

Rydder på testfeltet



TEKNODIREKTØRER Helseteknologiselskapet CheckWare vil støtte helseforetakene i å rydde opp på testfeltet. Men de går ikke etter om rettighetshaver har hatt et godt nok forskningsprosjekt for å finne ut om testen gjør det den sier at den skal gjøre, understreker administrerende direktør Heidi Blengsli Aabel og kundedirektør Frode Næss. Foto: CheckWare.

Helseteknologiselskapet CheckWare har rettigheter til 1200 tester, men vil ikke ha ansvar for faglig kvalitetssikring av dem. Lovisenberg sykehus har tatt jobben selv.

TEKST

Øystein Helmikstøl

PUBLISERT 1. mars 2021

EMNER Test- og kartleggingsverktøy

– Vi kjenner igjen beskrivelsene av utfordringene på testfeltet som Psykologtidsskriftet har omtalt.

Det sier Heidi Blengsli Aabel til Psykologtidsskriftet. Hun er administrerende direktør i helseteknologiselskapet CheckWare i Trondheim.

Dyster rapport får følger

Problemene i testfeltet er ikke nye. Fagfolk bekymrer seg spesielt over manglende kvalitetssikring av tester og uklare ansvarsforhold. Dette ble avdekket i januarutgaven, på bakgrunn av en fersk undersøkelse og beskrivelser fra sentrale psykologer.

I etterkant av Psykologtidsskriftets omtale av testfeltet har opposisjonen på Stortinget bedt helseministeren ta grep. Og helseforetakene skal nå gjennomgå testfeltet sammen med Helsedirektoratet.

Forretningsideen

CheckWare har siden oppstarten laget en programvare for å hente selvrapportert informasjon fra pasientene, som bidrag i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging av pasientene.

I tillegg til programvaren de har laget, begynte CheckWare samtidig å søke distribusjonsrettigheter til psykometriske tester, skjemaer og kartleggingsverktøy som blir brukt på psykisk helsefeltet, men også innenfor somatikken.

– *Hvorfor ble testrettigheter interessant for dere?*

– Når CheckWare skulle tilby de psykometriske testene gjennom programvaren, var det viktig å gjøre det på en seriøs måte. Det er knyttet til de problemstillingene som Psykologtidsskriftet har avdekket i artiklene om testfeltet. Det var utstrakt bruk av tester funnet på nettet, man brukte feil skåring, og man brukte oversettelser som ikke var godkjent av rettighetshavere.

CheckWare var ifølge Aabel nødt til å ha dette i orden når de skulle starte en virksomhet rundt det.

Kaotisk testfelt

- Kaos på testfeltet ble avdekket i Psykologtidsskriftets januarutgave, på bakgrunn av en fersk undersøkelse av psykologspesialist Tanya Ryder.
- Fagfolk er bekymret over manglende kvalitetssikring av tester og uklare ansvarsforhold.
- I Norge er det tilgjengelig et økende antall psykologiske tester, spørreskjemaer, sjekklister, intervjuer og kartleggingsverktøy som brukes i utredninger innenfor helse, utdanning og yrkesliv, ifølge den nye rapporten.

Vokser

CheckWare fikk nylig avtaler med både Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Midt-Norge. De har hatt avtale med Helse Vest siden 2014.

Inntrykket CheckWare har, ifølge administrerende direktør Aabel og kundedirektør Frode Næss, er at de regionale helseforetakene har inngått disse avtalene med et sterkt ønske om å rydde opp i bruk av test- og kartleggingsverktøy.

– De ønsker å bruke testene på en lovlig måte, de vil øke datasikkerheten, altså lagring og tilgang på dataene, og redusere tidsforbruket på skåringen og rapporteringen. I tillegg vil de samle og systematisere data om behandlingsforløpet slik at de kan forbedre og effektivisere pasientbehandlingen. Vi er en støttespiller som gir dem muligheten til å rydde opp, sier Aabel.

CheckWare

- 45 ansatte i Norge, England og Polen.
- 40 millioner kroner i omsetning.
- Helseteknologiselskapet ble etablert i 2007 av klinikere fra psykisk helsefeltet.
- Selger programvare og bruksrett til tester.
- Har selv digitale distribusjonsrettigheter til rundt 1200 tester.
- 320 000 pasienter har hittil brukt CheckWare.
- Selskapet vokser og satser nå i England og Sverige.

Problemene

CheckWare opplyser at testene de har digitalisert, til nå er brukt 4,6 millioner ganger av pasienter.

– Etter de ferske avtalene med de tre helseforetakene øker testbruken veldig, og jeg er helt overbevist om at årsaken er at man ønsker å rydde opp i bruken, sier Aabel.

