventy-five randomized controlled trials, 1988–2007" *Preventive Medicine* 47(1):3-16

²⁰ Bailey JV (2010) "Interactive computer-based interventions for sexual health promotion" *Cochrane Database Systematic Review* 8:(9)

²¹ Swendeman D & Rotheram-Borus MJ (2010) "Innovation in sexually transmitted disease and HIV prevention: Internet and mobile phone delivery vehicles for global diffusion" *Current Opinion Psychiatry* 23(2):139-144

²² Head K & al (2013) "Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: A meta-analysis" *Social Science & Medicine* 97:41-48

²³ Free C & al (2013) "The Effectiveness of Mobile-Health Technology-Based Health Behavior Change or Disease Management Interventions for Health Care Consumers: A Systematic Review" *PLOS Medicine* 10(1)

²⁴ Walters ST & al (2006) "A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior" *Addictive Behaviors* 31(2):264-277

²⁵ Khadjesari Z & al (2010) "Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review" *Addiction* 106(2):267-282

²⁶ Donker T & al (2013) "Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review" *Journal of Medical Internet Research* 15(11):247-252

²⁷ Wantland D & al (2004) "The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes" *Journal of Medical Internet Research* 6(4):40-50

²⁸ Krishna S & al (2009) "Healthcare via Cell Phones: A Systematic Review" *Journal Telemedicine and e-Health* 15(3):231

²⁹ Christensen H & al (2011) "The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: Challenges and solutions" *Early Intervention in Psychiatry* 5(1):58-62

kostnadsreduksjonen vil tilsvare en 30 % besparelse i driftskostnader. Som eksempel medførte sammenslåingen av Klara Klok og Ung i 2017 en besparelse på 3,2 MNOK (30 % kostnadsreduksjon).

Ansatte i helsetjenestene bruker i dag svært mye tid på å besvare administrative henvendelser per telefon. Det er også svært vanlig at mange ikke møter til avtalt time, hvilket bidrar til en svært dårlig utnyttelse av ressursbruken på behandlingsstedene. Antall "ikke møtt"-timer skaper også mye ekstra administrasjon og koordinering ute i tjenesten. Elektronisk timebestilling gir økt tilgjengelighet (24/7), økt motivasjon til å møte til timen og vil bidra til en betydelig reduksjon i antallet som ikke møter til timen.

Et eksempel fra forprosjektet for *Digitale innbyggertjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* viser et potensial i kommunene til å spare totalt 116 MNOK over 10 år kun ved beregning av denne ene effekten.

I tillegg vil de nye funksjonene som er foreslått i modellen kunne være supplerende for eksisterende, fysiske tjenester. For helsetjenestene vil modellen bidra til tidlig innsats på riktig tjenestenivå, noe som er avgjørende for å bruke ressurser effektivt.

Forskning viser at digital helsehjelp kan være kostnadseffektivt for å behandle psykiske plager og lidelser^{30,31,32} og vil, i noen situasjoner, kunne være mer effektivt enn konsultasjoner ansikt-til-ansikt³³ og tradisjonelle læringsmetoder³⁴. Digital helsehjelp har vist en positiv effekt både på kvalitet, effektivitet og tilfredsstillhet i helsetjenesten³⁵.

³⁰ Portnoy D & al (2008) "Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of seventy-five randomized controlled trials, 1988–2007" *Preventive Medicine* 47(1):3-16

³¹ Donker T & al (2013) "Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review" *Journal of Medical Internet Research* 15(11):247-252

³² Mohr DC & al (2013) "Behavioral Intervention Technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health" *General Hospital Psychiatry* 35(4):332-338

³³ Bayiley JV & al (2011) "Computer-based interventions for sexual health promotion: systematic review and meta-analyses" *International Journal of STD and Aids*

³⁴ Bailenson JN & al (2008) "The Use of Immersive Virtual Reality in the Learning Sciences: Digital Transformations of Teachers, Students, and Social Context" *J of the Learning Sciences* 17(1):102-141

³⁵ Buntin MB (2011) "The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results" *Health Affairs* 30(3):464-471

Effektiviteten vises blant annet ved redusert bruk av de fysiske helsetjenestene³⁶.

