



Telepsykiatri i Danmark – hvad ved vi fra udlandet?

Udenlandske erfaringer med anvendelse af videokonference i psykiatrien

Henning Voss

Dansk Sundhedsinstitut

Juni 2009

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-623-5 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2654

Design: DSI

Forord

Flere har peget på mulighederne ved brugen af telepsykiatri i Danmark. De konkrete danske erfaringer med telepsykiatri er dog begrænsede, og derfor ser vi i denne rapport på de udenlandske erfaringer med telepsykiatri. Formålet hermed er at bidrage til et bedre udgangspunkt for en drøftelse af brugen af telepsykiatri i Danmark.

Denne rapport er skrevet af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) for Danske Regioner og MedCom, der også har finansieret arbejdet. Rapportens forfatter er projektleder, cand.scient.pol. Henning Voss. Senior projektleder, cand.techn.soc. Jens Albæk har bidraget til rapportens udarbejdelse gennem en indledende forventningsafstemning med Danske Regioner og MedCom, herunder udarbejdelsen af en projektskitse.

Rapporten har gennemgået internt review ved vicedirektør, cand.rer.soc. Henrik Hauschildt Juhl. DSI vil gerne takke Danske Regioner og MedCom for værdifulde kommentarer givet under udarbejdelsen af rapporten.

Jes Søgaard
Direktør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Indledning og formål	13
2. Metode	15
3. Telepsykiatriens påvirkning af behandlingsresultater og brugertilfredshed	17
4. Tekniske, økonomiske og organisatoriske forudsætninger for telepsykiatri	19
4.1 Tekniske forudsætninger	19
4.2 Økonomiske forudsætninger	20
4.3 Organisatoriske forudsætninger	20
4.3.1 Imødegåelse af psykiaternes skepsis overfor telepsykiatri	21
4.3.2 Den gode implementering	22
4.3.3 Sikring af honorering	23
5. Hvordan kan telepsykiatri bruges i Danmark?	25
5.1 Balance mellem specialisering og nærhed	25
5.1.1 Telepsykiatrisk patientbehandling og samarbejde	26
5.1.2 Supervision og fjernundervisning	28
5.2 Speciallægemangel	30
Mindre spildtid på transport	31
5.2.1 Opgaveglidning	32
5.3 Shared Care mellem almen praksis og det øvrige psykiatriske behandlingssystem	34
6. Konklusion	37
Litteratur	39
Bilag A: Søgedokumentation	45

Resumé

Indledning

Den danske psykiatri står overfor en række væsentlige udfordringer, herunder:

- ◆ Hvordan kan kvaliteten og aktiviteten i psykiatrien fastholdes med stadig færre speciallæger?
- ◆ Hvordan forenes specialisering og nærhed?
- ◆ Hvordan kan Shared Care fungere i praksis?

Det primære formål med denne rapport er med baggrund i udenlandske erfaringer at beskrive, hvordan telepsykiatri kan bruges i dansk sammenhæng til at håndtere disse udfordringer. Derudover har rapporten til formål at undersøge, om de telepsykiatriske behandlingsresultater er forskellige fra tilsvarende traditionelle psykiatriske konsultationer og samtaler, der foregår mellem patient og behandler i samme rum og ansigt til ansigt (herefter ansigt til ansigt konsultationer). Endelig vil vi i rapporten på baggrund af de udenlandske erfaringer beskrive de tekniske, økonomiske og organisatoriske forudsætninger for telepsykiatri.

Telepsykiatri forstås som brugen af telemedicin i psykiatrien. Psykiatrien er et medicinsk speciale, hvor telemedicin er særligt anvendeligt, fordi den psykiatriske vurdering og behandling i højere grad afhænger af indsamling af patientens historier og observationer end af "hands on" undersøgelser. Telemedicin er en informations- og kommunikationsteknologi, der anvendes, når afstand opfattes som en kritisk faktor. I denne rapport afgrænses telepsykiatri til brugen af videokonference til patientbehandling, samarbejde og undervisning.

Metode

Med henblik på en beskrivelse af de udenlandske erfaringer ved brugen af telepsykiatri, har DSI's bibliotek gennemført en litteratursøgning i en række videnskabelige databaser. Søgningen gav mange fund. Efter fravalg af mindre relevant litteratur, har vi valgt at basere rapporten på 166 udenlandske artikler og rapporter om telepsykiatri.

Telepsykiatriens påvirkning af behandlingsresultater og brugertilfredshed

Der kan i den udenlandske litteratur ikke findes evidens for, at brugen af videokonference i psykiatrien påvirker behandlingsresultaterne negativt. Denne konklusion ligger i tråd med, at mange udenlandske studier påviser, at patienterne er godt tilfredse med telepsykiatri. De læger, der henviser til telepsykiatrisk patientbehandling, er ligeledes tilfredse med resultatet. De psykiatere, der forestår patientbehandlingen, er derimod ikke altid lige så tilfredse som patienterne og de henvisende læger. Der synes således blandt en del psykiatere at være en opfattelse af, at patientbehandling via videokonference er ringere end traditionelle ansigt til ansigt konsultationer – selv blandt nogle af de psykiatere, der har prøvet den telepsykiatriske patientbehandling.

Tekniske, organisatoriske og økonomiske forudsætninger for telepsykiatri

Den teknologiske udvikling har efterhånden medført, at teknikken i sig selv ikke udgør noget større problem. Der ligger dog en udfordring i at oplære brugerne i betjeningen af udstyret, og derfor er det vigtigt, at udstyret er nemt at betjene, og at der er adgang til teknisk support. Derudover rapporteres

der i litteraturen om gode erfaringer med udarbejdelsen af betjeningsvejledninger samt retningslinjer i forhold til, hvordan man skal agere foran et kamera.

Den internationale litteratur om økonomien i telepsykiatri giver ret forskellige indikationer. En del studier viser, at bestemte telepsykiatriske løsninger var en god idé rent økonomisk, mens andre løsninger ikke kunne dokumentere, at telepsykiatri medfører færre udgifter. Hovedparten af litteraturen er dog efterhånden forældet, idet teknologien bliver billigere og billigere. I forhold til en nutidig dansk kontekst er relevansen af den udenlandske litteratur vedrørende økonomien i telepsykiatri derfor begrænset. Det foreslås derfor, at man i stedet for at applicere resultaterne herfra laver en prospektiv business case for en given implementering af den konkrete telepsykiatriske løsning.

Den teknologiske udvikling har medført, at telepsykiatri teknisk set bliver stadig bedre og billigere, og samtidig er behandlingsresultaterne opnået ved telepsykiatrisk patientbehandling ikke ringere end ansigt til ansigt konsultationer. Alligevel er der i litteraturen en række eksempler på, at det ikke lykkedes at konsolidere et telepsykiatrisk projekt, idet det ikke er udbredt til en større skala, som det var planlagt. Forklaringen synes at være, at man mange steder har taget for let på de organisatoriske udfordringer, der er ved implementeringen af ny teknologi. Det forekommer let at betjene videokonferenceudstyr, og derfor synes der at være en tro på, at bare man gør teknologien tilgængelig for brugerne, så vil de helt af sig selv begynde at bruge telepsykiatri. Dette er en fejlagtig opfattelse, for indførelse af telepsykiatri kræver grundig planlægning og vedholdenhed i implementeringsprocessen. Ikke mindst er det vigtigt at forholde sig til psykiaternes udbredte skepsis overfor telepsykiatri. Selvom der ikke i litteraturen er evidens for, at telepsykiatri medfører dårligere behandlingsresultater, er bekymringen ikke desto mindre evident og bør tages alvorligt. Psykiaternes skepsis kan imødegås ved, at meningsdannere blandt psykiaterne går forrest i anvendelsen af telepsykiatri og eventuelt demonstrerer telepsykiatri til de øvrige psykiatere. Derudover er det vigtigt at integrere telepsykiatri i det samlede behandlingstilbud som én af flere mulige løsninger, så psykiaterne har mulighed for ud fra en konkret vurdering at fravælge telepsykiatri. Endelig er det vigtigt, at psykiaterne inddrages i implementeringsprocessen, så de er med til at definere krav til lokaler, udstyr, lysætning mv.

Udover imødegåelse af psykiaternes eventuelle skepsis overfor telepsykiatri, peges der i litteraturen på en række tiltag, som mere generelt handler om, hvordan implementering af telepsykiatri gennemføres på den mest hensigtsmæssige måde. Målsætningen er ikke alene at få teknologien etableret – men også at få brugerne til vedblivende at anvende den i hverdagen. For at sikre denne målsætning bør der etableres en vedvarende projektledelse, der bør ske en behovsafklaring, og brugerne bør inddrages i alle implementeringens faser. Personalet, der skal betjene udstyret, bør modtage oplæring og support, og der bør udarbejdes procedurer for booking og gennemførelse af telepsykiatriske sessioner. Derudover er det vigtigt, at patienterne sikres valgfrihed, dvs. at de som psykiaterne kan fravælge telepsykiatri. Endelig bør der skabes nem adgang til at henvise til telepsykiatri.

Det nævnes ofte i litteraturen, at telepsykiatriske projekter har svært ved at få rod fæste i daglig rutine, hvis ikke den deltagende specialist modtager honorar eller compensation.. Manglende honorering vil ligeledes være en organisatorisk udfordring i Danmark, hvor der ikke er aftaler for, hvordan telemedicinske (herunder telepsykiatriske) ydelser honoreres. Denne barriere må man forholde sig til og finde løsninger på.

Hvordan kan telepsykiatri bruges i Danmark?

USA, Australien, Canada, Norge og Finland er foregangslande i forhold til anvendelse af telepsykiatri. Fælles for disse lande er, at de alle har store yderområder, dvs. store geografiske områder med lav befolkningstæthed. Rationalet bag implementeringen af en overvejende del af de telepsykiatriske løsninger, vi har studeret, har da også været at sikre nem og hurtig adgang til psykiatrisk behandling for

befolkninger i yderområder. Selvom Danmark i sammenligning med de ovennævnte lande i mindre grad er præget af store tyndt befolkede yderområder, er afstand til det nærmeste behandlingstilbud i høj grad også på dagsordenen i den danske sundhedsdebat. Derfor kan ønsket om at etablere lokalt forankret adgang til psykiatrisk behandling tillige være et argument for indførelse af telepsykiatriske løsninger i Danmark. Men der kan også være andre og i Danmark måske væsentligere grunde til at indføre telepsykiatri, for som vi var inde på indledningsvist, peger erfaringerne fra udlandet på, at telepsykiatri kan bidrage til løsningen af tre væsentlige udfordringer som psykiatrien står overfor: 1) hvordan kan kvaliteten og aktiviteten i psykiatrien fastholdes med stadigt færre speciallæger? 2) hvordan forenes specialisering og nærhed og 3) hvordan kan Shared Care fungere i praksis? I det følgende vil vi diskutere, hvordan telepsykiatri kan være en del af løsningen på de tre udfordringer. Om end der er et samspil mellem de tre udfordringer diskuteres de hver for sig og vi starter med balancen mellem specialisering og nærhed.

Balance mellem specialisering og nærhed

Med opbygningen af en række regionale og nationale kompetencecentre udfordres balancen mellem specialisering i behandlingen og det nærhedsprincip, som kendetegner den danske decentralt opbyggede psykiatri. Derfor har en arbejdsgruppe under Danske Regioner udarbejdet en model, der skal sikre en fortsat specialisering, som hviler på de rette faglige kompetencer. Modellen indebærer, at den almenpsykiatriske afdeling og kompetencecentret involveres samarbejder om patientbehandlingen. Spørgsmålet er, hvordan dette kan ske i praksis.

Det vises i rapporten, at telepsykiatri kan være et relevant værktøj til at understøtte arbejdsgruppens anbefalinger. Denne konklusion drages med baggrund i den udenlandske litteratur, hvoraf det fremgår, at telepsykiatri anvendes i en række udenlandske cases til at sikre balancen mellem specialisering og nærhed. Et konkret eksempel herpå finder vi i Queensland, Australien. Her kobles psykiaterne fra et kompetencecenter på patientforløb, der varetages af forskellige faggrupper (psykologer, teamledere og socialarbejdere) i almenpsykiatrien. Videokonferencerne med psykiaterne bruges både til patientbehandling og til samarbejde med almenpsykiatrien. Hovedparten af patienterne forbliver i behandling i almenpsykiatrien gennem hele forløbet. Telepsykiatri har ikke medført en forøgelse i det samlede antal patienter, kompetencecentret er involveret i.

Speciallægemangel

Antallet af speciallæger i psykiatrien har været faldende siden 2005, og en samtidig stigning i aktiviteten har medført en række ubesatte stillinger i psykiatrien. På voksenområdet forventer Danske Regioner, at faldet vil tage til de næste ti år, således at antallet af speciallæger reduceres med 29 % – fra ca. 700 i 2009 til ca. 500 i 2020. Hvis antallet af patienter med psykiatriske lidelser antages ikke at falde de næste ti år, står psykiatrien altså over for en øget efterspørgsel pr. psykiater. Samtidig er det med indførelse af udrednings- og behandlingsgarantier på det psykiatriske område politisk vedtaget, at speciallægemanglen ikke må medføre øgede ventetider på psykiatrisk diagnose og behandling. Udmeldingerne fra ikke mindst Danske Regioner indikerer samtidig, at der er en politisk ambition om, at speciallægemanglen ikke må føre til dårligere kvalitet i diagnosticeringen og behandlingen af patienter med psykisk sygdom. Ambitionen er altså at udvikle psykiatrien til at anvende speciallægerne mere effektivt, så det faldende antal speciallæger ikke går ud over adgangen til eller kvaliteten i patientbehandlingen.

Den internationale litteratur indikerer, at telepsykiatri kan bidrage til mere effektiv anvendelse af speciallægerressourcer på to måder. For det første viser litteraturen, at telepsykiatri kan sikre, at speciallægerens spildtid på transport minimeres. Selvom afstandene er mindre i Danmark, må det formodes, at også speciallægerens transporttid er relevant i Danmark – ikke mindst i en fremtidig kontekst, hvor

telepsykiatri vil være et godt alternativ til lukning af behandlingssteder, når speciallægernes kapacitet mindskes. For det andet viser litteraturen, at telepsykiatri kan understøtte opgaveglidning. Danske Regioner peger således på, at opgaveglidning fra speciallæger til andre faggrupper i psykiatrien er et nøgleelement i opnåelsen af behandlingsgaranti i psykiatrien. Opgaveglidning handler i denne sammenhæng om at få psykiatriens yngre læger samt andre faggrupper (primært psykologer, herunder de nye specialpsykologer, og sygeplejersker) til at varetage opgaver, som speciallægen (psykiateren) varetager i dag. Derudover handler opgaveglidning i høj grad om at løse opgaven på lavest muligt specialiseringsniveau, dvs. fx i almenpsykiatrien, socialpsykiatrien eller blandt privatpraktiserende psykologer. Der er altså tale om en opgaveglidning på tværs af lokationer, og de faggrupper, der skal overtage opgaver fra psykiaterne, skal opbygge og ikke mindst vedligeholde de relevante faglige kompetencer. Opgaveglidning på tværs af lokationer kræver altså undervisning, supervision og i nogle situationer endog et integreret samarbejde om dele af det konkrete patientforløb. Telepsykiatri er derfor et instrument, der kan sikre den faglige kvalitet i opgaveglidningen på tværs af lokationer. Dette fremgår blandt andet af ovennævnte eksempel fra Queensland, hvor hovedparten af de patienter, der modtog telepsykiatrisk patientbehandling, forblev i almenpsykiatrien gennem hele patientforløbet og dermed synes telepsykiatri at have medført en aflastning af kompetencecentret.. Dette og øvrige eksempler fra den internationale litteratur illustrerer, at det med telepsykiatri som værktøj i høj grad er muligt at etablere løsninger, der på samme tid dels skaber balance mellem specialisering og nærhed og dels er arbejdskraftbesparende for psykiaterne. Selv om det altså er muligt at opnå begge dele, vil det naturligvis ikke ske af sig selv, for det afhænger af interventionsdesign. I en dansk kontekst, hvor der er speciallægemangel, vil det derfor være relevant at lægge vægt på, at telepsykiatriske interventioner designes til at have et tydeligt opgaveglidende element, der medfører, at psykiaterens arbejdsbelastning mindskes på sigt.