– *Hva er det største problemet på testfeltet, mener dere?*

– Det er utfordringer knyttet til utstrakt bruk av kopiering av tester på kopimaskin, og uautoriserte oversettelser av internasjonale verktøy. Kunnskap om opphavsrett og distribusjonsrettigheter er nok også et stort problem, mener Aabel.

Direktør for kundeoppfølging og kundeleveranser Frode Næss mener den største utfordringen er tilgangen av informasjon på nettet som ikke har noe filter.

– Leksikonet ligger jo der, åpent. Uten advarsler om at du bør tenke deg om før du bruker noe av det. Vi er jo lommeleger alle sammen i dag, vi diagnostiserer oss selv, sier Næss.

Den samme tankegangen tror han gjelder for mange på testfeltet: Man bruker noe som ser brukbart ut, uten å sjekke så mye rundt det.

– Svært mange av dem som ønsker å bruke tester, har funnet en versjon på nettet, sier Næss.

Kvalitetssikring og ansvar

CheckWare ble omtalt i Psykologtidsskriftet i januar, noe som er bakgrunnen for at tidsskriftet har kontaktet selskapet nå. Spesialrådgiver og sekretær Mikael Julius

Sømhovd i Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen skrøt av arbeidet CheckWare har gjort på rettighetssiden.

Men:

– Fellen er at slike elektroniske systemer ikke garanterer kvalitet og validitet på noen som helst måte, advarte han.

Direktørene Aabel og Næss i CheckWare garanterer at kvaliteten og validiteten er slik som rettighetshaver har dokumentert.

– Men vi sier ikke at du bør bruke akkurat den eller den testen på for eksempel spiseforstyrrelser, sier Aabel.

– Er det ikke et dilemma for dere, og et problem, at dere har distribusjonsrett for tester som kanskje ikke holder faglig mål?

– Dette har aldri vært et problem. Kundene er veldig opplyst om feltet, det er jo de som er i fagmiljøene. De velger selv. Hvis det sitter 40 personer i et rom, så er det 60 ulike meninger om den faglige testkvaliteten, og vi går naturlig nok ikke inn i den dialogen, sier Næss.

– Noen vil si at dere fraskriver dere et ansvar. Burde dere ikke hatt en faggruppe internt hos dere som også sikrer faglig kvalitet på testene dere distribuerer i stadig større skala?

– Vi sikrer at måten vi digitaliserer testene på, er i henhold til rettighetshavers retningslinjer og dokumentasjon. Men vi går ikke etter om rettighetshaver har hatt et godt nok forskningsprosjekt for å finne ut om testen gjør det den sier at den skal gjøre, påpeker Aabel.

CheckWare har kontrakt med rundt 700 rettighetshavere. Selskapet digitaliserer ikke bare selve testskjemaet, men skåringene og algoritmene. Det sørger ansatte med mastere i psykologi for.

– Det er en forskjell på oss og andre tilbydere av tester. Vi har et opplegg og system for å kvalitetssikre at testene blir riktig skåret i henhold til rettighetshavers dokumentasjon. Men vi er ikke med og velger ut hvilke tester klinikerne bør bruke for kartlegging av for eksempel traumer.

– Men når dere tilbyr traumetester, kan det se ut til at dere også går god for dem?

– Ja, men jeg går ikke med på at vi ikke tar ansvar. Det er nok basert på misforståelser eller uvitenhet. De aller fleste av kundene våre har etablert faggrupper som skal sikre den faglige kvaliteten på testene. De kundene som ikke har en slik faggruppe, blir anbefalt det av oss. Når de har bestemt seg, finner vi de rette testversjonene og rettighetshaverne til testene, sier Aabel.

En del av kundene støtter seg også på de nasjonale kompetansesentrene, forteller hun.

M.I.N.I.

Tanya Ryders ferske gjennomgang av testfeltet i januarutgaven av Psykologtidsskriftet påpekte at blant annet gamle versjoner av M.I.N.I. må erstattes med nye, med inngåelse av en bruksavtale med David V. Sheehan, som av Ryder ble omtalt som rettighetsinnehaver.

Aabel og Næss i CheckWare påpeker skillet mellom *forfatter* og *rettighetsinnehaver*.

– Vi har en distribusjonsavtale på M.I.N.I. versjon 7.0 med rettighetsinnehaver, som nå er Nview. De har en avtale med forfatter Sheehan.

– *Er dere sikre på at dere ikke har distribuert gamle versjoner av M.I.N.I. som har vært uavklart på rettighetssiden?*

– Ja. Vi har brukt mye tid og ressurser på å gjennomgå dette på nytt de siste ukene. Forholdene rundt M.I.N.I. har vært spesielle, men vi har hatt alt om rettighetene på stell hele tiden. Vi har også hatt et tett samarbeid med Nview i flere måneder for å digitalisere denne testen, som er kjempestor og svært mye brukt.