2.3. Prioritering av funksjonaliteter

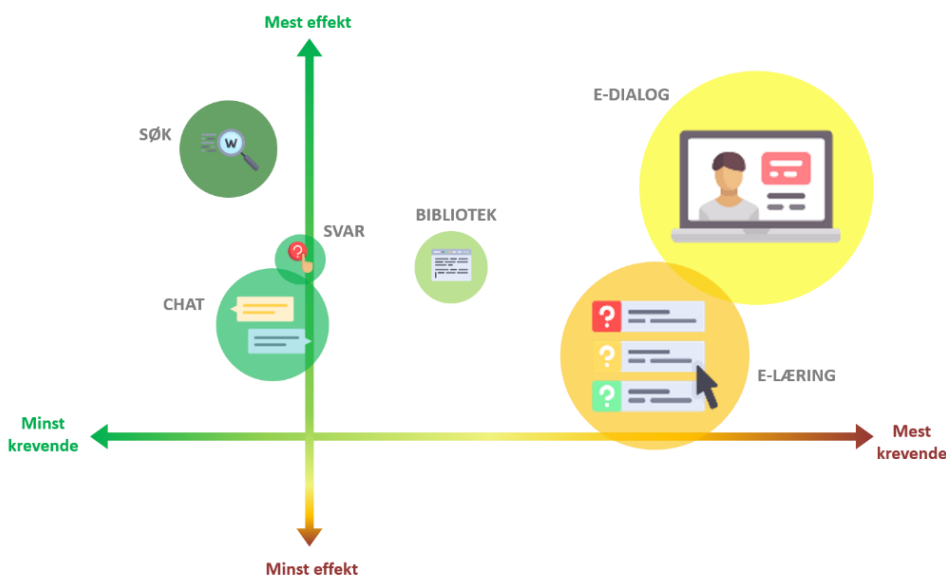
DIGI-UNG er et ambisiøst målbilde som krever trinnvis utvikling. De foreslåtte funksjonalitetene er rangert etter prioritet ut ifra hvor krevende de er å implementere og hvor store nytte de kan medføre.

2.3.1. Prioriteringsrekkefølgen

DIGI-UNG prosjektet har gjort en tentativ prioritering av funksjonalitetene ut ifra forventet nytteeffekt og innsats (se bilde under). Størrelsen på boblene er basert på grove kostnadsestimer for perioden 2018 – 2022.

Prioriteringsrekkefølgen er:

1. Søkjetjenesten
2. Svartjenesten
3. Chat-tjenesten
4. Bibliotek
5. E-dialog
6. E-læring



Figur 3 – Grov prioritering av funksjonalitetene ut ifra forventet effekt og innsats for hovedfunksjonalitetene

I en trinnvis utvikling anbefaler prosjektet å prioritere tiltak tilknyttet søketjenesten og svartjenesten da disse har åpenbare positive

³⁶ Chaudhry B & al (2006) "Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care" *Free Annals of Intern Medicine* 144(10):742-752

virksomheter uten å kreve alt for store investeringer eller prosesser. Igangsettingen av de andre tiltakene forutsetter en helhetlig samfunnsøkonomisk analyse som synliggjør og tallfester de potensielle virkningene.

2.3.2. Begrunnelse

Søketjenesten

Denne funksjonaliteten har høyest nytteverdi, da den vil være nyttig for mange aktører og målgrupper. Den vil bidra til at ungdommer enten finner selv eller henvises til riktig hjelp på en enkel måte. Denne funksjonaliteten er heller ikke den mest krevende i modellen, og vil kunne gjennomføres innenfor dagens rammer og implementeres i helsesektoren i 2018. Tanken er at tjenestetilbyderne selv skal ha ansvar for å oppdatere innholdet.

Innspillene fra brukerne og tjenestetilbydere viser til et ønske om en oversiktlig løsning som inkluderer godkjente digitale ressurser og landsdekkende tjenesteoversikt (gjerne med informasjon på behandlernivå) som dekker andre sektorer enn bare helse.

Svartjenesten

Denne funksjonaliteten har høy nytteverdi da den har lav terskel og er en personlig tjeneste som er lett tilgjengelig og konkret til hjelp for ungdommer. Den kan avlaste flere tjenester ettersom den tar seg av de enkleste spørsmålene. Samtidig er tjenesten stort sett allerede på plass, og den nye utviklingen som er tenkt videre vil kunne gjennomføres innenfor dagens rammer.

Innspillene fra brukerne og tjenestetilbydere viser til et ønske om mulighet for oppfølgingsspørsmål og tilbakemelding (asynkron dialog) samt bedre og mer personifisert markedsføring.