Shared Care mellem almen praksis og de øvrige psykiatriske behandlingssystemer

Den praktiserende læge er i større eller mindre grad involveret i behandlingen af den psykiatriske patient. Derfor har almen praksis brug for støtte til at behandle psykiatriske patienter, og her er Shared Care en oplagt løsningsmodel. Shared Care er en samlebetegnelse for nye samarbejdsmodeller, der bygger på en tydelig og aftalt opgavefordeling mellem psykiatrien, den praktiserende læge/speciallæge og fx kommunen. Den internationale litteratur giver flere eksempler på, hvordan telepsykiatri kan bruges til at understøtte Shared Care mellem almen praksis og psykiatrien. Telepsykiatri giver almen praksis adgang til et samarbejde med psykiatrien om den konkrete patientbehandling – et samarbejde ville være vanskeligt at etablere, hvis fx psykiatrien skulle møde op i almen praksis.

Konklusion

Når telepsykiatri trods gode behandlingsresultater ikke er mere udbredt, kan det skyldes, at man mange steder har taget for let på de organisatoriske udfordringer, der er ved implementeringen af ny teknologi. Såfremt disse organisatoriske udfordringer adresseres, er der til gengæld gode chancer for at få telepsykiatri til at blive en del af daglig praksis i psykiatrien. Men hvorfor skulle man indføre telepsykiatri i Danmark? Ønsket om at levere nem adgang til psykiatriske ydelser for borgere i store tyndt befolkede yderområder har ofte været årsagen til indførelse af telepsykiatri i udlandet. Selvom Danmark ikke er præget af store tyndt befolkede yderområder, er afstand til det nærmeste behandlingstilbud i høj grad også på dagsordenen i den danske sundhedsdebat. Derfor kan ønsket om at etablere lokalt forankret adgang til psykiatrisk behandling tillige være et argument for indførelse af telepsykiatriske løsninger i Danmark.. Men der kan også være andre og i Danmark måske væsentligere grunde til at indføre telepsykiatri.

Telepsykiatri bruges i udlandet til at binde højt specialiserede enheder sammen med psykiatriens basisniveau. Dette er netop ambitionen i Danske Regioners model for sikring af den rette balance mellem specialisering og nærhed. Derudover har telepsykiatri flere steder medført en mere effektiv udnyttelse af speciallægeressourcerne. Dette er sket, idet telepsykiatri medfører mindre spildtid i forbindelse med transport, og ikke mindst idet telepsykiatri understøtter opgaveglidning. Endelig bruges telepsykiatri nogle steder til at undersøge Shared Care mellem almen praksis og psykiatrien. De udenlandske erfaringer viser altså, at telepsykiatri på tre væsentlige områder ville kunne støtte bæredygtigheden i den danske psykiatri. Ved implementering af telepsykiatri i Danmark kan man lade sig inspirere af disse udenlandske erfaringer, men det er afgørende for succes, at implementeringen bygger på lokale behov og inddrager lokale brugere. Derudover bør der opstilles en prospektiv business case, der sammenholder omkostninger og gevinster i den konkrete implementering.

1. Indledning og formål

Psykiatri er et område, der beskæftiger sig med psykisk sygdom, dvs. sygelig adfærd og tanker. Psykiatrien kan inddeles i behandlings- og socialpsykiatrien. I behandlingspsykiatrien forebygges, diagnosticeres og behandles psykisk sygdom gennem stationære og ambulante kontakter. I socialpsykiatrien arbejdes der med at få sindslidendes hverdag til at hænge sammen.¹ I denne rapport fokuseres på behandlingspsykiatrien, hvor man skelner mellem voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Behandlingspsykiatrien varetages af landets fem regioner. Aktiviteten i behandlingspsykiatrien er steget 20 % på fem år (1), og samtidig er antallet af normerede psykiatriske sengeplader faldet med 20 % over de sidste 10 år. Der er altså sket en betydelig konvertering af stationær aktivitet til ambulante kontakter og sygesikringsbetalte ydelser ved privatpraktiserende psykologer og psykiatere (2). I 2007 var der 9.179 fuldtidsstillinger i behandlingspsykiatrien (1): psykiatere og andre læger (14 %), sygeplejersker (34 %), social og sundhedsassistenter samt andet plejepersonale (31 %), socialrådgivere samt pædagoger (7 %), psykologer (6 %), fysio- og ergoterapeuter (5 %) samt andet sundhedsfagligt personale (2 %).

Den danske behandlingspsykiatri står overfor en række udfordringer, og man kan blandt andet stille sig følgende tre spørgsmål:

- ◆ **Hvordan kan kvaliteten og aktiviteten i psykiatrien fastholdes med stadig færre speciallæger?** Antallet af speciallæger i psykiatrien har været faldende siden 2005 (2), og en samtidig stigning i aktiviteten har medført en række ubesatte stillinger i psykiatrien (3;4). Inden for voksenpsykiatrien forventer Danske Regioner, at faldet vil tage til de næste ti år, således at antallet af speciallæger reduceres med 29 % – fra ca. 700 i 2009 til ca. 500 i 2020 (2).
- ◆ **Hvordan forenes specialisering og nærhed?** Med opbygningen af en række regionale og nationale kompetencecentre udfordres balancen mellem specialisering i behandlingen og det nærhedsprincip, som kendetegner den decentralt opbyggede danske psykiatri (5).
- ◆ **Hvordan kan Shared Care fungere i praksis?** Den praktiserende læge er i større eller mindre grad involveret i behandlingen af den psykiatriske patient. Derfor har almen praksis brug for støtte til at behandle psykiatriske patienter, og her er Shared Care en oplagt løsningsmodel (6). Shared Care er en samlebetegnelse for nye samarbejdsmodeller, der bygger på en tydelig og aftalt opgavefordeling mellem psykiatrien, den praktiserende læge/speciallæge og fx kommunen (6).

Telepsykiatri kan være en del af svaret på de tre spørgsmål, der stilles ovenfor. Udenlandske erfaringer viser i hvert fald, at telepsykiatri er et godt værktøj til at modgå speciallægemangel, til at etablere en balance mellem specialisering og nærhed og til at understøtte Shared Care mellem primær og sekundær sektor. Det primære formål med denne rapport er med baggrund i de udenlandske erfaringer at diskutere, hvordan telepsykiatri kan bruges i dansk sammenhæng til at adressere de tre udfordringer (afsnit 5). Derudover har rapporten til formål at undersøge, om de telepsykiatriske behandlingsresultater er forskellige fra tilsvarende traditionelle psykiatriske konsultationer og samtaler, der foregår mellem patient og behandler i samme rum og ansigt til ansigt (herefter ansigt til ansigt konsultationer) (afsnit 3). Endeligt vil vi i rapporten på baggrund af de udenlandske erfaringer beskrive de tekniske, økonomiske og organisatoriske forudsætninger for telepsykiatri (afsnit 4).

¹ Fx gennem botilbud, væresteder, støtte- og kontaktpersonordninger og beskæftigelse. Med kommunalreformen har kommunerne overtaget myndigheden på det socialpsykiatriske område, og kommunerne har hjemtaget en del af de socialpsykiatriske botilbud.

Telepsykiatri forstås som brugen af telemedicin i psykiatrien. Psykiatrien er et medicinsk speciale, hvor telemedicin er særlig anvendelig, fordi den psykiatriske vurdering og behandling i højere grad afhænger af indsamling af patientens historier og observationer end af "hands on" undersøgelser (7). Men hvad er telemedicin? WHO definerede i 1997 telemedicin som en informations- og kommunikationsteknologi, der anvendes, når afstand opfattes som en kritisk faktor (8):

"The delivery of healthcare services, where distance is a critical factor, by healthcare professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information and diagnosis, treatment and prevention of diseases and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of healthcare providers, all in the interest of advancing health and communities."

Der findes en række forskellige informations- og kommunikationsteknologier, der kan anvendes til telepsykiatriske formål. I denne rapport afgrænses telepsykiatri dog til brugen af videokonference, og vi har fx ekskluderet teknologier som websites, sms og fjerndiagnosticering. Med mindre andet fremgår eksplicit i rapporten, bruger vi derfor begreberne telepsykiatri og videokonference som synonymmer. I forlængelse af WHO's definition vil vi derudover skelne mellem tre typer af telepsykiatri:²

1. **Telepsykiatrisk patientbehandling:** Her deltager patienten i videokonferencen med én eller flere behandlere. Formålet kan være forebyggelse, diagnosticering eller behandling.
2. **Telepsykiatrisk samarbejde:** Formålet med videokonferencen er samarbejde mellem de forskellige aktører, der deltager i behandlingen af psykiatriske patienter. Samarbejdet kan enten være generelt eller vedrøre bestemte patienter. Patienterne deltager ikke i videokonferencerne.
3. **Telepsykiatrisk undervisning:** Formålet med videokonferencen er at gennemføre fjernundervisning eller supervision. Målgruppen kan være almenpsykiatrien,³ socialpsykiatrien eller primær sektor, og undervisningen kan være enten emne- eller patientspecifikt. Patienterne deltager ikke i videokonferencerne.

I Danmark anvendes telepsykiatri så vidt vides kun tre steder rundt om i landet. På det københavnske behandlingscenter "Den Lille Prins" gennemføres telepsykiatrisk patientbehandling for bl.a. at sikre, at patienter med anden etnisk baggrund end dansk kan få psykiatrisk behandling på deres modersmål (10;11). Derudover bruges den telepsykiatrisk samarbejdsmodel indenfor børne- og ungdomspsykiatrien mellem forskellige lokationer i Region Sjælland (12). Endelig anvendes videokonference til telepsykiatrisk samarbejde og undervisning mellem behandlere i Region Midtjyllands Center for Spiseforstyrrelser mellem lokationerne i Herning og Risskov (13). De danske erfaringer med telepsykiatri dækker altså alle tre typer af telepsykiatri, men er alligevel begrænset til kun få og forholdsvis begrænsede løsninger.⁴ Derfor er der i denne rapport valgt at se på de udenlandske erfaringer med telepsykiatri for derigennem at diskutere, hvorvidt telepsykiatri med fordel kunne finde øget anvendelse i Danmark.

² Det bemærkes, at vi i dette notat ikke har inkluderet telepsykiatrisk forskning og evaluering, dvs. brugen af videokonference til rent forsknings- eller evalueringsmæssige formål.

³ Almenpsykiatrien defineres af Danske Regioner som: "Sygehusbehandling i både senge- og distriktspsykiatrien, der ikke er specialiseret" (9).

⁴ Udover de tre omtalte løsninger, er der en telemedicinsk løsning, hvor alkoholikere på Ærø og Langeland tilbydes telemedicinsk patientbehandling (alkoholbehandling) (14). Når den ikke er nævnt som et dansk eksempel på telepsykiatri, er det fordi alkoholbehandling ikke er organiseret i psykiatrien i Danmark. Når eksemplet så alligevel har en vis relevans, er det fordi, telealkoholbehandling betegnes som en del af telepsykiatri i den internationale litteratur – jf. fx (15;16).

2. Metode

Med henblik på en beskrivelse af de udenlandske erfaringer ved brugen af telepsykiatri, har DSI's bibliotek primo april 2009 gennemført en litteratursøgning i følgende databaser: PubMed, PsycInfo, Embase, SveMed, Cochrane, CRD-databasen i York, Telemedicine Information Exchange, Norwegian Centre for Telemedicine, DSI-basen og Google Scholar.

Der er anvendt forskellige kombinationer af følgende nøgleord: "Telemedicine", "Psychiatry", "Videoconferencing", "Telemental health", "Telepsychiatry", "Telemedicine/organization and administration", "Telemedicine/utilization" og "Mental Health Services", samt for den svenske database: "Telepsykiatri", "Psykiatri+telemedicin", "Videokonferenser".

Eksempelvis gav kombinationen "Telemedicine" og "Psychiatry" 292 referencer i PubMed og kombinationen "Videoconferencing" og "Psychiatry" gav 25 referencer i PubMed. Der blev i litteratursøgningen lagt vægt på de organisatoriske aspekter af telepsykiatri samt på at finde eksempler på, hvordan telepsykiatri anvendes i praksis. Med hensyn til de behandlingsmæssige resultater af telepsykiatri valgte vi at afgrænse søgningen til metastudier. Vi fandt to metastudier (17;18), der omhandler telepsykiatri, og disse suppleres af et metastudie, der mere generelt omhandler telemedicinens påvirkning af lægepatientforholdet (18). Jævnfør i øvrigt bilag A for mere detaljeret information om litteratursøgningen.

Det bør bemærkes, at rammerne for projektet ikke tillod en grundig og systematisk litteratursøgning, og derfor kan der være relevant litteratur, som vi ikke har fundet gennem vores søgning. Gennem vores initiale litteratursøgning udvalgte vi i alt 60 referencer – primært kortere videnskabelige artikler, men også nogle større rapporter. Efter en gennemgang af dette materiale – herunder ikke mindst litteraturlisterne – har vi herefter bestilt yderligere 106 artikler. Til grund for denne rapport ligger altså i alt 166 udenlandske artikler og rapporter om brugen af telepsykiatri. Iblandt disse artikler var et antal generelle artikler om telemedicin – primært om organisatoriske forudsætninger for implementering af telemedicin, som vurderes ligeledes at være relevant i en telepsykiatrisk kontekst. Efter en gennemlæsning af disse artikler har vi fravagt 83 referencer, således at vi i denne rapport inddrager 83 udenlandske artikler og rapporter. Dette fravalg er ikke mindst sket under hensyntagen til rammerne for rapporten. Udover disse 83 udenlandske referencer er der anvendt 17 danske referencer. Sammenlagt er derfor i alt 100 referencer i rapportens litteraturliste.

I den udvalgte litteratur omtales erfaringer med telepsykiatri indenfor både voksen- og børnepsykiatri. De to områder beskrives samlet i rapporten, dvs. med mindre vi gør eksplicit opmærksom på eventuelle forskelle mellem de to områder, så er det vores vurdering, at beskrivelsen gælder for både voksen- og børnepsykiatri. Langt hovedparten af den udenlandske litteratur, der er fundet, har fokus på telepsykiatrisk patientbehandling. Den udenlandske litteratur, vi har fundet, er derimod mindre optaget af telepsykiatrisk samarbejde eller undervisning. Dette har betydning for den vægtning, de tre telepsykiatriske typer får i rapporten. I det kommende afsnit 3 vil vi således alene fokusere på telepsykiatrisk patientbehandlings påvirkning.

3. Telepsykiatriens påvirkning af behandlingsresultater og brugertilfredshed

I diagnosticeringen og behandlingen af psykiatriske patienter indgår samtaler med patienten som et centralt element. Disse samtaler foregår traditionelt ansigt til ansigt mellem patienten og behandleren, dvs. patient og behandler befinder sig i samme rum, mens de taler sammen (herefter ansigt til ansigt konsultationer). I telepsykiatrien udnyttes det, at man kan bruge videokonference til at muliggøre en samtale mellem patient og behandler, der ikke befinder sig på samme geografiske sted, og som derfor ikke kan være i rum sammen. Men hvordan påvirkes de kliniske behandlingsresultater af, at ansigt til ansigt konsultationer erstattes af samtaler via videokonference? Den intuitive forestilling, som også præger diskussionerne om emnet i litteraturen (19-22), er, at videokonference er dårligere end ansigt til ansigt konsultationer, idet der tabes informationer og fortrolighed ved, at man ikke er i rum med hinanden.