LOVePROM

- LOVePROM står for Lovisenberg Electronic Patient Reported Outcome Measures.
- Utsendelse av spørreskjema via SMS gjøres automatisk i tråd med milepæler i pakkeforløpet.
- Feedback-skjema sendes i forkant av hvert oppmøte.
- Pasientene svarer hjemmefra på sin mobil eller pc.
- Når pasienten har besvart spørreskjemaene elektronisk, legger svarene seg i journal som en PDF i løpet av 5 minutter. Kliniker benytter svarene for å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient.
- Pasientenes svar inngår også i et kvalitetsregister som benyttes for å forbedre tjenesten
- Syv helseforetak i Helse Sør-Øst pluss Psykologisk institutt UiO ønsker å ta i bruk løsningen og er nå enige om å stille pasienter i poliklinisk behandling de samme spørsmålene ved oppstart og underveis i behandling.
- Lovisenberg deler løsningen kostnadsfritt til alle som vil bruke den.

«– Det som ville tatt meg
400 000 tastetrykk årlig, går nå
automatisk, har jeg regnet ut»

Even Halland, Lovisenberg sykehus



TILFELDIG TESTBRUK, FARVEL Ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo har psykolog og prosjektleder Even Halland de siste åtte årene jobbet med å lage et system for testpraksis: Bort fra papir og tilfeldig testbruk for godt. Foto: Nora Skjerdingsstad

Fra 400 000 tastetrykk til 0

Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo er en av dem som lengst har vært kunde av CheckWare.

Ved dette sykehuset har psykolog Even Halland de siste åtte årene vært oppslukt av målet om å fjerne papir- og tilfeldig testbruk for godt.

– Først og fremst har ønsket vært å lage et system som er til nytte for den enkelte behandler og den enkelte pasient, sier Halland til Psykologtidsskriftet.

Nå får systemet han har hatt ansvaret for å utvikle, mer oppmerksomhet, og foreløpig er syv sykehus i Helse Sør-Øst med i samarbeidet, i tillegg til Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

– Det som ville tatt meg 400 000 tastetrykk årlig, går nå automatisk, har jeg regnet ut. Over mange år har bruk av kartleggingsverktøy, tester og screening vært mye opp til klinikerne selv å administrere.

Den faglige ledelsen ved Lovisenberg distriktpsikiatriske senter (LDPS) har ifølge psykologspesialist og psykologfaglig rådgiver Harald Aasen kommet med henstillinger

om å avgrense bruken i tråd med anbefalinger i nasjonale retningslinjer. De har også referert til Psykologforeningens testutvalgs anbefalinger om forsvarlig testbruk, i tillegg til Helsebibliotekets oversikt.

– Men vi har ikke hatt noe system som har fulgt opp testpraksisen over tid, og vi har også erfart at anbefalinger gitt i nasjonale retningslinjer eller Helsebiblioteket ikke alltid har vært i tråd med kvalitetskrav og sikring av opphavsrett. Og selv om vi har inntrykk av at våre behandleres praksis stort sett har vært god, har vi også sett enkelte eksempler på uheldig testbruk, og bruk av feil tester som gir feil resultat, forteller Aasen.

Helsebibliotekets fagansvarlige for psykisk helsesidene Øystein Eiring har tidligere kommentert kritikken og har sagt at de verken ønsker eller har kapasitet til å være den instans som fortløpende gjennomgår validitet og en rekke andre kriterier per test.

Helsedirektoratet har sagt til Psykologtidsskriftet at de vil gjennomgå og sikre at kartleggingsverktøy hvor de allerede har trukket tilbake anbefalingen (for eksempel GAF), ikke anbefales i direktoratets retningslinjer.

Lovisenberg har før ikke hatt mulighet til å samle og bruke data som er samlet inn fra pasientene. Det har tidligere også vært en utfordring med lagring av råskårer fra ulike tester.

– Dette har vi nå gjort noe med på Lovisenberg. Vi har etablert et digitalt, nettbasert spørreskjemasystem der pasientene svarer på spørsmål til faste tidspunkt før, under og etter behandling, og svarene kommer rett inn i en rapport i journal i DIPS, samtidig som dataene også samles i et kvalitetsregister.

Aasen og Halland ved Lovisenberg mener man er nødt til å undersøke kvalitet på andre måter enn i dag for å få svar på om pasientene får god behandling. Deres erfaring er at etterlevelse av prosedyrer, retningslinjer og pakkeforløp er utilstrekkelig for å oppnå god behandlingskvalitet.