Chat-tjenesten

Denne funksjonaliteten har nytteverdi for ungdommer og etterspørres i veldig stor grad. Blant tjenestetilbydere anses denne funksjonaliteten som viktig for å sikre god oppfølging. Denne funksjonaliteten er ikke den mest krevende i modellen og handler hovedsakelig om å anskaffe

en plattform som oppfyller kravene, utarbeide felles rutiner og retningslinjer og etablere en god samarbeidsstruktur med eksisterende tjenester.

Innspillene fra brukerne og tjenestetilbydere viser til et ønske om en uforpliktende, enkel og anonym chat hvor man kan velge blant et mangfold av svarere (gjerne yngre). Det ønskes at den skal være åpen utenfor skoletid, tilby flere muligheter enn bare tekst, ha friskfokus og dekke andre sektorer enn bare helse. Det er behov for felles rutiner (varsling, rekruttering, opplæring og personvern).

Bibliotek

Denne funksjonaliteten har høy nytteverdi da den har lav terskel og tilbyr informasjon som er lett tilgjengelig for ungdommer og som kan dekke mange områder. Samtidig kan den være noe krevende da den innebærer både mye redaksjonelt arbeid i alle de tre direktoratene og et større behov for koordinering av innholdsoppdatering og implementering av publiseringsløsninger.

Innspillene fra brukerne og tjenestetilbydere viser til et ønske om mindre tekst og flere innholdselementer (video, animasjoner, visualiseringer, m.m.) samt mer oppdatert design og diagnosespesifikk informasjon.

E-dialog

Denne funksjonaliteten har høy nytteverdi da den åpner for digital helsehjelp slik at helsetjenestene når ut til de som trenger hjelp og ikke oppsøker konvensjonelle tjenester. Funksjonaliteten vil være kostnadsbesparende på sikt og har stor overføringsverdi for andre helsetjenester, aktører, sektorer og målgrupper. Funksjonaliteten er imidlertid svært krevende å få på plass da den krever integrasjoner opp mot flere EPJ-systemer og et stort innføringsarbeid i kommunene.

Innspillene fra brukerne og tjenestetilbydere viser til et ønske om enkel og trygg innlogging som gir mulighet til å bestille time (gjern via SMS eller app) og ha samtale med både tekst, lyd, video og mulighet for vedlegg. Det kan testes ut først for ungdommer over 16 år og er særlig etterspurt blant ungdommer som allerede er i et behandlingsforløp.

E-læring

Denne funksjonaliteten kan ha varierende nytteverdi avhengig av hva som finnes på markedet og hvor lett dette kan samles på et sted. Den kan også være ganske krevende avhengig av hvilken forvaltningsmodell som velges, med tanke på godkjenning og oppdatering av e-læringsressurser. DIGI-UNG prosjektet følger med på Helsedirektoratets prosjekt om en "*mestringsportal mot angst og depresjon*", som vil være et viktig utgangspunkt.

Innspillene fra brukerne og tjenestetilbydere viser et ønske om selvhjelpsverktøy i spillformat med fokus på å øve i situasjoner for å skape trygghet (mobbing, grenser, rus, sex, m.m.). Det bør inkluderes elementer om stressmestring (gjerne i form av app), seksuell helse (positiv vinkling, støtte til undervisning), utdanningsvalg (konsekvenser) og grenser (forebygging av overgrep).

3. Konklusjoner

Konseptmodell

DIGI-UNG modellen foreslår et helhetlig, digitalt forløp som går fra en lavterskel-inngang med helsefremmende informasjonstjenester på nivå 1 (artikler, svartjeneste og søketjeneste) til forebyggende veiledningstjenester på nivå 2 (e-læring og chat) og individuell helsehjelp på nivå 3 (e-dialog inkludert videokonsultasjon, e-resept og timebestilling). Ung.no vil være hovedinngangen for modellen og sette rammer for brukeropplevelsen. Målet er å sikre helhetlige brukerreiser uavhengig av hvilke plattformer som ligger bak.