Der er imidlertid ikke evidens for, at videokonference i psykiatrien påvirker behandlingsresultaterne negativt. I en metaanalyse fra 2005 er konklusionen (17), at der ved telepsykiatrisk patientbehandling opnås samme behandlingsmæssige resultater som ved ansigt til ansigt konsultationer. Denne konklusion baseres på 14 studier, som alle opfylder inklusionskriterierne, men som i øvrigt varierer en del. Der er dels variation i forhold til, med hvilken metode telepsykiatri og ansigt til ansigt er blevet sammenlignet, idet nogle studier anvender objektive mål, mens andre anvender subjektive mål (tilfredshed). Der er derudover variation i forhold til, om det er indlagte eller ambulante patienter, hvilke diagnoser patientbehandlingen vedrører samt patienternes alder. I en anden metaanalyse fra 2007 (16) fandt man tillige 14 brugbare⁵ studier af de behandlingsmæssige effekter ved brugen af videokonference i psykiatrien. Der er kun et begrænset overlap mellem de to metaanalyser, idet kun tre studier er inkluderet i begge analyser. I metaanalysen fra 2007 fandtes der heller ikke negativ behandlingsmæssig effekt ved brugen af videokonference sammenlignet med ansigt til ansigt konsultationer. Selvom forfatterne til de to metaanalyser metodisk set ikke var fuldt ud tilfredse med de udvalgte studier,⁶ kan vi konkludere, at der ikke foreligger dokumentation for, at brug af videokonference i psykiatrien er ringere behandlingsmæssigt end ansigt til ansigt samtaler. Denne konklusion underbygger konklusionen af en metaanalyse, som ser på telemedicin generelt, men som til gengæld har specifik fokus på læge-patient kommunikationen. Denne metaanalyse viser, at telemedicin i 80 % af tilfældene er mindst lige så god eller sågar bedre end ansigt til ansigt konsultationer til at sikre læge-patient kommunikationen (18).

Der er altså ikke evidens for, at man ved brug af videokonference opnår dårligere behandlingsmæssige resultater end ved ansigt til ansigt konsultationer. Denne konklusion ligger i tråd med udenlandske studier af brugernes tilfredshed med telepsykiatri. Brugere af telepsykiatrisk patientbehandling kan inddeles i tre grupper: 1) patienterne, 2) den henvisende læge og 3) den behandlende læge. Der er klart flest studier vedrørende patienternes tilfredshed. Under litteratursøgningen til denne rapport (jf.

⁵ Man fandt i alt 26 videokonferencestudier, heraf var kun de 20 metodisk set gode nok til, at metaanalysens forfattere konkluderede på studierne. Seks af disse 20 studier indeholdt alene økonomiske analyser. 11 af studierne indeholdt alene behandlingsmæssige analyser, mens tre af dem indeholdt både behandlingsmæssige og økonomiske analyser. Der var altså i alt 14 brugbare studier, hvor spørgsmålet om behandlingsmæssig effekt indgik. Der er kun tre studier, der går igen på tværs af de to omtalte metastudier.

⁶ Ikke alle var fx randomiserede kontrollerede studier.

afsnit 2) fandt vi i alt 15 artikler, der har undersøgt patienternes tilfredshed med telepsykiatri.⁷ De fire af artiklerne er metaanalyser fra hhv. 2000 (23), 2003 (24), 2005 (17) og 2006 (25), og omend forfatterne til disse metaanalyser noterer, at den metodiske kvalitet i en del af de undersøgte studier er lav,⁸ så er konklusionen på tværs af de fire metaanalyser, at de mange undersøgte studier entydigt viser, at patienterne er godt tilfredse med telepsykiatri. De 11 resterende artikler er enkeltstudier indenfor hhv. børne- og ungdomspsykiatrien (26-28) og voksenpsykiatrien (15;29-35) og viser ligeledes med svingende metodisk overbevisning, at patienternes tilfredshed med telepsykiatri er høj.

Vi har fundet fire studier, der rapporterer graden af tilfredshed med telepsykiatri hos den henvisende læge. I alle fire studier har henvisende læger været tilfreds med telepsykiatri (30-32;36). I et studie fra Seattle vedrørende børne- og ungdomspsykiatrisk videokonference rapporteres dog, at tilfredsheden er større hos de praktiserende læger end hos børnelægerne (36). Vi har fundet tre studier, der undersøger de behandlende lægers tilfredshed med telepsykiatri. Resultaterne er blandede. Den ene artikel er en metaanalyse fra 2005, hvoraf det fremgår, at de behandlende lægers tilfredshed med videokonference er høj (17). Det andet studie er fra en konkret afprøvning i Finland og viser, at omend de psykiatriske speciallægers tilfredshed var høj, så lykkedes det ikke at udbrede løsningen til en større kreds af psykiatere (37). Et andet studie rapporterer fra et projekt i Australien, der viser, at 87 % af de deltagende psykiatere mente, at videokonference muliggør tilfredsstillende behandling, men kun 16 % af dem mente, at videokonference giver lige så tilfredsstillende resultater som ansigt til ansigt konsultationer (38).

Samlet set viser den internationale litteratur, at telepsykiatri giver gode behandlingsresultater og at ikke mindst patienterne er særdeles tilfredse med telepsykiatri. Ikke desto mindre synes der blandt en del psykiatere at være en opfattelse af, at patientbehandling via videokonference er ringere end ansigt til ansigt konsultationer – selv blandt nogle af de psykiatere, der har prøvet den telepsykiatriske patientbehandling.

⁷ Men nærmere gennemlæsning af litteraturen på området viser, at der kun er tale om en mindre andel af den samlede litteratur, der beskæftiger sig med patienternes tilfredshed med telepsykiatri. Vi har altså ikke lavet en systematisk gennemgang af litteraturen.

⁸ Nogle af de undersøgte studier indeholder fx kun få respondenter og de fleste er ikke randomiserede, kontrollerede studier.

4. Tekniske, økonomiske og organisatoriske forudsætninger for telepsykiatri

I dette afsnit vil vi på baggrund af den udenlandske litteratur drøfte de tekniske, økonomiske og organisatoriske forudsætninger for telepsykiatri. Den udenlandske litteratur, der belyser de tre forudsætninger, er generelt præget af at være erfaringsbaserede vurderinger snarere end egentlig evidensbaseret.

4.1 Tekniske forudsætninger

Vi fandt en del artikler, der kommer ind på de tekniske forudsætninger for telepsykiatri (15;25;29-32; 39-42). På tværs af disse kilder kan det konkluderes, at den teknologiske udvikling efterhånden har medført, at teknikken i sig selv i stadig mindre grad udgør et problem for implementeringen af telepsykiatri. Litteraturen viser fx, at en båndbredde på mere end 384 kilobit pr. sekund (KBS) er tilstrækkelig for at opnå gode resultater med telepsykiatri (39;42;43). I Danmark vil videokonference til sundhedsbrug typisk køre gennem MedCom's sundhedsdatanet, når videokonferencen enten er tværsektoriel (fx region/kommune eller region/speciallægepraksis) eller tværregional. En del af det telepsykiatriske potentiale vil således ikke belaste sundhedsdatanettet, men foregå internt i det enkelte regionsnet. MedCom oplyser, at sundhedsdatanettet i det nuværende setup afhænger af den af brugeren oplevede kapacitet af: 1) kapacitet i eget lokalnet, 2) størrelsen på organisationens lokale sundhedsdatanet router, 3) størrelse og belastning af Internetforbindelsen, 4) den centrale sundhedsdatanet router. Selv ved høj båndbredde kan der dog ved videokonference over internettet være problemer med synkronisering mellem billede og lyd. Årsagen er, at båndbredden ofte deles mellem mange forskellige brugere på internettet. Problemerne kan løses gennem quality of service (QoS), dvs. at en tilstrækkelig del af båndbredden prioriteres til videokonferencesessionen (43). For nærværende er det ikke muligt at prioritere trafikken på det danske sundhedsdatanet gennem QoS, men MedCom oplyser, at funktionaliteten indbygges i en kommende version af sundhedsdatanettet. Alle regioner har pr. 1/7-2009 etableret faste 100 mbit/sekund forbindelser til sundhedsdatanettets knudepunkt, der samtidig opgraderes til tilsvarende kapacitet.

Hvilket videokonferenceudstyr, der bør anvendes, er i høj grad afhængig af situationsbestemte behov. American Telemedicine Association har på deres hjemmeside⁹ en "Telemedicine buyers guide", der kan bruges til at afdække disse behov. Generelt bliver videokonferenceudstyr stadig billigere og bedre (40; 44). Selv de helt billige webcams er efterhånden af god kvalitet, og vi har fundet en enkelt artikel vedrørende brug af webcams til telepsykiatrisk patientbehandling. Studiet er fra Colorado, USA, offentliggjort i 2008 og omhandler telepsykiatrisk hjemmebehandling af misbrugere, og her havde man gode erfaringer med brugen af webcams (45). Webcams kan også være relevant i en dansk telepsykiatrisk kontekst til brugere, som ikke vil have særligt mange årlige videokonferencesessioner, og som derfor ikke har tilstrækkelig tilskyndelse til at investere i dyrere udstyr. Almen praksis er et oplagt område, hvor webcams kunne være en mulighed, der bør undersøges nærmere. Hvorvidt kvaliteten er tilfredsstillende er for usikkert at udtale sig om på baggrund af et enkelt studie, men MedCom oplyser, at de har planlagt at foretage afprøvning af kvaliteten ved brugen af webcams via sundhedsdatanettet.

Som nævnt har den teknologiske udvikling efterhånden medført, at teknikken i sig selv ikke udgør noget større problem. Der ligger dog en udfordring i at oplære brugerne i betjeningen af udstyret, og

⁹ www.americantelemed.org

derfor er det vigtigt, at udstyret er nemt at betjene, og at der er adgang til teknisk support (42). Derudover rapporteres der i litteraturen om gode erfaringer med udarbejdelsen af betjeningsvejledninger og retningslinjer i forhold til, hvordan man skal agere foran et kamera – fx korrekt kropstilling, undgå hurtige bevægelser mv. (25;42).

4.2 Økonomiske forudsætninger

Vi har fundet en del artikler, der analyserer den økonomiske side af telepsykiatrien, dvs. som ser på om, og i givet fald hvornår telepsykiatri giver lavere omkostninger. I blandt denne litteratur har vi fundet to metaanalyser. I en metaanalyse fra 2003 blev der analyseret 12 omkostningsstudier fra perioden 1956 til 2002 (46). Mens tre af studierne konkluderer, at telepsykiatri ikke viste sig at være økonomisk bæredygtig, viste de ni øvrige studier, at telepsykiatri giver økonomisk overskud (46). I en metaanalyse fra 2004 blev der ligeledes analyseret 12 omkostningsstudier, men der var kun et delvist overlap i forhold til metaanalysen fra 2003, idet der kun er fire gengangere (43). Af metaanalysen fra 2004 fremgår det, at fire studier ser på omkostningerne fra et patientperspektiv, og i alle fire studier giver telepsykiatri overskud for patienten (43). I syv af de identificerede studier sammenlignes behandlingssystemets omkostninger ved telepsykiatri med omkostningerne ved ansigt til ansigt samtaler. Her er resultatet mere blandet: tre studier viser, at telepsykiatri er billigst, et studie viser, at telepsykiatri har samme omkostninger som ansigt til ansigt konsultationer, og i tre af studierne er konklusionen, at ansigt til ansigt konsultationer er billigere (43). Metaanalysen viser, at tre af studierne afrapporterer et break-even, dvs. det antal konsultationer der skal opnås, før telepsykiatri giver overskud. Et studie fra Norge (1998) viser, at hvis alternativet er en rejse på 300 km., så er der break-even ved 34 konsultationer. Det andet studie fra USA viser et meget højt break-even på 390 konsultationer pr. år, og i et tredje studie fra Canada (2001) kommer de samme forfattere frem til et tilsvarende break-even på 350 konsultationer pr. år (43).

Det fremgår, at der er stor spredning på resultaterne på break-even beregningerne, og beregningerne vurderes i høj grad at være kontekstafhængig. Derudover er der gået omtrent ti år siden disse tre break-even beregninger er blevet lavet, og siden da er prisen på videokonferenceudstyr faldet markant (40;44). I forhold til en nutidig dansk kontekst er relevansen af disse break-even beregninger derfor begrænset. Det foreslås derfor, at man i stedet for at applicere resultaterne herfra laver en prospektiv business case for en given implementering af den konkrete telepsykiatriske løsning.

4.3 Organisatoriske forudsætninger

I afsnit 4.1 og 4.2 så vi, at den teknologiske udvikling har medført, at telepsykiatri bliver stadig bedre og billigere. Derudover så vi i afsnit 3, at de behandlingsmæssige resultater opnået via telepsykiatri kan måle sig med ansigt til ansigt konsultationer, og at ikke mindst patienterne er meget tilfredse med telepsykiatri. Alligevel er der i litteraturen en række eksempler på, at det ikke lykkedes at konsolidere et telepsykiatrisk projekt, idet det ikke er udbredt til en større skala, som det var planlagt (21;25;30; 42-44;47-52). Forklaringen synes at være, at man mange steder har taget for let på de organisatoriske udfordringer, der er ved implementeringen af ny teknologi (53). Det forekommer let at betjene videokonferenceudstyr, og derfor synes der blandt sundhedsvæsnets ledere at være en tro på, at bare man gør teknologien tilgængelig for brugerne, så vil de helt af sig selv begynde at bruge telepsykiatri. Dette er en fejlagtig opfattelse, for indførelse af telepsykiatri kræver grundig planlægning og vedholdenhed i implementeringsprocessen (53). Der er ikke mindst en række organisatoriske forudsætninger, der skal adresseres. For at skabe overblik over disse forudsætninger, har vi valgt at inddele dem i tre hovedemner: 1) imødegåelse af psykiaternes skepsis overfor telepsykiatri, 2) den gode implementering og 3) sikring af honorering.