– Det har i mange år vært økende oppmerksomhet om ulike kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Dette handler som regel om at frister må holdes, prosedyrer må kodes, dokumenter må være på plass, og forskrifter og lover må følges. Men blir pasienten bedre? Er symptomene på psykiske plager og problemer endret? Opplever pasienten bedre relasjoner, meningsfulle aktiviteter og mer mestring? spør Aasen og Halland retorisk.

For å kunne svare på disse spørsmålene må man benytte kartleggingsverktøy av god kvalitet på en systematisk måte, mener de.



JUBLER Lovisenberg-modellen bør innføres i alle helseforetakene landet rundt, mener professor og fagavdelingsleder Ole André Solbakken ved klinisk psykologi på Psykologisk institutt i Oslo.
Foto: UiO.

«– Even Halland har gjort den jobben offentlige helsemyndigheter burde ha gjort for lengst»

**Ole André Solbakken,
Psykologisk institutt ved UiO**

Faglig kvalitetssikring

I tillegg til de faste spørreskjemaene som blant annet inneholder en generell symptomkartlegging, kan klinikerne snart velge ut andre kartleggingsinstrumenter som er mer skreddersydd for målgruppen de jobber med, for eksempel traumepasienter. Løsningen for dette blir innført ved Lovisenberg i løpet av våren.

– Forskjellen fra tidligere er at vi «forhåndsgodkjenner» bruken av det enkelte instrumentet med hensyn til faglig kvalitet, lisens til rettighetshavere og pris.

Lovisenberg har samarbeidet med CheckWare om utvikling av løsningen. De samarbeider også med flere andre sykehus i Helse Sør-Øst.

Ole André Solbakken er professor og fagavdelingsleder for klinisk psykologi ved Psykologisk institutt, UiO. Han leder arbeidsgruppen med ansvaret for forskningsdelen av samarbeidet og har blant annet vært involvert i arbeidet med den faglige kvaliteten på innholdet i Lovisenbergs såkalte Kjernebatteri, som er en samlet pakke med kartleggingsverktøy som er utviklet av Lovisenberg DPS i samarbeid med Psykologisk institutt (UiO) og alle sykehusene som inngår i samarbeidet.

– Vi har bestrebet oss på å finne instrumenter av høy kvalitet, som ikke har royalties knyttet til seg, og der vi vet at rettighetene er på stell, sier han

Solbakken sier videre at Lovisenberg-modellen, døpt LOVEPROM, er den første systematiske innføringen av effektevaluering, og at sykehuset vil være i stand til å snu skjevutvikling hos et betydelig antall pasienter.

– Jeg har snakket om behovet for rutinemessig oppfølging og kvalitetsvurdering i minst 15 år. Endelig kommer det. Jeg er villig til å vedde en del av lønna mi på at dette kommer til å løfte kvaliteten på behandlingen i hele Helse Sør-Øst. Even Halland har gjort den jobben offentlige helsemyndigheter burde ha gjort for lengst, mener Solbakken.

Solbakken mener at Lovisenberg-modellen bør innføres i alle helseforetakene landet rundt.

– I alle fall hvis det viser seg å være i nærheten av så effektivt som det ser ut hittil. Det fine er at behandleren ikke trenger å bruke så mye tid på dette for å få det til.

Med LOVEPROM mener Aasen at de er i ferd med å nå målet om et kartleggingssystem som er digitalt, hel-elektronisk, kvalitetssikret, integrert i journal og basert på pasientrapportering, i tillegg til å ikke stjele unødige mye tid fra klinikerne

– Det er også klinisk nyttig og kan brukes til kvalitetsregister og forskning. Vi er i ferd med å bevege oss vekk fra papir og tilfeldig testbruk for all fremtid.

Prosjektleder Even Halland oppsummerer prinsippene de jobber etter, slik:

– Vi skal ikke bruke klinikerne tid på å administrere skjema, men ha mer tid til pasienten. Det er læring og utvikling som er poenget, i motsetning til overvåking og kontroll. Systemet skal støtte opp under klinikers faglige autonomi til å velge den behandlingen som egner seg best i det enkelte pasientforløp.

Halland mener det er avgjørende at løsningen er skreddersydd på en klinikk, men at den enkelt kan tilpasses andre foretak med andre behov.

– Alle sykehus må finne løsninger for å kvalitetssikre kartleggingsverktøy og benytte disse på en klinisk meningsfull måte som ikke belaster behandlerne. Hvis flere helseforetak i Norge kan ha nytte av våre løsninger, så deler vi gjerne med flere, sier Halland.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 3, 2021, side 166-171

TEKST

Øystein Helmikstøl, journalist i Psykologtidsskriftet