Overgang til planleggingsfase og smidig utvikling

Rapporten markerer slutten på prosjektets konseptfase. Det må nå settes i gang en planleggingsfase hvor blant annet eierskapet og forvaltningsansvaret for de ulike elementene i DIGI-UNG modellen må avklares. I forbindelse med planfasen bør prosjektet også vurdere hvor det er naturlig at nasjonale felleskomponenter utvikles. Planfasen skal også inkludere prototyper og testing av konsepter i mindre skala slik at gjennomføringsfasen kan gå på implementering i full skala. Brukerne skal involveres i alle ledd av utviklingsprosessen. Strategien for gjennomføringsfasen må være en smidig utvikling med høy grad av brukermedvirkning og tverrsektorielt samarbeid der evalueringer, erfaringsinnhenting og tilbakemeldinger fra målgruppen legges til grunn for neste utviklingstrinn.

Tilrettelegging for andre sektorer enn helse

En viktig forutsetning for DIGI-UNG modellen er at plattformen tilrettelegges for en god og sømløs brukeropplevelse på tvers av komponenter og tjenester, selv om disse er utviklet av forskjellige aktører. DIGI-UNGS tre-trinnsmodell og de ulike funksjonalitetene som foreslås vil være relevante for andre sektorer enn helse. Prosjektet vil også kunne dra nytte av flere tjenester og komponenter som utvikles i andre sektorer. DIGI-UNG plattformen må derfor være tilrettelagt for samhandling og utveksling av data med andre virksomheter. Videre

må de tjenestene som utvikles som APIer og moduler kunne benyttes utenfor helsesektoren (for eksempel tilbys som åpen kildekode).

Varig samarbeidsstruktur

Gitt prosjektets kompleksitet og omfang anbefales det å organisere prosjektet som et program. Det er uansett nødvendig å etablere et varig samarbeid og struktur for koordinering av drift, brukerinnsett og videreutvikling. 0-24 programmet kan benyttes som inngang for å forankre prosjektet i flere sektorer. DIGI-UNG prosjektet anbefaler en fleksibel og tverrsektoriell samarbeidsstruktur med involvering av brukerne, tjenestetilbyderne, leverandørmarkedet og forskningsmiljøene. Dette forutsetter at prosjektet forankres i et felles oppdragsbrev til Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Direktoratet for e-helse og at direktoratene avsetter personell til aktiviteten i 2019/2020.

Langsiktig finansieringsmodell

Videreføring av prosjektet i en gjennomføringsfase forutsetter at det bevilges midler til å dekke projektkostnadene, anskaffelse av komponenter og etablering av følgeforskning. Projektkostnadene for DIGI-UNG i 2018 er 5 MNOK og er innenfor dagens økonomiske rammer. I 2019 og påfølgende år har Direktoratet for e-helse grovestimert at implementeringen av DIGI-UNG vil koste ca. 165 MNOK fordelt over perioden 2019–2022. Implementeringen av DIGI-UNG modellen krever en helhetlig satsning og en langsiktig finansieringsmodell. I planleggingsfasen må prosjektet utrede alternative finansieringsmodeller som sikrer at kostnadene knyttet til drift og forvaltning blir ivaretatt på lik linje som investeringskostnadene.

Betydelige potensielle gevinster

Implementeringen av DIGI-UNG modellen forventes å gi vesentlige nytte- og kostnadsvirkninger som inkluderer synergier på tvers av sektorer, forebyggende effekter for ungdommer og effektivisering av både digitale og konvensjonelle helsetjenester. For å kunne synliggjøre disse effektene bør det gjennomføres en større samfunnsøkonomisk analyse av modellen. Et eksempel på kvantifiserbar gevinst er en kraftig reduksjon i antall "ikke møtt"-timer

i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom implementeringen av timebestillingsfunksjonen. Det estimeres at denne effekten vil kunne føre til en besparelse på 116 MNOK i løpet av 10 år.

Suksesskriterier for DIGI-UNG

- Felles oppdrag og langsiktig finansieringsmodell
- Fleksibel og tverrsektoriell samarbeidsstruktur
- Involvering av brukerne og tjenestetilbyderne
- Involvering av leverandørmarkedet
- Tett oppfølging av pågående piloteringer
- Følgeforskning for å måle effekt

Ungdomshelse i en digital verden

Utgitt

13. april 2018

Bestillingsnummer

IS-2719

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130

Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

Faks 24 16 30 01

Fotoillustrasjoner

Lisa Westgaard/Tinagent

Design

Itera as

Ikoner laget av Freepik hos

Flaticon, lisens Creative

Commons BY 3.0

Hftet kan bestilles hos

Helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

e-post trykksak@helsedir.no

Telefon 24 16 33 68

Faks 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillings-
nummer:

IS-2719

www.helsedirektoratet.no