4.3.1 *Imødegåelse af psykiaternes skepsis overfor telepsykiatri*

Det er ikke ualmindeligt, at psykiatere (og andre fagfolk i psykiatrien) er skeptiske over for telepsykiatri (25;42;47;52). Denne skepsis handler ikke mindst om, hvad telepsykiatri gør ved læge-patient relationen (17;19;21;47;47). Selvom der ikke i litteraturen er evidens for, at telepsykiatri medfører dårlige behandlingsresultater,¹⁰ er bekymringen ikke desto mindre evident og bør tages alvorligt. Psykiaterne vurderes at være den mest centrale stakeholder for udbredelsen af telepsykiatri, for uden opbakning hos de psykiatere, der skal udføre den telepsykiatriske konsultation,¹¹ vil telepsykiatri have meget vanskelige vilkår (47). Derfor vurderes imødegåelse af psykiaternes skepsis overfor telepsykiatri som den største organisatoriske forudsætning for implementering af telepsykiatri. Med andre ord er "the human factor" det, der afgør, om man får succes (47;53;54). Der peges i litteraturen på en række tiltag, der kan anvendes for at overkomme "the human factor", dvs. at få psykiaterne til at bruge telepsykiatri:

- ◆ **Meningsdannere går forrest:** Uformel lederskab blandt meningsdannere indenfor psykiatrien har vist sig at være fremmende for udbredelsen af telepsykiatri. Det er altså givtigt, hvis en psykiater, som nyder høj faglig eller social anseelse blandt kollegaerne, går forrest i forbindelse med ibrugtagningen af telepsykiatri, for så følger de andre kollegaer oftere trop end ellers (53;55).
- ◆ **Demonstration:** Det har nogle steder vist sig som givtigt for adaptationsprocessen, at potentielle psykiatere får demonstreret, hvordan telepsykiatri fungerer i praksis, for derved bliver disse psykiaters forestillinger om telepsykiatri konfronteret med et reelt empirisk billede af telepsykiatri (56-58).
- ◆ **Integrer telepsykiatri i det samlede behandlingstilbud som én af flere mulige løsninger:** Der kan være situationer, hvor telepsykiatri ikke er det oplagte valg (fx hos patienter med paranoia, vrangforestillinger eller nedsat hørelse). Derfor kan det være hensigtsmæssigt, at psykiateren har mulighed for at vælge mellem fx telepsykiatri og ansigt til ansigt konsultationer, alt efter hvilken form der er mest hensigtsmæssig i den givne situation (42). Det er nemmere at få psykiatere til at give tilsagn om deltagelse i en telepsykiatrisk patientbehandling, når de til enhver tid ud fra en konkret bedømmelse kan vælge ansigt til ansigt konsultationer for en given patient. En sådan valgfrihed vil også give psykiateren mulighed for at starte konservativt ud, dvs. at prøve sig lidt frem med de mest oplagte patienter. Psykiateren får altså selv lov til at styre tempoet og opnår mere og mere tryghed med den nye teknologi (42). Når telepsykiatri gøres til én af flere løsninger, kan dette bedst ske ved, at telepsykiatri bliver til en integreret del af det samlede psykiatriske behandlingstilbud, hvilket også viser sig at være en fordel, for det kan bidrage til at sikre den langsigtede udbredelse af telepsykiatri (29).
- ◆ **Telepsykiatri må ikke virke forstyrrede ift. kerneydelsen:** I en interessant artikel fra England analyseres årsagerne til, at en telepsykiatrisk løsning blev afvist af psykiaterne (52). I artiklen opereres der med et meget bredt teknologibegreb, og det klassiske ansigt til ansigt psykiatriske interview anses som en teknologi, som psykiaterne er vant til og har gode erfaringer med. Når de så tilbydes en ny teknologi (videokonference), som lægges hen over den gamle teknologi (psykiatrisk interview), så vil den nye teknologi blive afvist, såfremt den gamle teknologi påvirkes for meget. Der skal altså arbejdes på at skabe rammer, der medfører, at videokonferencen i så lille grad som muligt opleves som forstyrrende ift. kernen – det psykiatriske interview. Udover at give psykiaterne valgfrihed og mulighed for at vænne sig til den nye teknologi (jf. ovenfor) er det derfor vigtigt, at psykiaterne inddrages i implementeringsprocessen, så de fx er med til at definere krav til

¹⁰ Jf. afsnit 3.

¹¹ Eller andre faggrupper: Det vil oftest – men muligvis ikke altid - være en speciallæge i psykiatri, der gennemfører den telepsykiatriske patientbehandling.

lokaler, udstyr, lyssætning mv. (43). Det er fx vigtigt, at psykiateren inddrages i vurderingen af, om webcam opfylder vedkommendes kvalitetskrav i forhold til, om der så kan gennemføres betryggende videokonferencer. Derudover er der nogle steder gode erfaringer med at opfordre psykiaterne til under den telepsykiatriske session at have en backupplan, såfremt der sker en teknisk forstyrrelse, eller patientens tilstand udvikler sig i en uventet retning (42). Backupplanen kan fx være, at psykiateren kan hidkalde personale fra det sted, hvor patienten befinder sig fysisk – fx en sygeplejerske der i forvejen kender patienten.

- ◆ **Lokaleplacering:** Det er vigtigt, at psykiateren har nem adgang til videokonferencelokalet, for hvis han fx skal forlade sit arbejdssted for at opsøge lokalet, så har det vist sig at være en barriere – ikke mindst hvis alternativet er, at patienterne ellers opsøger ham på sit arbejdssted (42).

4.3.2 Den gode implementering

Udover de ovenfor nævnte tiltag, der kan imødegå psykiaternes eventuelle skepsis overfor telepsykiatri, peges der i litteraturen på en række tiltag, som mere generelt handler om, hvordan implementering af ny teknologi gennemføres på den mest hensigtsmæssige måde. Målsætningen er ikke alene at få teknologien etableret – men også at få brugerne til vedblivende at anvende den i hverdagen. Derfor bør følgende efterstræbes:

- ◆ **Vedvarende projektledelse:** Der bør etableres en projektledelse og styring, der sikrer en grundigt forberedt og ikke mindst vedvarende implementeringsindsats. Projekt- og styregruppe bør sammensættes, så der kan sikres bred og vedvarende opbakning fra en række stakeholders: patienter, pårørende, klinikere, teknikere, administratorer samt politiske beslutningstagere (42).
- ◆ **Behovsafklaring og brugerinddragelse og engagement:** Det kan være vigtigt for implementeringen, at der forud for implementeringen gennemføres en behovsafklaring – hvad vil vi gerne opnå, og hvorfor mener vi, at telepsykiatri kan bidrage i denne forbindelse? Nogle studier påpeger, at det er vigtigt, at brugerne inddrages i denne behovsafklaring. Projektet skal altså være drevet af brugernes behov – ikke af teknologiens muligheder. Dette brugerbehov skal ydermere være bredt accepteret blandt brugerne og ikke kun hos enkelte personer (55). Om end psykiaterne anses som den mest kritiske bruger – jf. afsnit 4.3.1 – bør de øvrige brugere (andre klinikere samt patienter) ligeledes inddrages – og ikke kun i behovsafklaringen, men ligeledes i planlægningen, implementeringen samt den løbende evaluering af implementeringen (42;43;53;59). Når brugerinddragelse ikke mindst er vigtig i behovsafklaringen, er det fordi, det er vigtigt med engagerede brugere, som tror på telepsykiatri som en løsning på de behov, der er deres område (53). Man bør altså starte implementeringen af telepsykiatri de steder, hvor brugerne nedefra selv har erkendt behovet for telepsykiatri – ikke de steder hvor man udefra eller evt. oppefra har fundet ud af, at der er et behov (53). Det betyder omvendt ikke, at man så bare skal sætte sig tilbage og vente på, at brugerne selv kommer på idéen, for som nævnt ovenfor er der en vis tilbageholdenhed fra især psykiaterne i forhold til telepsykiatri. I stedet bør brugerne udfordres på deres behov og introduceres til telepsykiatri som en mulig løsning. Her er det, at meningsdannerne er vigtige – jf. ovenfor.
- ◆ **Telepsykiatriens forstyrrelse af hverdagen bør minimeres:** Vi så ovenfor (afsnit 4.3.1), at det bør undgås, at telepsykiatri forstyrrer psykiaterens kerneydelse (det psykiatriske interview). Mere generelt er det ligeledes vigtigt, at telepsykiatriens påvirkning af samtlige brugere minimeres mest muligt. Det gælder både psykiaterne, patienterne og det personale, der håndterer patienten på dennes fysiske lokation. Den telemedicinske løsning skal altså være praktisk håndterbar, for på lang sigt vil det være vanskeligt at få aktørernes accept af en løsning, hvis det er vanskeligt at indpasse løsningen i en travl hverdag (55;57;60).

- ◆ **Oplæring og support:** Flere studier viser, at det er vigtigt, at udstyret er brugervenligt, at de ansatte, der skal bruge det, får en oplæring, og at der ved udstyret forefindes vejledninger (53; 53). Derudover er det vigtigt, at brugerne har nem adgang til support, når udstyret ikke gør, som det skal (42;44). Oplæringen til brugerne bør optimalt set ikke alene rette sig imod de tekniske aspekter vedrørende betjening af udstyret, men tillige omkring hvordan man bør agere foran et videokamera (25;42;59).
- ◆ **Booking, planlægning og samarbejde:** Det er mere kompliceret at booke en videokonference-session, end en almindelig ansigt til ansigt patientkontakt, for der skal bookes lokaler i begge ender, der skal være personale, som kan tage imod patienten og som har modtaget undervisning i brug af udstyret (43;61). Derfor er det vigtigt, at der etableres effektive løsninger, procedurer og retningslinjer ift. planlægning, booking, gennemførsel, afrapportering og opfølgning (43). Telepsykiatri kræver altså udarbejdelse af klare aftaler og procedurer, og dette medfører et øget samarbejde på tværs af enheder – ikke mindst i starten (7;41). Det er vigtigt, at disse udfordringer adresseres i udviklingen af løsningen.
- ◆ **Valgfrihed for patienten og øvrige tryghedsskabende foranstaltninger:** Når patienter introduceres til den telepsykiatriske patientbehandling, bør de opleve, at den rummer gevinster for dem – fx mindre transporttid eller kortere ventetid. Hvis de kan se fordelene, vil de fleste også vælge løsningen og dermed føle sig tryk herved – ikke mindst hvis de frit kan fravælge telepsykiatri og i stedet kan vælge ansigt til ansigt samtaler (44). Afhængig af omstændighederne kan det opleves som en yderligere tryghedsskabende foranstaltning, at patienten (ikke mindst mindreårige) ikke sidder helt alene i rummet, men er sammen med et familiemedlem eller evt. en anden kliniker (42). Omvendt er der andre, der peger på, at den fysiske afstand til klinikerne, som videokonferencen kan skabe, gør, at patienten føler sig mere i kontrol, for det er nemmere at slukke for en skærm end for en kliniker, der sidder i samme rum med én (30;62). Nogle patienter vil være bekymrede for, at teknologien medfører, at helbredsoplysninger behandles mindre fortroligt (7;44). Derfor er det vigtigt at forklare patienterne, at videokonferencen kører via et lukket net (i Danmark fx sundhedsdatanettet), hvor der er høj datasikkerhed.
- ◆ **Udbred kendskab og skab nem adgang:** Selvom en telepsykiatrisk løsning har eksisteret i lang tid i et område, forekommer det, at dem, der skal tage initiativ til løsningen, slet ikke har kendskab til den (37;63;64). Udbredelse af en løsning kommer ikke af sig selv, blot fordi der er gennemført et succesfuldt pilotprojekt. Derfor skal der arbejdes målrettet mod en udbredelse af kendskabet til løsningen (29;37;37;63;64), og her er det en god ting at anvende meningsdannere og demonstration (jf. ovenfor). Derudover bør det være nemt at henvise patienter til den telepsykiatriske løsning (64), herunder bør det gennem overskueligt informationsmateriale være tydeligt for henviser, hvilke sygdomstyper der kan henvises til telepsykiatrisk patientbehandling (65).
- ◆ **Evaluerings:** Der bør løbende evalueres vedrørende effekter, brugertilfredshed og cost-benefit, for at gennemføre løbende justeringer i løsningen (43).

4.3.3 Sikring af honorering

Det nævnes ofte i litteraturen, at telepsykiatriske projekter har svært ved at få rod fæste i daglig rutine, hvis ikke den deltagende specialist modtager honorar eller kompensation (36;40;41;44;64). I nogle sammenhænge mister specialisten endog indtægter ved at stille sin kompetence til rådighed, eftersom videokonferencen kan medføre, at patienten ikke behøver at blive fx indlagt eller komme i ambulant behandling hos specialisten. Den tid, der anvendes til telepsykiatriske konsultationer, ville derudover potentielt kunne have været anvendt til indtægtsgivende aktiviteter. Manglende honorering vil ligeledes være en organisatorisk udfordring i Danmark, hvor der ikke er aftaler for, hvordan telemedi-

cinske (herunder telepsykiatriske) ydelser honoreres. Denne barriere må man forholde sig til og finde løsninger på under implementeringen af telepsykiatri. En anden udfordring, der har været tidligere i forbindelse med etablering af telemedicinske løsninger i Danmark, er, at der har hersket tvivl om, hvem der har det kliniske ansvar, når der udføres behandling via videokonference. Denne usikkerhed har Sundhedsstyrelsen i høj grad fjernet gennem udgivelsen af en vejledning om ansvarsforholdene ved lægers brug af telemedicin (66).

5. Hvordan kan telepsykiatri bruges i Danmark?

I dette afsnit vil vi se på, hvordan man kan bruge telepsykiatri i Danmark. Med inspiration fra den internationale litteratur vil vi diskutere forskellige scenarier for anvendelse af telepsykiatri i Danmark. Scenarierne tager udgangspunkt i det organisatoriske setup for telepsykiatri. Dvs. vi vil ikke gå nærmere ind på forskellige kliniske scenarier for anvendelse af telepsykiatri, men blot konstatere at telepsykiatri i dag bruges til en lang række psykiatriske lidelser – jf. fx (16;43;50;67) for oversigter over de forskellige psykiatriske diagnoser, hvori telepsykiatri har fundet anvendelse i udlandet.

USA, Australien, Canada, Norge og Finland er foregangslande i forhold til anvendelse af telepsykiatri (25;42;43;68;69). Fælles for disse lande er, at de alle har store geografiske områder med lav befolkningstæthed. Rationalet bag implementeringen af en overvejende del af de telepsykiatriske løsninger, vi har studeret, har da også været at sikre nem og hurtig adgang til psykiatrisk behandling for befolkninger i yderområder (16;25;29-36;40-43;47;48;51;59;62;64;68;70-77).

Til trods for at Danmark i sammenligning med de ovennævnte lande i mindre grad er præget af store tyndt befolkede yderområder, er afstand til det nærmeste behandlingstilbud i høj grad også på dagsordenen i den danske sundhedsdebat. Derfor kan ønsket om at etablere lokalt forankret adgang til psykiatrisk behandling tillige være et argument for indførelse af telepsykiatriske løsninger i Danmark. Men der kan også være andre og i Danmark måske væsentligere grunde til at indføre telepsykiatri, for som vi var inde på indledningsvist, peger erfaringerne fra udlandet på, at telepsykiatri kan bidrage til løsningen af tre væsentlige udfordringer, som psykiatrien står overfor: 1) hvordan kan kvaliteten og aktiviteten i psykiatrien fastholdes med stadigt færre speciallæger? 2) hvordan forenes specialisering og nærhed? og 3) hvordan kan Shared Care fungere i praksis? I det følgende vil vi diskutere, hvordan telepsykiatri kan være en del af løsningen på de tre udfordringer. Om end der er et samspil mellem de tre udfordringer, diskuteres de hver for sig, og vi starter med balancen mellem specialisering og nærhed.

5.1 Balance mellem specialisering og nærhed

Med opbygningen af en række regionale og nationale kompetencecentre udfordres balancen mellem specialisering i behandlingen og det nærhedsprincip, som kendetegner den danske decentralt opbyggede psykiatri. Derfor har en arbejdsgruppe under Danske Regioner udarbejdet en model, der skal sikre en fortsat specialisering, som hviler på de rette faglige kompetencer, og som samtidig sikrer den rette balance mellem specialisering og nærhedsprincippet samt fastholder volumen i almenpsykiatrien¹² (5). Modellen indebærer, at den almenpsykiatriske afdeling som oftest forestår hovedparten af patientbehandlingen, men af hensyn til udvikling af kompetencecentrets ekspertise er det vigtigt, at også kompetencecentret involveres i den direkte patientkontakt. Ved på denne måde at dele patientbehandlingen mellem almenpsykiatrien og kompetencecentret forventer arbejdsgruppen at opnå to gevinster. For det første er det forventningen, at kompetencecentret gennem patientkontakten opnår sammenhæng mellem dets udviklingsopgave og den kliniske praksis. For det andet lægger modellen op til, at den almenpsykiatriske afdeling gennem sit samarbejde med kompetencecentret opnår en større faglig indsigt på kompetencecentrets fagområde. Der lægges i modellen op til, at visitationen som hovedregel skal være som i dag, dvs. det er den praktiserende læge, der henviser til almenpsykiatrien, som herefter eventuelt går i dialog med kompetencecentret, om der er grundlag for, at patient-

¹² Almenpsykiatrien defineres af Danske Regioner som sygehusbehandling i både senge- og distriktspsykiatrien, der ikke er specialiseret".

ten behandles i kompetencecentret (5). Udover patientbehandling har kompetencecentrene ifølge arbejdsgruppens model derudover en formel forpligtigelse til at formidle ny viden og "best practise" til almenpsykiatrien og herunder til at supervisere de almenpsykiatriske afdelinger (5).

Telepsykiatri vurderes som et særdeles relevant værktøj til at understøtte arbejdsgruppens model for balancen mellem specialisering og nærhed. Denne konklusion drages med baggrund i den udenlandske litteratur, hvoraf det fremgår, at alle tre typer af telepsykiatri (patientbehandling, samarbejde og undervisning)¹³ anvendes i en række udenlandske cases til at sikre denne balance mellem specialisering og nærhed. I hovedparten af de studier, der beskriver disse cases, er patientbehandling (hvor patienten deltager) og samarbejde (hvor patienten ikke deltager) koblet sammen. Derfor diskuterer vi i det følgende telepsykiatrisk patientbehandling og samarbejde under ét (5.1.1) for herefter at diskutere telepsykiatrisk undervisning (5.1.2).

5.1.1 Telepsykiatrisk patientbehandling og samarbejde

Danske Regioners arbejdsgruppe lægger op til, at almenpsykiatrien gennem sit samarbejde med kompetencecentrene opnår viden inden for det fagområde, kompetencecentret er specialiseret i (5). Men hvordan sikres det i praksis, at almenpsykiatrien får denne i specialistviden fra kompetencecentrene? En mulig løsning på denne udfordring er etableringen af telepsykiatriske patientforløb, hvor både patient, almenpsykiatrien og kompetencecentret deltager i de patientkontakter, som kompetencecentret ellers ville have med patienten alene. Disse telepsykiatriske patientforløb kan så med fordel suppleres med telepsykiatrisk samarbejde, så almenpsykiatrien og kompetencecentret ligeledes har mulighed for drøftelse uden patientens tilstedeværelse. Der er i den udenlandske litteratur en lang række eksempler på, at telepsykiatri understøtter samarbejdet mellem flere forskellige behandlingsniveauer (7;41; 47;59;65;65). De udenlandske erfaringer med brugen af telepsykiatri er generelt positive, idet telepsykiatri opleves som dels anvendeligt til formålet (patientbehandling eller samarbejde) og dels tidsbesparende i forhold til patientbehandling eller møde, der foregår ansigt til ansigt. De udenlandske erfaringer viser altså, at telepsykiatrisk patientbehandling og samarbejde kan være et effektivt værktøj til at understøtte balancen mellem nærhed og specialisering. Nedenfor gives en række eksempler herpå.

Specialisten overtager patientbehandlingen fra almenpsykiatrien

Byen Hays med 20.000 indbyggere ligger i et tyndt befolket område i staten Kansas, USA. Allerede i 1992 blev der etableret telepsykiatrisk patientbehandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien mellem Hays og Universitetshospitalet i Kansas City (UKC) (7). Både patient, forældre og personale fra Hays og UKC deltager i disse forløb. Det er dog psykiateren fra UKC, der har ansvaret for behandlingen. Personalet i Hays deltager mest af praktiske grunde og gennemfører ikke selvstændigt patientbehandling hverken før eller efter telepsykiatrien. For at sikre fortrolighed mellem patient og behandler indebar modellen i begyndelsen, at den første kontakt skulle være ansigt til ansigt, hvorfor en psykiater fra UKC hver anden måned fløj til Hays. Dette ansigt til ansigt element viste sig imidlertid for ustabil (grundet vejret) og uregelmæssigt (kun hver anden måned). Derfor kører alle kontakter – også de første – nu via video, og det fungerer til alles tilfredshed. Et konkret patientforløb illustrerer rækkevidden ved telepsykiatri: Under en videosession afslørede en patient (teenager) for første gang, hvordan han havde misbrugt sine mindre søskende seksuelt. Det lykkedes via videokonferencen at diskutere denne følelsesmæssigt vanskelige information med patienten og dennes forældre og at sikre, at der blev taget hånd om alle involverede parter. Familien fortsatte i telepsykiatrisk behandling (7).

¹³ Jf. afsnit 1 for definitioner og afgrænsninger.

Patientbehandling via åben konsultation

Andre steder i Kansas er der etableret en række åbne telepsykiatriske konsultationer (7). Der er rundt om i landet placeret et antal videokonferencerum, hvorfra der på en bestemt dag i måneden er to timers åben konsultation med en psykiater fra Universitetshospitalet i Kansas City. Dvs. det personale, der i det daglige varetager behandlingen af patienten, kan uden forudgående aftale troppe op (med eller uden patient) og få råd og vejledning hos psykiateren. I modsætning til eksemplet med Hays Clinic forbliver ansvaret for behandlingen på det decentrale niveau (7).

Integreret patientbehandling og samarbejde mellem specialist og det decentrale niveau

De to ovennævnte eksempler fra Kansas (Hays og åben konsultation) er interessante, men da det faglige samarbejde er begrænset i eksemplerne, vurderes de kun i begrænset omfang at understøtte Danske Regioners model for balance mellem specialisering og nærhed. Det gør en række mere integrerede løsninger derimod. Fælles for disse løsninger er, at de alle bygger på integreret patientbehandling og samarbejde mellem den centralt placerede specialist og det decentrale niveau, dvs. begge niveauer er involveret i behandlingen samtidig – omend specialistens deltagelse typisk er afgrænset til de dele, hvor dennes kompetencer er påkrævet. Nedenfor gives der eksempler på disse mere integrerede telepsykiatriske løsninger:

- ◆ **Queensland, Australien:** Her kobles psykiaterne fra et kompetencecenter på patientforløb, der varetages af forskellige faggrupper (psykologer, teamleadere og socialarbejdere) i almenpsykiatrien. Videokonferencerne med psykiaterne bruges både til patientbehandling og til samarbejde med almenpsykiatrien. Hovedparten af patienterne forbliver i behandling i almenpsykiatrien gennem hele forløbet, idet patienten kun i 11 % af tilfældene bliver overført til kompetencecentret. I gennemsnit går der 4,7 dage fra henvisning til gennemførelse af den første telepsykiatriske patientbehandling. Henvisningsfrekvensen har ikke ændret sig, dvs. telepsykiatri har ikke medført en forøgelse i det samlede antal patienter, kompetencecentret er involveret i (65).
- ◆ **Toronto, Canada:** Her gennemfører et kompetencecenter indenfor børne- og ungdomspsykiatrien telepsykiatriske patientbehandling samt telepsykiatriske samarbejde med deltagelse af ikke blot fagpersoner fra almenpsykiatrien, men også andre relevante personer i patientens liv. I gennemsnit deltager ud over behandleren fra kompetencecentret fire andre personer i hver session: case manager fra almenpsykiatrien (93 %), patienten (78 %), forældre (70 %), skolelærer (19 %), praktiserende læge (4 %) samt andre (søskende, bedsteforældre, frivillige socialarbejdere, advokater og andre sundhedsprofessionelle). Omtrent 25 psykiatere samt 50 øvrige fagpersoner fra kompetencecentret gennemfører tilsammen årligt 750 konsultationer. Toronto casen er et eksempel på, at telepsykiatri muliggør en særdeles bred tilgang til en fælles behandlingsindsats, der udvides til også at inkludere relevante personer udenfor psykiatrien – en slags shared care. I Toronto har man fx rigtig gode erfaringer med at inddrage patientens skolelærer – ikke mindst i forhold til at forankre de behandlingsinitiativer der træffes. De praktiserende læger har ligeledes været forsøgt inddraget, men deres gennemsnitlige deltagelse ligger på kun 4 %, hvilket blandt andet skyldes manglende honorar for deltagelse. De praktiserende lægers manglende deltagelse har ofte medført koordineringsproblemer, herunder i forhold til medicin. Fx rapporteres det, at en række praktiserende læger har seponeret medicin, som psykiateren havde udskrevet (41).
- ◆ **Pittsburg, USA:** Her er udviklet en integreret model, hvor videokonference muliggør, at en børnepsykiater fra et kompetencecenter i Kansas deltager som et medlem af det lokale behandlingsteam på samme måde, som hun ville gøre, hvis hun fysisk var placeret i Pittsburg. Patienterne screenes forud for den første session, og relevant information (skolejournaler, medicinske journa-

ler og terapeutiske notater) sendes til psykiateren en uge før sessionen. Der afholdes årligt over 500 videokonferencer efter denne model (7).

- ◆ **New York State, USA:** Her er etableret et telepsykiatrisk samarbejde, hvor sygeplejersker i almenpsykiatrien har mulighed for at drøfte patientcases via videokonference med en psykiater på et kompetencecenter. Over tre år har 200 sager været fremlagt og drøftet, og herigennem er sygeplejerskerne blevet bedre til at fremlægge en patientcase for andre fagfolk, og de efterfølgende problemorienterede diskussioner har været særdeles værdifulde for sygeplejerskerne og deres arbejde med patienterne. Ordningen medførte, at sygeplejerskerne i langt højere grad har kunnet stå på egne ben i varetagelsen af specifikke opgaver i patientbehandlingen (78).

Det fremgår af de udenlandske eksempler, at telepsykiatri er et oplagt redskab til at understøtte Danske Regioners model for balance mellem specialisering og nærhed, idet telepsykiatri kan bruges til at få et samarbejde om patientbehandling mellem specialiserede kompetencecentre og mindre specialiserede enheder (herunder almenpsykiatri og socialpsykiatri)¹⁴ til at fungere i praksis. Når et integreret telepsykiatrisk samarbejde om patientbehandling mellem to specialiseringsniveauer udvikles, bør man udover de i afsnit 4 nævnte forudsætninger forholde sig til følgende elementer:

- ◆ **Omfanget af kompetencecentrets inddragelse:** Hvor meget og hvornår skal kompetencecentret inddrages i patientforløbet? Det specialiserede niveau skal naturligvis ikke kobles på hele patientforløbet og deltage i alting via videokonference. I nogle tilfælde kan der muligvis laves en slags standard patientforløb, hvor man fx på forhånd har aftalt, at kompetencecentret kobles på forløbet på helt bestemte tidspunkter i det standardiserede patientforløb. I andre tilfælde er der behov for en mere individualiseret approach, der aftales fra forløb til forløb. Derudover kan der være behov for under forløbet fx at justere på kompetencecentrets deltagelse – herunder at kompetencecentret kobles på via videokonference med meget kort varsel grundet fx en forværring i patientens tilstand.
- ◆ **Hvor er patienten?:** I de udenlandske eksempler tages der udgangspunkt i, at patienterne forbliver på det ikke-specialiserede niveau og at det er kompetencecentret, der "hidkaldes" via videokonference til de dele af patientforløbet, som kompetencecentret skal deltage i. Denne tilgang er i mange tilfælde et godt udgangspunkt, for der er fordele i, at patienten forbliver i det kendte nærmiljø. Der kan dog være tilfælde, hvor det behandlingsmæssigt er en fordel, at patienten i perioder af patientforløbet flyttes til kompetencecentret. For i disse tilfælde ligeledes at sikre samarbejde om patientbehandlingen bør det overvejes, om man så ikke kunne "hidkalde" det ikke-specialiserede niveau til at deltage via videokonference i udvalgte dele af kompetencecentrets patientbehandling.
- ◆ **Kan andre parter inddrages?:** Af Toronto casen fremgår, at der er gode erfaringer med at inddrage andre aktører (fx skolelærere og praktiserende læger) i den telepsykiatriske patientbehandling. Derfor er det oplagt at overveje mulighederne herfor. Shared Care mellem patientens praktiserende læge og psykiatrien diskuteres i øvrigt i afsnit 5.3 nedenfor.

5.1.2 Supervision og fjernundervisning

Som tidligere nævnt har en arbejdsgruppe under Danske Regioner udarbejdet en model, der skal sikre balance mellem specialisering og nærhedsprincippet (5). Et centralt element i denne model er, at det specialiserede niveau (kompetencecentre) skal formidle ny viden og "best practise" til basisniveauet og supervisere de almenpsykiatriske afdelinger (5). Telepsykiatrisk undervisning og supervision har været anvendt en del steder i udlandet (43;50;79;80;80-89). De udenlandske erfaringer er generelt,

¹⁴ Samt også andre relevante aktører i patientens liv.

at der opnås samme læring som ved traditionelle metoder, og at telepsykiatrisk undervisning/supervision samtidig er tidsbesparende grundet mindre transporttid. Dermed er også telepsykiatri anvendt til supervision, og fjernundervisning kan være et effektivt værktøj, der kan bidrage til at skabe balance mellem nærhed og specialisering. Nedenfor beskrives en række eksempler på telepsykiatrisk supervision og fjernundervisning:

- ◆ **Victoria, Australien:** Her har behandlere i et yderområde modtaget telepsykiatrisk fjernundervisning af et kompetencecenter. Herigennem opnåede behandlerne større viden, færdigheder, relationer til kollegaer og mindre faglig isolation. Behandlerne mente selv, at fjernundervisningen havde medført, at de i højere grad kunne varetage opgaver, der normalt kræver en større faglig indsigt (79).
- ◆ **Vest Australien:** Her blev der etableret telepsykiatrisk fjernundervisning for behandlere, der arbejder med udsatte unge. Programmet forløb over tolv uger og bestod af syv to-timers sessioner. Målet med programmet var, at deltagernes dels skulle øge deres viden og dels skulle få sat ansigter på personalet i kompetencecentret med henblik på fremtidigt telepsykiatrisk samarbejde. Evalueringen viser, at begge mål blev indfriet. Derudover har programmet bevirket, at deltagerne føler sig mindre fagligt isoleret (81).
- ◆ **Syd Australien:** Her blev der etableret telepsykiatrisk fjernundervisning til forskellige faggrupper, som på basisniveau arbejder med børne- og ungdomspsykiatri. Undervisningen bestod primært af hhv. case diskussioner (supervision) og specialist oplæg. Brugere angav følgende fordele ved programmet: netværksdannelse, faglig understøttelse og supervision, mere effektiv undervisning og sparede transportomkostninger (88).
- ◆ **Kentucky, USA:** Her modtog forskellige faggrupper indenfor almenpsykiatrien samt den primære sektor telepsykiatrisk undervisning og supervision vedrørende seksuelt misbrugte børn. En del af programmet var et online beslutningsstøtteværktøj, men evalueringen viste, at dette værktøj var mindre anvendeligt end videokonference sessioner, hvor der blev diskuteret patient cases i en mindre gruppe (87).

Eksemplerne viser, at telepsykiatri er et effektivt og anvendeligt redskab for kompetencecentre, når de skal levere undervisning og supervision til forskellige faggrupper på basisniveau. I relation til undervisning og supervision er der en særlig problemstilling i forhold til yngre lægers uddannelse. Det kan fx være vanskeligt at sikre den rette faglige supervision af yngre læger, der er på en geografisk lokation uden adgang til bestemte fagspecifikke specialister. Her kan telepsykiatri være en del af løsningen – det viser to eksempler fra hhv. USA og Norge:

- ◆ **Californien, USA:** Her modtager medicinstuderende og reservelæger undervisning og supervision vedrørende behandling af udviklingshæmmede. Både medicinstuderende og reservelæger gav programmet positive evalueringer, og deltagerne klarede sig lige så godt i tests som andre, der har fået den vanlige undervisning og supervision (82).
- ◆ **Åsgård, Norge:** Her har seks yngre læger eller mindre erfarne speciallæger modtaget telepsykiatrisk supervision vedrørende psykoterapi. Alle seks havde i forvejen haft mindst ét ansigt til ansigt møde med deres supervisor. Resultatet af den telepsykiatriske supervision var fagligt tilfredsstillende og samtidig mindre ressourcekrævende. Der lægges i artiklen op til, at det fremover bør undersøges, om de gode resultater er afhængige af forudgående ansigt til ansigt møde (80;86).

De to cases viser, at der i udlandet er gode erfaringer med telepsykiatrisk undervisning og supervision af lægestuderende og yngre læger, hvorfor det må formodes, at man også vil kunne anvende telepsykiatrisk undervisning og supervision i uddannelsen af danske speciallæger. Derudover er det oplagt at anvende telepsykiatrisk uddannelse og supervision i forbindelse med den nye specialpsykologuddan-

nelse. I Danske Regioners forslag til en ny uddannelse hedder det blandt andet: "I det daglige arbejde vil den uddannelsessøgende modtage supervision og vejledning på eksempelvis diagnostisk udredning, psykologisk undersøgelses-, behandlings- og forløbsplaner med metoder som klinisk mesterlære, feedback på såvel mundtligt som skriftligt materiale, journalaudit og registrering af selvstændigt gennemførte udredninger" (90). Hvis denne supervision og vejledning skal være på højeste faglige niveau, så vil supervisor/vejleder ofte være på en anden geografisk lokation end den uddannelsessøgende, og her er telepsykiatri oplagt.

Telepsykiatrisk undervisning og supervision er ganske udbredt blandt telepsykiatriens foregangslande. I Canada modtager fx over 3000 sundhedspersoner årligt telepsykiatrisk undervisning (51), og i Norge er telepsykiatrisk undervisning (og samarbejde) mere udbredt end telepsykiatrisk patientbehandling (85). Årsagen er, at alle sundhedsprofessionelle har brug for kontinuerlig faglig undervisning, så de holdes ajour med den faglige udvikling. Traditionelle undervisningsmetoder medfører ofte, at den sundhedsprofessionelle må aflyse patientaftaler for i hvert fald det meste af en dag og transportere sig til det nærmeste uddannelsessted. Dette har store omkostninger for den daglige drift, hvorfor faglig undervisning til tider nedprioriteres. Særligt når man ikke har den højeste faglige kompetence "in house" vil dette medføre, at fagligheden efterhånden degenereres. Telepsykiatrisk undervisning og supervision er ikke så invasiv i forhold til driften og kan derfor bedre passes ind i en travl hverdag. Derfor er telepsykiatrisk undervisning og supervision et særdeles relevant værktøj til understøttelse af bestræbelserne og på samme tid at sikre høj specialisering i kompetencecentre og faglig bæredygtighed på basisniveau (5).

5.2 Speciallægemangel

Antallet af speciallæger i psykiatrien har været faldende siden 2005 (2), og en samtidig stigning i aktiviteten har medført en række ubesatte stillinger i psykiatrien (3;4). På voksenområdet forventer Danske Regioner, at faldet vil tage til de næste ti år, således at antallet af speciallæger reduceres med 29 % – fra ca. 700 i 2009 til ca. 500 i 2020 (2). Hvis antallet af patienter med psykiatriske lidelser antages ikke at falde de næste ti år, står psykiatrien altså overfor en øget efterspørgsel pr. psykiater. Samtidig er det med indførelse af udrednings- og behandlingsgarantier på det psykiatriske område¹⁵ politisk vedtaget, at speciallægemanglen ikke må medføre øgede ventetider på psykiatrisk diagnose og behandling. Udmeldingerne fra ikke mindst Danske Regioner indikerer samtidig, at der er en politisk ambition om, at speciallægemanglen ikke må føre til dårligere kvalitet i diagnosticeringen og behandlingen af patienter med psykisk sygdom (6;91).

Ambitionen er altså at udvikle psykiatrien til at anvende speciallægerne mere effektivt, så det faldende antal speciallæger ikke går ud over adgangen til eller kvaliteten i patientbehandlingen. Den internationale litteratur viser, at telepsykiatri kan bidrage til mere effektiv anvendelse af speciallægerressourcer på to måder:

1. Mindre spildtid på transport
2. Opgaveglidning.

¹⁵ Danske Regioner oplyser, at Børne- og ungdomspsykiatrien siden august 2008 har haft en udredningsret og siden januar 2009 en behandlingsret (der er endnu ikke indgået aftaler om døgnbehandling). I voksenpsykiatrien træder behandlingsretten i kraft i januar 2010.

Mindre spildtid på transport

Som tidligere nævnt har rationale bag implementeringen af en overvejende del af de udenlandske telepsykiatriske løsninger været at sikre nem og hurtig adgang til psykiatrisk behandling for befolkninger i yderområder. Sparet transport har været et centralt element i mange af disse studier, og en del af de økonomiske studier af telepsykiatri indikerer da også, at den udførende behandlers sparede tidsforbrug til transport er et væsentligt element i forretningsmodellen (16;43;46). I Danmark er de geografiske afstande som tidligere nævnt mindre end i fx Canada og Norge. Derfor vurderes geografisk bestemte forskelle i tilgængelighed ikke at være et lige så stort problem i Danmark. Samtidig må det formodes, at det som hovedregel er patienterne, der kommer til speciallægen og ikke omvendt. Derfor er det et åbent spørgsmål, om man ved brug af telepsykiatri i Danmark væsentligt ville kunne begrænse psykiaternes tidsforbrug på transport. Svaret på dette spørgsmål afhænger af i hvert fald følgende faktorer:

- ◆ **Faste tilsyn:** Nogle psykiatere dækker mere end én geografisk lokation, dvs. at psykiateren efter en fast plan besøger bestemte lokationer på bestemte dage for at tilse patienter på disse lokationer. Nogle af disse besøg ville med fordel kunne erstattes af telepsykiatri. Dette scenarie er fx meget evident i Kansas, USA, hvor den samme psykiatriske enhed betjener i alt 200 patienter på syv forskellige lokationer (92).
- ◆ **Akut tilkald:** Nogle gange tilkaldes psykiateren akut til patienter i fx almenpsykiatrien eller socialpsykiatrien, idet patienten fx har fået en akut forværring, og fordi patienttransport til fx psykiatrisk skadestue er uhensigtsmæssig. I disse tilfælde vil en videokonference kunne bidrage til en langt hurtigere respons fra psykiateren og samtidig spare psykiateren transporttiden. Dette scenarie ses fx i en konkret case fra Michigan, USA, hvor en ansat på et socialt bosted havde en patient, som pludselig blev meget urolig og forlangte at se sin psykiater (47). Idet patienten så psykiateren via videokonference, faldt patienten ned igen, og psykiateren kunne herefter tale patienten gennem krisen.
- ◆ **Undervisning og samarbejde:** Nogle psykiatere bruger tid på at transportere sig, når de skal undervise andre faggrupper eller deltage i samarbejds møder. Denne transporttid kan spares, såfremt undervisningen og møderne afholdes som videokonference.
- ◆ **Fængsler:** Nogle psykisk syge indsatte i de danske fængsler er ikke syge nok til at være på en retspsykiatrisk afdeling og tilses derfor af en psykiater inde i fængslerne, idet sikkerhedsrisikoen indsnævrer mulighederne for, at patienterne kan komme til psykiateren. De fængsler, der ikke har en psykiater fast tilknyttet, kunne derfor med fordel bruge videokonference i stedet for at bruge udefrakommende konsulenter. Dette scenarie anvendes med gode resultater (herunder høj patient- og behandlertilfredshed) i flere fængsler i USA, herunder i New York, Kansas og Seattle (35;93-95).

Ser man på ovennævnte faktorer, så bliver det tydeligt, at der er forskel på, hvor meget de enkelte psykiatere bruger på transport. Ved etableringen af en telepsykiatrisk løsning, der sigter på at mindske psykiaterens transport, skal man altså gennemføre en nøje behovsvurdering (jf. afsnit 4.3.2). Denne behovsvurdering bør primært tage udgangspunkt i de fremtidige behov – og ikke kun de nuværende behov. Hvis man fx i en region i dag akkurat kan klare sig med det antal psykiatere, man har på de lokationer, hvor psykiatere gennemfører patientbehandlingen, uden at der er unødigt transporttid for de nuværende psykiatere, hvad sker der så, når antallet af psykiatere falder i løbet af de næste år? I en sådan situation ville telepsykiatri være en mere effektiv udnyttelse af de tilbageværende psykiaternes tidsforbrug, end det ville være at transportere dem til lokationerne. Etablering af rutinemæssig brug af telepsykiatri kræver imidlertid tid til planlægning og indkøring (jf. afsnit 4), og derfor bør be-

hovsvurderingen være fremadrettet, så man, i god tid inden problemet opstår, har igangsat brugen af telepsykiatri.

5.2.1 Opgaveglidning

Danske Regioner peger på, at opgaveglidning fra speciallæger til andre faggrupper i psykiatrien er et nøgleelement i opnåelsen af behandlingsgaranti i psykiatrien (96). Dette synspunkt har hhv. lægernes og psykologernes faglige organisationer efterfølgende erklæret sig enige i (97). Opgaveglidning handler i denne sammenhæng om at få psykiatriens yngre læger samt andre faggrupper (primært psykologer og sygeplejersker) til at varetage opgaver, som speciallægen (psykiateren) varetager i dag. Derudover handler opgaveglidning i høj grad om at løse opgaven på lavest muligt specialiseringsniveau, dvs. fx i almenpsykiatrien, socialpsykiatrien eller blandt privatpraktiserende psykologer (herefter basisniveau). De faggrupper, der skal overtage opgaver fra psykiaterne, skal opbygge og ikke mindst vedligeholde de relevante faglige kompetencer. Opgaveglidning på tværs af lokationer kræver altså undervisning, supervision og i nogle situationer endog et integreret samarbejde om dele af det konkrete patientforløb. Opgaveglidningens udfordringer ligner altså i høj grad de udfordringer, vi så på i det forrige afsnit vedrørende sikring af balance mellem specialisering og nærhed. Opgaveglidning og balance mellem specialisering og nærhed bør i en tid med speciallægemangel da også være to sider af samme sag, for i en tid med knappe lægerressourcer bør ethvert nyt initiativ bl.a. vurderes på, om det samlet set er arbejdskraftbesparende for speciallægen.

Hovedparten af de udenlandske eksempler på telepsykiatriske initiativer, der bidrager til en balance mellem specialisering og samarbejde (jf. afsnit 5.1), har da også et eksplicit formuleret opgaveglidende element, således at speciallægenes nettoarbejdsbelastning mindskes som følge af det telepsykiatriske initiativ (41;65;78;79;81;87;88). Et eksempel er Queensland casen (side 24), hvor hovedparten af de patienter, der modtog telepsykiatrisk patientbehandling, forblev i almenpsykiatrien gennem hele patientforløbet (65). Det kan udledes af artiklen, at uden telepsykiatri ville flere af patienterne være blevet overført til kompetencecentret, og dette ville samlet set have været langt mere arbejdskrævende for psykiaterne, end det var for dem via videokonference at deltage i udvalgte dele af patientforløbet, for derigennem at bidrage til at almenpsykiatrien i langt højere grad selv kunne løse opgaven. Et andet eksempel er New York State casen (side 25), hvor sygeplejersker gennem et telepsykiatrisk samarbejde fik mulighed for at drøfte patient cases med en psykiater på et kompetencecenter. Ordningen medførte, at sygeplejerskerne i langt højere grad har kunnet stå på egne ben i varetagelsen af specifikke opgaver i patientbehandlingen (78). Et tredje eksempel er Victoria casen (side 26), hvor behandlere i et yderområde har modtaget telepsykiatrisk fjernundervisning og herigennem ifølge eget udsagn er blevet i stand til at varetage opgaver, der normalt kræver en større faglig indsigt (79). Disse og øvrige cases fra afsnit 5.1 illustrerer, at det med telepsykiatri som værktøj i høj grad er muligt at etablere løsninger, der på samme tid dels skaber balance mellem specialisering og nærhed og dels er arbejdskraftbesparende for psykiaterne. Selvom det altså er muligt at opnå begge dele, vil det naturligvis ikke ske af sig selv, for det afhænger af interventionsdesign. I en dansk kontekst, hvor der er speciallægemangel, vil det derfor være relevant at lægge vægt på at telepsykiatriske interventioner designes til at have et tydeligt opgaveglidende element, der medfører, at psykiaterens arbejdsbelastning mindskes på sigt. Med henblik på sikring af løsningens langsigtede legitimitet, bør dette opgaveglidende element dokumenteres i evalueringen af løsningen.

Vi har indtil nu beskæftiget os med brug af telepsykiatri *indenfor* den sekundære sektor. Telepsykiatri kan imidlertid ligeledes bruges på tværs af sektorer. I relation til psykiatrien er fem grupper fra primær sektor særligt relevante:

- ◆ **Socialpsykiatrien:** Vi har i den udenlandske litteratur fundet en enkelt case på telepsykiatri mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Casen er fra North Carolina, USA, hvor et kompetencecenter indenfor gerontopsykiatrien gennemfører telepsykiatrisk patientbehandling sammen med specialuddannede sygeplejersker på et socialpædagogisk behandlingshjem for ældre sindslidende (59). Der gennemføres videokonference sessioner ca. én gang ugentligt. En direkte gevinst ved ordningen er, at patienterne ikke skal overføres til kompetencecentret for at modtage behandling, og at psykiateren derfor er mindre involveret i patientforløbet, end hun ellers ville være. En afledt gevinst ved ordningen er, at personalet på behandlingshjemmet gennem disse ugentlige videokonferencesessioner har fået en adgang til generelt at drøfte faglige spørgsmål med en psykiater. Dette har medført, at sygeplejerskerne føler sig bedre fagligt rustet til at udføre deres arbejde, og dette formodes at medføre (ikke undersøgt), at behandlingshjemmets patienter generelt har mindre brug for behandlingspsykiatrien. Den telepsykiatriske løsning har altså medført, at psykiaterne aflastes og dermed synes der at være en nettogevinst ved, at psykiaterne ugentligt stiller op til videokonference. Casen illustrerer, at telepsykiatri også kan bruges til opgaveglidning fra psykiaterne i behandlingspsykiatrien til medarbejderne i socialpsykiatrien.
- ◆ **Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR):** Den kommunale PPR er en væsentlig samarbejdspartner for børne- og ungdomspsykiatrien og derfor kan det være relevant at understøtte samarbejdet gennem telepsykiatri. I afsnit 5.1 diskuterede vi, hvordan telepsykiatri kan bidrage til at skabe balance mellem nærhed og specialisering. I Danske Regioners model herfor skelnes der mellem almenpsykiatrien og kompetencecentre (5). Denne skelnen er dog mest relevant indenfor voksenpsykiatrien, idet børne- og ungdomspsykiatrien i højere grad er centraliseret, og dermed er der ikke i samme omfang et behov for samarbejde med et decentralt niveau *indenfor* sekundær sektor. Til gengæld er der så behov for et tværsektorielt samarbejde mellem den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri og den borgernære kommunale PPR.
- ◆ **Privatpraktiserende psykologer:** Antallet af sygesikringsydelse til privatpraktiserende psykologer er tredoblet på ti år,¹⁶ hvilket indikerer, at privatpraktiserende psykologer i stigende grad aflaster behandlingspsykiatrien. Der synes altså at være sket en opgaveglidning fra behandlingspsykiatrien til privatpraktiserende psykologer, og dermed er psykiatriens samlede kapacitet udvidet. Telepsykiatri ville kunne understøtte både den hidtidige og fremtidige opgaveglidning til de privatpraktiserende psykologer – fx ved at psykologerne fik adgang til telepsykiatrisk samarbejde, undervisning eller supervision. De privatpraktiserende psykologers telepsykiatriske sparringspartner kunne være psykologer med specialviden fra behandlingspsykiatrien – på sigt eventuelt de nye specialpsykologer (90).
- ◆ **Privatpraktiserende psykiatere:** I forhold til psykologerne er antallet af sygesikringsydelse til privatpraktiserende psykiatere steget mere moderat de sidste ti år.¹⁷ Grundet et noget højere udgangspunkt har psykiaterne dog fortsat en højere sygesikringsdækket ydelsesaktivitet end psykologerne. Dette bevidner, at man i den sekundære sektor længe har benyttet sig af den kapacitet, der ligger hos de privatpraktiserende psykiatere. Denne ekstra kapacitet kunne via telepsykiatri integreres mere med den øvrige behandlingspsykiatri, end det sker i dag. I nogle patientforløb kan det fx lige så godt være en privatpraktiserende psykiater, der forestår telepsykiatrisk patientbehandling sammen med almenpsykiatrien – og ikke nødvendigvis en speciallæge fra et kompetencecenter. Kapacitetsmæssigt ville denne løsning være en fordel for psykiatrien, for derved bortfalder der en opgave hos speciallægen i kompetencecentret.¹⁸

¹⁶ Fra 75.000 ydelser i 1996 til mere end 234.000 ydelser i 2006 (98).

¹⁷ Stigningen er på 45 % over ti år: fra 298.000 i 1996 til 431.000 i 2006 (98).

¹⁸ Ikke mindst hvis denne nye opgave ikke samtidig medfører et fald i de øvrige ydelser, den privatpraktiserende psykiater udbyder, for hvis den telepsykiatriske ydelse substituerer anden aktivitet, så falder denne aktivitet evt. tilbage på sekundær sektor.

- ◆ **Praktiserende læger:** De praktiserende læger er ligeledes relevante i et opgaveglidningsperspektiv. Det handler blandt andet om telepsykiatrisk understøttelse af Shared Care og nye visitationsmønstre. Disse emner behandles i afsnit 5.3 nedenfor.

5.3 Shared Care mellem almen praksis og det øvrige psykiatriske behandlingssystem

Den praktiserende læge er i større eller mindre grad involveret i behandlingen af den psykiatriske patient. Derfor har almen praksis brug for støtte til at behandle psykiatriske patienter, og her er Shared Care en oplagt løsningsmodel (6). Shared Care er en samlebetegnelse for nye samarbejdsmodeller, der bygger på en tydelig og aftalt opgavefordeling mellem psykiatrien, den praktiserende læge/speciallæge og fx. kommunen (6). Men hvordan får man Shared Care til at virke i praksis? Telepsykiatri er et virkemiddel, som kan bidrage til, at Shared Care mellem almen praksis og psykiatrien fungerer nemt og effektivt.

I den internationale litteratur er der en del eksempler på, at telepsykiatri bruges til at koble almen praksis sammen med behandlere i psykiatrien (25;36;40;42;52;64;71;73;75;83;99;100). En gennemgang af denne litteratur viser, at der er tre relevante modeller:

1. **Substitution:** Her overtager psykiatrien den telepsykiatriske patientbehandling, og almen praksis' rolle er alene at stille lokale til rådighed. Den praktiserende læge deltager altså ikke i patientbehandlingen. Baggrunden for etableringen af denne model er som regel et ønske om at give psykiatrisk specialistbehandling til borgere i yderområder.
2. **Konsultation:** Her forbliver den praktiserende læge ansvarlig for patientbehandlingen, men har efter behov mulighed for via videokonference at konsultere en specialist fra psykiatrien.
3. **Samarbejde:** Her bygger den telepsykiatriske patientbehandling på et samarbejde mellem den praktiserende læge og en specialist fra psykiatrien. Behandlingen leveres altså i fællesskab og inkluderer løbende kommunikation mellem den praktiserende læge og specialisten.

Det fremgår, at substitutionsmodellen ikke er Shared Care og heller ikke så relevant i Danmark, fordi vores yderområder ikke er så store som i andre lande. Konsultationsmodellen er også kun i ringe grad udtryk for Shared Care. Tilbage står samarbejdsmodellen, som til gengæld vurderes som et godt middel til at opnå Shared Care. Man har spurgt praktiserende læger i England, hvilken af ovennævnte modeller der foretrækkes, og der er i helt overvejende grad flest tilhængere af samarbejdsmodellen (100).

Et konkret eksempel fra Californien (100) illustrerer, hvordan samarbejdsmodellen fungerer, og hvilke fordele den rummer. Casen er beskrevet i boks 1 nedenfor.

Boks 1: Case der beskriver samarbejdsmodellen

Casen handler om en 56-årig kvinde, hvis mand dør efter et langt og lykkeligt ægteskab. Ni måneder efter begravelsen opsøger hun sin læge med somatiske smerter. Lægen diagnosticerer en svær depression og sætter hende i medicinsk behandling. Efter nogle måneder er depressionen og smerterne fortsat evident, og derfor henvises hun til en psykiater. Patienten ønsker dog ikke at opsøge en psykiater, for "jeg er jo ikke skør". Patienten foreslås derfor, at samtalen foregår via videokonference i almen praksis. Dette fandt patienten langt mindre stigmatiserende og indvilligede. I begyndelsen af patientens første telepsykiatriske samtale deltager både den praktiserende læge og psykiateren. Patientens læge lægger ud og introducerer psykiateren for patienten. Efter introduktionen trækker lægen sig ud af sessionen, og det aftales, at lægen kobler sig på samtalen igen om ca. 75 minutter. Under samtalen mellem psykiateren og patienten kommer patienten blandt andet ind på den medicin, som egen læge har udskrevet. Hun er noget forvirret over alle pillerne og har ikke rigtig tillid til lægens ordination, men af respekt for lægen har hun ikke kunnet få sig selv til at nævne det før nu. Hen imod slutningen af sessionen dukker lægen op igen som aftalt og deltager i de sidste ti minutter af samtalen. Psykiateren informerer i denne forbindelse om samtalens resultater, herunder om patientens forvirring og betænkeligheder vedrørende medicinen. Efterfølgende gennemgås medicinen i fællesskab, og patienten får en bedre forklaring på behovet for de enkelte medikamenter. Der aftales en follow-up session. Lægen deltager atter kortvarigt i begge ender af denne session. Den praktiserende læge og psykiateren har lejlighedsvis telefonisk kontakt med hinanden uden patientens deltagelse for at drøfte behandlingen. I denne forbindelse benytter lægen lejligheden til at sparre med psykiateren vedrørende andre patienter. Efter nogle måneder mindskes patientens depression, og de somatiske smerter forsvinder. Efter den første session fortæller patienten, at det ikke havde været så vanskeligt at tale med psykiateren via fjernsyn, som patienten havde forestillet sig. Selvom hun aldrig havde prøvet det før, virkede hun afslappet, talende og til tider grædende (100).

Casen i boks 1 illustrerer, hvordan en samarbejdsmodel for telepsykiatrisk patientbehandling kan facilitere Shared Care mellem almen praksis og en specialist fra psykiatrien. Det fremgår, at samarbejdet ikke behøver at medføre, at lægen deltager i lange psykiatriske samtaler. Lægen kan med fordel sætte sessionen i gang og være med til afslutningen, hvilket dels hjælper patienten på vej og dels giver kontinuitet, fordi det sikres, at lægen hurtigt bliver opdateret på sessionens resultater. Andre patienter har da også angivet værdien af, at de to sundhedsprofessionelle taler sammen: "Jeg er glad for, at mine læger taler sammen og ved, hvad hinanden gør" (100). Modellen sikrer derudover, at den praktiserende læge opdaterer sin viden på det psykiatriske område. Samtidig viser casen samt andre studier (73), at telepsykiatrisk patientbehandling fra almen praksis er mindre stigmatiserende for patienterne, end hvis de skulle hen til en psykiatrisk behandlingsinstitution.

I casen i boks 1 er specialisten en psykiater. Men det behøver det måske ikke altid være. I en interessant artikel fra Minnesota i USA argumenteres der fx for, at særligt psykologer, men også andre fagfolk fra psykiatrien, i langt højere grad burde integreres i almen praksis (40). Denne integration kunne nogle steder (fx i store lægehuse) foregå ved, at psykologen blev ansat og fysisk placeret i almen praksis. Andre steder er der måske brug for mere fleksibilitet og her peges der på, at telepsykiatri er oplagt, så psykologen ikke er fysisk placeret i lægehuset, men efter behov bookes til telepsykiatrisk patientbehandling og samarbejde (40). Uanset om psykologer integreres rent fysisk eller via videokonference, er der ifølge forfatterne brug for, at psykologerne udvikler deres arbejdsform, så den tilpasses behovet i almen praksis. Herunder foreslås det i artiklen, at psykologernes sessioner skal afkortes, og at lange behandlingsnotater skal sammenfattes til korte resuméer i patientens journal (40).

6. Konklusion

I denne rapport har vi set på de internationale erfaringer med telepsykiatri. Det fremgår, at der ikke er evidens for, at telepsykiatri giver dårligere behandlingsresultater end ansigt til ansigt konsultationer, og at ikke mindst patienterne er særdeles tilfredse med telepsykiatri. Ikke desto mindre synes der blandt en del psykiatere at være en opfattelse af, at patientbehandling via videokonference er ringere end ansigt til ansigt konsultationer.

Baggrunden for mange psykiateres tilbageholdenhed er en bekymring for, hvad der sker med læge-patientforholdet. Selvom der ikke er evidens for denne bekymring, er bekymringen i sig selv evident og bør tages alvorligt, for uden opbakning fra psykiaterne vil telepsykiatri have meget vanskelige vilkår. Derfor bør psykiaternes eventuelle skepsis overfor telepsykiatri imødegås. Fx kan brugen af telepsykiatri gøres valgfrit, så psykiaterne ved en konkret patient kan fravælge brugen af telepsykiatri. Herved opnås, at psykiateren bliver fortrolig med den nye teknologi i sit eget tempo.

Det er således meget vigtigt at sikre psykiaternes accept af telepsykiatri. Derudover bør de øvrige brugeres behov og bekymringer naturligvis også inddrages i planlægningen af den telepsykiatriske løsning, for indførelse af telepsykiatri bør generelt set være drevet af brugernes behov – ikke af teknologiens muligheder. Det er derudover vigtigt, at udstyret er så brugervenligt som muligt, og at personalet er blevet oplært i brugen af det. Derudover bør der udarbejdes tekniske guidelines og klare procedurer for, hvem der gør hvad i forbindelse med booking og afholdelse af en videokonferencesession.

En barriere for udbredelsen af telepsykiatri i Danmark er, at der ikke er aftaler for, hvordan telemedicinske (herunder telepsykiatriske) ydelser honoreres. Denne barriere må man forholde sig til og finde løsninger på.

Når telepsykiatri ikke er mere udbredt skyldes det, at man mange steder har taget for let på de organisatoriske udfordringer, der er ved implementeringen af ny teknologi.⁽⁵³⁾ Det forekommer let at betjene videokonferenceudstyr, og derfor er det fristende at tro, at bare man gør teknologien tilgængelig for brugerne, så vil de helt af sig selv begynde at bruge telepsykiatri. Dette er en fejlagtig opfattelse, for indførelse af telepsykiatri kræver ikke mindst brugernes accept, grundighed i planlægning og vedholdenhed i implementeringen.

Gør man sig den ulejlighed at adressere disse organisatoriske udfordringer, så er der til gengæld gode chancer for at få telepsykiatri til at blive en del af den daglige praksis i psykiatrien. Men hvorfor skulle man indføre telepsykiatri i Danmark? Ønsket om at levere nem adgang til psykiatriske ydelser for borgere i yderområder har ofte været årsagen til indførelse af telepsykiatri i lande som Canada og Norge, der er præget af store tyndt befolkede områder. Selvom Danmark i mindre grad er præget af store tyndt befolkede yderområder, er afstand til det nærmeste behandlingstilbud i høj grad også på dagsordenen i den danske sundhedsdebat. Derfor kan ønsket om at etablere lokalt forankret adgang til psykiatrisk behandling tillige være et argument for indførelse af telepsykiatriske løsninger i Danmark. Men der kan også være andre og i Danmark måske væsentligere grunde til at indføre telepsykiatri.

Telepsykiatri bruges i udlandet til at binde højt specialiserede enheder sammen med psykiatriens basisniveau. Dette er netop ambitionen i Danske Regioners model for sikring af den rette balance mellem specialisering og nærhed. For det andet har telepsykiatri flere steder medført en mere effektiv udnyttelse af speciallægeressourcerne. Dette er sket, idet telepsykiatri medfører mindre spildtid i forbindelse med transport, og ikke mindst idet telepsykiatri understøtter opgaveglidning. Endelig bruges telepsykiatri nogle steder til at undersøge Shared Care mellem almen praksis og psykiatrien. De uden-

landske erfaringer viser altså, at telepsykiatri på tre væsentlige områder ville kunne støtte bæredygtigheden i den danske psykiatri. Ved implementering af telepsykiatri i Danmark kan man lade sig inspirere af disse udenlandske erfaringer, men det er afgørende for succes, at implementeringen bygger på lokale behov og inddrager lokale brugere. Derudover bør der opstilles en prospektiv business case, der sammenholder omkostninger og gevinster i den konkrete implementering.

Litteratur

- 1) Danske Regioner. Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2007. København: Danske Regioner; 2008.
- 2) Danske Regioner. Vidste du, at... Fakta om psykiatrien. København: Danske Regioner; 2009.
- 3) Andersen C. Psykiater? - Nej tak. Ugeskrift for Læger 2004;50:4566-72.
- 4) Aagaard P. Hver 3. psykiater mangler. Dagens Medicin 2009;03.27.2009:10.
- 5) Danske Regioner. Specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien. København: Danske Regioner; 2006.
- 6) Danske Regioner. En psykiatri i verdensklasse: På vej dertil. København: Danske Regioner; 2009.
- 7) Ermer D. Child and adolescent telepsychiatry clinics. Psychiatric Annals 1999;29(7):409-14.
- 8) WHO. Information Technology in Support of Health Care. Department of Essential Health Technologies, WHO 2009 [cited 2009 May 13]; Available from: URL: <http://www.who.int/eh/en/InformationTech.pdf>
- 9) Danske Regioner. Psykiatriens ABC (Viden og fakta). Danske Regioner 2009 [cited 2009 May 14]; Available from: URL: <http://www.regioner.dk/DanskeRegionerWeb/VidenOgFakta/Ordbog/Ordbog/Psykiatriens%20ABC/ordbog.aspx>
- 10) Muncie D, Hulbæk L. Etablering af telepsykiatri i Danmark (pilotprojekt). København: Behandlingscenter Den Lille Prins; 2007.
- 11) Muncie D. International telepsychiatry: a study of patient acceptability. J Telemed Telecare 2008; 14(5):241-3.
- 12) Sevaj F. Positive erfaringer med videokonference i børne- og ungdomspsykiatrien. Mennesker og Psykiatri 2009;10(Dec. 08/Jan. 09):10-1.
- 13) Center for Spiseforstyrrelser, Herning og Risskov (PowerPoints). Center for Spiseforstyrrelser 2009 [cited 2009 May 13]; Available from: URL: <http://www.rm.dk/files/psykiatri-social/Kurser/telepsykiatri/Telemedicin.ppt>
- 14) Den Fynske Telemedicinsatsning. Telemedicin i praktisk anvendelse. Odense: Center for Sundhedstelematik; 2006.
- 15) Frueh BC, Henderson S, Myrick H. Telehealth service delivery for persons with alcoholism. J Telemed Telecare 2005;11(7):372-5.
- 16) Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. Evidence of benefits from telemental health: A systematic review. Edmonton: Institute of Health Economics; 2007.
- 17) Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST. Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. CNS Spectr 2005 May;10(5):403-13.
- 18) Miller EA. Telemedicine and doctor-patient communication: an analytical survey of the literature. J Telemed Telecare 2001 Feb 1;7(1):1-17.
- 19) Bauer K. Cybermedicine and the moral integrity of the physician-patient relationship. Ethics and Information Technology 2004;6(2):83-91.

- 20) Capner M. Videoconferencing in the provision of psychological services at a distance. *J Telemed Telecare* 2000 Dec 1;6(6):311-9.
- 21) May C, Gask L, Atkinson T, Ellis N, Mair F, Esmail A. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Soc Sci Med* 2001 Jun;52(12):1889-901.
- 22) Miller EA. The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor-patient communication. *J Telemed Telecare* 2003;9(1):1-7.
- 23) Mair F, Whitten P. Information in practice. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ* 2000;320:1517-20.
- 24) Monnier J, Knapp RG, Frueh BC. Recent advances in telepsychiatry: an updated review. *Psychiatr Serv* 2003 Dec;54(12):1604-9.
- 25) Norman S. The use of telemedicine in psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006 Dec;13(6):771-7.
- 26) Myers KM, Valentine JM, Melzer SM. Child and adolescent telepsychiatry: utilization and satisfaction. *Telemed J E Health* 2008 Mar;14(2):131-7.
- 27) Keilman P. Telepsychiatry with child welfare families referred to a family service agency. *Telemed J E Health* 2005 Feb;11(1):98-101.
- 28) Elford DR, White H, St John K, Maddigan B, Ghandi M, Bowering R. A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *J Telemed Telecare* 2001 Apr 1;7(2):73-81.
- 29) Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Evaluation of a routine telepsychiatry service. *J Telemed Telecare* 2001;7(2):90-8.
- 30) Doze S, Simpson J. Evaluation of a telepsychiatry pilot project. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 1997.
- 31) Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. An assessment of routine telepsychiatry services. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 1999.
- 32) Clarke PH. A referrer and patient evaluation of a telepsychiatry consultation-liaison service in South Australia. *J Telemed Telecare* 1997;3 Suppl 1:12-4.
- 33) Bose U, McLaren P, Riley A, Mohammedali A. The use of telepsychiatry in the brief counselling of non-psychotic patients from an inner-London general practice. *J Telemed Telecare* 2001;7 Suppl 1:8-10.
- 34) Thomas CR, Miller G, Hartshorn JC, Speck NC, Walker G. Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence. *Telemed J E Health* 2005 Oct;11(5):567-73.
- 35) Manfredi L, Shupe J, Batki SL. Rural jail telepsychiatry: a pilot feasibility study. *Telemed J E Health* 2005 Oct;11(5):574-7.
- 36) Myers KM, Valentine JM, Melzer SM. Feasibility, acceptability, and sustainability of telepsychiatry for children and adolescents. *Psychiatr Serv* 2007 Nov;58(11):1493-6.
- 37) Pesämaa L, Ebeling H, Kuusimäki ML, Winblad I, Isohanni M, Moilanen I. Videoconferencing in child and adolescent psychiatry in Finland--an inadequately exploited resource. *J Telemed Telecare* 2007;13(3):125-9.
- 38) Starling J, Rosina R, Nunn K, Dossetor D. Child and adolescent telepsychiatry in New South Wales: moving beyond clinical consultation. *Australian Psychiatry* 2003;11:117-21.

- 39) Yoshino A, Shigemura J, Kobayashi Y, Nomura S, Shishikura K, Den R, et al. Telepsychiatry: assessment of televideo psychiatric interview reliability with present- and next-generation internet infrastructures. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Sep;104(3):223-6.
- 40) Davis GL, Boulger JG, Hovland JC, Hoven NT. The integration of a telemental health service into rural primary medical care. *J Agric Saf Health* 2007 Jul;13(3):237-46.
- 41) Boydell KM, Volpe T, Kertes A, Greenberg N. A review of the outcomes of the recommendations made during paediatric telepsychiatry consultations. *J Telemed Telecare* 2007;13(6):277-81.
- 42) Hogenbirk JC, Montgomery P, Boydell KM, Pong RW, Cudney D. Using Telehealth to augment delivery of mental health services by family health teams: Potential barriers and possible solutions. Final report. [S.n.]: Centre for Rural and Northern Health Research, Ontario; 2006.
- 43) Hilty DM, Marks SL, Urness D, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Clinical and educational telepsychiatry applications: a review. *Can J Psychiatry* 2004 Jan;49(1):12-23.
- 44) Frueh BC, Deitsch SE, Santos AB, Gold PB, Johnson MR, Meisler N, et al. Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development. *Psychiatr Serv* 2000;51(12):1522-7.
- 45) Ikelheimer DM. Treatment of opioid dependence via home-based telepsychiatry. *Psychiatr Serv* 2008 Oct;59(10):1218-9.
- 46) Hyler SE, Gangure DP. A review of the costs of telepsychiatry. *Psychiatr Serv* 2003 Jul;54(7):976-80.
- 47) Whitten P, Kuwahara E. A multi-phase telepsychiatry programme in Michigan: organizational factors affecting utilization and user perceptions. *J Telemed Telecare* 2004;10(5):254-61.
- 48) Whitten P, Adams I. Success and failure: a case study of two rural telemedicine projects. *J Telemed Telecare* 2003;9(3):125-9.
- 49) Ohinmaa A. What lessons can be learned from telemedicine programmes in other countries? *J Telemed Telecare* 2006;12 Suppl 2:S40-S44.
- 50) Urness D, Hailey D, Delday L, Callanan T, Orlik H. The status of telepsychiatry services in Canada: a national survey. *J Telemed Telecare* 2004;10(3):160-4.
- 51) Ohinmaa A, Roine R, Hailey D. The use of videoconferencing for mental health services in Canada and Finland. Edmonton: Institute of Health Economics; 2007.
- 52) May C, Gask L, Atkinson T, Ellis N, Mair F, Esmail A. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social Science & Medicine* 2001;52(12):1889-901.
- 53) Yellowlees P. Successful development of telemedicine systems--seven core principles. *J Telemed Telecare* 1997;3(4):215-22.
- 54) Stamm BH, Perednia DA. Evaluating psychosocial aspects of telemedicine and telehealth systems. *Professional Psychology Research and Practice* 2000;31(2):184-9.
- 55) Obstfelder A, Engeseth KH, Wynn R. Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implement Sci* 2007;2(25):1-11.
- 56) Williams TL, May CR, Esmail A. Limitations of patient satisfaction studies in telehealthcare: a systematic review of the literature. *Telemed J E Health* 2001;7(4):293-316.
- 57) May C, Mort M, Williams T, Mair F, Gask L. Health technology assessment in its local contexts: studies of telehealthcare. *Soc Sci Med* 2003 Aug;57(4):697-710.

- 58) Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ* 2000 Jun 3;320(7248):1517-20.
- 59) Johnston D, Jones BN, III. Telepsychiatry consultations to a rural nursing facility: a 2-year experience. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001;14(2):72-5.
- 60) Gagnon MP, Lamothe L, Fortin JP, Cloutier A, Godin G, Gagne C, et al. Telehealth adoption in hospitals: an organisational perspective. *J Health Organ Manag* 2005;19(1):32-56.
- 61) Allely EB. Synchronous and asynchronous telemedicine. *J Med Syst* 1995 Jun;19(3):207-12.
- 62) Kavanagh SJ, Yellowlees PM. Telemedicine--clinical applications in mental health. *Aust Fam Physician* 1995 Jul;24(7):1242-7.
- 63) Austen S, McGrath M. Telemental health technology in deaf and general mental-health services: access and use. *Am Ann Deaf* 2006;151(3):311-7.
- 64) Cloutier P, Cappelli M, Glennie JE, Keresztes C. Mental health services for children and youth: a survey of physicians' knowledge, attitudes and use of telehealth services. *J Telemed Telecare* 2008;14(2):98-101.
- 65) Hockey AD, Yellowlees PM, Murphy S. Evaluation of a pilot second-opinion child telepsychiatry service. *J Telemed Telecare* 2004;10 Suppl 1:48-50.
- 66) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- 67) Hilty DM, Luo JS, Morache C, Marcelo DA, Nesbitt TS. Telepsychiatry: an overview for psychiatrists. *CNS Drugs* 2002;16(8):527-48.
- 68) Greenwood J, Chamberlain C, Parker G. Evaluation of a rural telepsychiatry service. *Australian Psychiatry* 2004 Sep;12(3):268-72.
- 69) Hilty D, Luo JS, Morache C, Marcelo DA, Nesbitt TS. Telepsychiatry: what is it and what are its advantages and disadvantages? *CNS Drugs* 2002;16(1):527-48.
- 70) Paing WW, Weller RA, Welsh B, Foster T, Birnkrant JM, Weller EB. Telemedicine in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2009 Apr;11(2):114-9.
- 71) Ohinmaa A, Roine R, Hailey D, Kuusimaki ML, Winblad I. The use of videoconferencing for mental health services in Finland. *J Telemed Telecare* 2008;14(5):266-70.
- 72) Ryan VN, Stathis S, Smith AC, Best D, Wootton R. Telemedicine for rural and remote child and youth mental health services. *J Telemed Telecare* 2005;11 Suppl 2:S76-S78.
- 73) Hilty DM, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Evolution of telepsychiatry to rural sites: changes over time in types of referral and in primary care providers' knowledge, skills and satisfaction. *Gen Hosp Psychiatry* 2006 Sep;28(5):367-73.
- 74) Rowe N, Gibson S, Morley S, Krupinski EA. Ten-year experience of a private nonprofit telepsychiatry service. *Telemed J E Health* 2008 Dec;14(10):1078-86.
- 75) Lundberg G. Möten på distans: Telepsykiatri och patientstöd. *Socialmedicinsk tidskrift* 2003;80(6):520-6.
- 76) Shore JH, Savin DM, Novins D, Manson SM. Cultural aspects of telepsychiatry. *J Telemed Telecare* 2006;12(3):116-21.

- 77) Cruz M, Krupinski EA, Lopez AM, Weinstein RS. A review of the first five years of the University of Arizona telepsychiatry programme. *J Telemed Telecare* 2005;11(5):234-9.
- 78) Staller JA. Psychiatric nurse practitioners in rural pediatric telepsychiatry. *Psychiatr Serv* 2006 Jan;57(1):138.
- 79) Gelber H. The experience in Victoria with telepsychiatry for the child and adolescent mental health service. *J Telemed Telecare* 2001;7 Suppl 2:32-4.
- 80) Sørli T, Gammon D, Bergvik S, Sexton H. Psychotherapy supervision face-to-face and by videoconferencing: A comparative study. *British Journal of Psychotherapy* 1999;15(4):452-62.
- 81) Haythornthwaite S. Videoconferencing training for those working with at-risk young people in rural areas of Western Australia. *J Telemed Telecare* 2002;8 Suppl 3:S3-33.
- 82) Szeftel R, Hakak R, Meyer S, Naqvi S, Sulman-Smith H, Delrahim K, et al. Training psychiatric residents and fellows in a telepsychiatry clinic: a supervision model. *Acad Psychiatry* 2008 Sep;32(5):393-9.
- 83) Craig J, Loane M, Wootton R. Does telemedicine have a role to play in disease management? *Disease Management and Health Outcomes* 1999;6(3):121-30.
- 84) D'Souza R. A pilot study of an educational service for rural mental health practitioners in South Australia using telemedicine. *J Telemed Telecare* 2000;6(Suppl.):187-9.
- 85) Hanssen B, Wangberg SC, Gammon D. Use of videoconferencing in Norwegian psychiatry. *J Telemed Telecare* 2007;13(3):130-5.
- 86) Gammon D, Sørli T, Bergvik S, Høifødt TS. Psychotherapy supervision conducted by videoconferencing: a qualitative study of users experiences. *J Telemed Telecare* 1998;4 Suppl 1:33-5.
- 87) Burton DC, Stanley D, Ireson CL. Child advocacy outreach: using telehealth to expand child sexual abuse services in rural Kentucky. *J Telemed Telecare* 2002;8 Suppl 2:10-2.
- 88) Mitchell J, Robinson P, Seiboth C, Koszegi B. An evaluation of a network for professional development in child and adolescent mental health in rural and remote communities. *J Telemed Telecare* 2000;6(3):158-62.
- 89) Gelber H, Alexander M. An evaluation of an Australian videoconferencing project for child and adolescent telepsychiatry. *J Telemed Telecare* 1999;5 Suppl 1:S21-S23.
- 90) Danske Regioner. En ny uddannelse i psykiatrien - uddannelsen af specialpsykologer. København: Danske Regioner; 2009.
- 91) Danske Regioner. En psykiatri i verdensklasse. Regionernes visioner for fremtidens psykiatri. København: Danske Regioner; 2009.
- 92) Zaylor CL. An adult telepsychiatry clinic's growing pains: How to treat more than 200 patients in 7 locations. *Psychiatric Annals* 1999;29(7):402-8.
- 93) Nelson EL, Zaylor C, Cook D. A Comparison of Psychiatrist Evaluation and Patient Symptom Report in a Jail Telepsychiatry Clinic. *Telemedicine and e-Health* 2004;10:54-9.
- 94) Zaylor C, Whitten P, Kingsley C. Telemedicine services to a county jail. *J Telemed Telecare* 2000;6(1):93-5.
- 95) Brodey BB, Claypoole KH, Motto J, Arias RG, Goss R. Satisfaction of Forensic Psychiatric Patients With Remote Telepsychiatric Evaluation. *Psychiatr Services* 2000;51:1305-7.

- 96) Behandlingsgaranti i psykiatrien - udfordringer og muligheder. København: Danske Regioner; 2006.
- 97) Behandlingsgaranti i psykiatrien. Dansk Psykologforening, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger 2006 [cited 2009 May 13]; Available from: URL:
http://www.dp.dk/upload/pm_behandlingsgarant_tre_form%C3%A6nd__291106_.pdf
- 98) Sundhedsstyrelsen. Sygesikringsstatistikken. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 99) Roine R, Ohinmaa A, Hailey D. Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. CMAJ 2001 Sep 18;165(6):765-71.
- 100) Hilty DM, Servis ME, Nesbitt TS, Hales RE. The use of telemedicine to provide consultation-liaison service to the primary care setting. Psychiatric Annals 1999;29:421-8.

Bilag A: Søgedokumentation

Database	Søgning	Antal fund
PubMed	#1 Telemedicine[Mesh]	9.972
	#2 Psychiatry[Mesh]	74.793
	#3 Videoconferencing[Mesh]	339
	#4 "Mental Health Services"[Mesh]	59.268
	#5 Telepsychiatry[All fields]	206
	#6 #1 AND #2 (limit: 2000-2009)	292
	#7 #2 AND #3	25
	#8 #3AND #4	26
	#9 Telemental health[All fields]	17
	#10 Telemedicine/org. and adm.[Mesh]	4398
	#11"Telemedicine/utilization"[Mesh]	425
	#12 #10 OR #11 AND #2 (limit: 2000-2009)	185
#12 #3 AND #5	24	
PsycInfo	#13 Psychiatry[Mesh.] AND Telemedicine[Mesh]	49
	#14 Telepsychiatry[All fields]	44
	#15 Telemental health[All fields]	57
	#16 Psychiatry[Mesh] AND Videoconferencing[All f.]	47
	#17 Videocommunication[All fields]	2
Embase	Telepsychiatry[All fields] inkl. rel. terms gennemset	157
SveMed	Telepsykiatri	3
	Psykiatri AND Telemedicin	3
	Videokonferenser	8
Cochrane	Psychiatry AND Telemedicine	2
CRD-basen, York	Telepsychiatry	24
DSI-basen	Telepsychiatry	3
	Telemedicine AND Psychiatry	0
	Video* AND Psychiatry	0
	Videokonference*	0
Google Scholar	Videoconference AND Telepsychiatry	1.170
	Videocommunication AND Telepsychiatry	104
www.telemed.no	=Norwegian Centre for Telemedicine søgt: Telepsychiatry	11
http://tie.telemed.org/	=Telemedicine Information Exchange søgt: Telepsychiatry OR telemedicine AND psychiatry	200

