

Projektrapport

Etablering af telepsykiatri i Danmark (pilotprojekt)

Davor Mucic, speciallæge i psykiatri, overlæge
Behandlingscenter Den Lille Prins, Havneholmen 82, 1561 København V, Danmark

Titel: Etablering af telepsykiatri i Danmark (pilotprojekt)

Forfatter: Davor Mucic og Lars Hulbæk

Dato: 21.12.2007.

Antal sider: 48

Nøgleord: Telepsykiatri

Indhold

Forord	3
1.0 Indledning	4
1.1 Resumé	5
1.2 Baggrund for projektet	6
1.3. Komplexiteten i psykiatrisk behandling af flygtninge og indvandrere	7
2.0 Formål.....	9
2.1 Metode.....	10
2.2 Målgruppe.....	10
2.3 Organisering	10
2.4 Finansiering:	11
3.0 Etablering af samarbejde	11
3.1 RevaAktiv Integration, Odense Kommune	11
3.2 Psykiatrisk Center Rønne	12
3.3 Psykiatrisk Afdeling, Svendborg	12
3.4 Asylcentret i Jelling	12
3.5 Psykiatrisk Klinik, Malmø	12
4.0 Den tekniske løsning.....	12
4.1 Praktiske problemer	13
5.0 Forankring og procedure.....	14
5.1 Klinisk arbejde med patienter og deres pårørende	15
5.2 Børn og unge	17
6.0 Resultater	18
6.1 Telepsykiatri til asylansøgere.....	29
7.0 Formidling af projektets formål og resultater	37
7.1 Danske præsentationer.....	37
7.2 Internationale kongresser	38
8.0 Diskussion	39
8.1 Internationalt samarbejde	42
8.2 Forslag til fremtidige aktiviteter	42
9.0 Konklusion	44
Referencer	47

Bilag 1 (Patientinformation)

Bilag 2 (Samtykkeerklæring)

Bilag 3 (Spørgeskema til patienter)

Bilag 4 (Økonomisk analyse)

Forord

Telepsykiatri kan defineres som brug af telekommunikationsteknologi for at etablere forbindelse mellem klienter og behandlere med henblik på diagnostik, behandling, terapeutisk rådgivning og vejledning samt oplysninger om sygdommens karakter (psykoedukation). Derudover kan telepsykiatrien anvendes ved supervision.

Telepsykiatri er en metode, som primært er blevet anvendt i den psykiatriske behandling i USA og Australien siden 1959. I Skandinavien har det været anvendt i Norge, men herhjemme er det aktuelle projekt det første af sin art. Det har som formål haft, at man ved anvendelse af denne kommunikationsteknologi har kunnet muliggøre for klienter – børn, unge og voksne - med anden etnisk baggrund end dansk at få psykiatrisk behandling på deres eget modersmål uden brug af tolkebistand.

Rapporten beskriver de første resultater fra dette projekt og må give anledning til, at der arbejdes på, at konceptet videreudvikles og udbredes til kredse, som kan have gavn af dette koncept.

Som det er omtalt i rapportens perspektiveringsdel, kan de indhentede erfaringer med telepsykiatri endvidere danne basis for udvidelse af samarbejdet imellem skandinaviske lande mhp udveksling af ressourcer tværs over grænser. Anvendelse af telepsykiatri vil således kunne supplere og forbedre adgangen til de eksisterende ressourcer, hvilket i en tid med mangel på kvalificerede psykiatere kan få stor klinisk praktisk betydning.

Projektet er i sin idé, metode og praktiske gennemførelse helt baseret på speciallæge Davor Mucic' indsats og forståelse for dets nødvendighed, og uden hans vedholdende engagement havde det ikke kunnet gennemføres.

Marianne Kastrup
overlæge, lic.med.
Videnscenter for Transkulturel Psykiatri
Psykiatrisk Center Rigshospitalet

Bent Rosenbaum
overlæge, dr.med.
Psykiatrisk Center Glostrup

1.0 Indledning

Telepsykiatriprojektet har som sin primære målgruppe mennesker, der har brug for psykiatrisk hjælp, og som på grund af deres manglende beherskelse af det danske sprog ikke umiddelbart kan kommunikere med en dansktalende psykiater. Formålet med projektet var at etablere et kontinuerligt psykiatrisk ambulante behandlingstilbud for flygtninge og indvandrere (inkl. børn og unge) på deres respektive modersmål ved hjælp af videokonference. Desuden skulle metoden kunne anvendes til relevant psykiatrisk service af danske borgere, specielt i områder med rekrutteringsproblemer (udkantsområder som f.eks. Bornholm). En sidegevinst ved etableringen af telepsykiatri skulle være kompetenceudvikling af professionelle, i og med at de fik mulighed for faglig supervision og vejledning via psykiatere involveret i projektet.

Drivkraften for dette projekt har været et ønske om at forbedre behandlingsvilkår for alle, der ikke behersker det danske sprog, men har behov for psykiatrisk hjælp. Samtidig har man også været klar over voksende rekrutteringsproblemer i psykiatrien, som medfører øget pres på eksisterende ressourcer. Telepsykiatrien skulle bidrage til øget ressourcetilførsel til udkantsområder, mindske ressourceforbrug i behandlingen af etniske minoriteter (undgå tolkebistand og afkorte behandlingsforløb) samt forbedrede uddannelsesmuligheder for professionelle i det daglige arbejde i psykiatrien.

Hypotesen bag projektet var, at patienterne hellere ville tale med lægen via skærmen på eget modersmål frem for i en rum med lægen via en tolk. Således ville man via telepsykiatrien kunne tilbyde kompetent og relevant behandling, bibeholde kontinuitet i behandlingen samt spare både patienter og professionelle for unødvendige rejse- og tolkeomkostninger.

I denne rapport er der lagt vægt på de mange bias opnået i det kliniske arbejde igennem tre år (2004 - 2007). Det er håbet, at projektets resultater kan fremme den danske anvendelse af telepsykiatri i almindelighed og i særdeleshed forbedre det psykiatriske behandlingstilbud til flygtninge og indvandrere. Projektet har i sit seneste år udvidet sig over landets grænse, da vi fik etableret telepsykiatriservice imellem Danmark og Sverige. Således er Danmark kommet et skridt foran alle andre europæiske lande, som har haft telepsykiatrien i væsentligt længere tid i deres sundhedssystemer. Man må håbe, at Danmark vil være med som initiativtager til et mere omfattende EU-telepsykiatrinetværk.

Denne rapport er udarbejdet med ønske om at udbrede kendskabet til det første danske telepsykiatriprojekt blandt både patienter og professionelle. Vi håber, at rapporten vil kunne bidrage til bedre samarbejde mellem aktørerne i behandlingssystemet til fordel for patienterne.

Tak til deltagere i projektet, som har udvist stor samarbejdsvilje. Ligeledes tak til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Egmont Fonden og Sygekassernes Helsefond for den økonomiske støtte, som var afgørende for gennemførelse af projektet.

Kastrup 21.12.2007.

Davor Mucic, speciallæge i psykiatri

1.1 Resumé

Telepsykiatriprojektet blev efter anbefaling fra Sundhedsstyrelsen støttet af hhv. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Egmont Fonden og Sygekassernes Helsefond. Projektet er blevet gennemført i perioden sommeren 2004 - efteråret 2007. Telepsykiatri indebærer anvendelse af videokonference mhp psykoedukation, diagnosticering og behandling på afstand. Det betyder, at patienten og lægen kan samtidig både se og høre hinanden ligesom via TV- transmittering. Der fandtes tungtvejende både etiske og behandlingsmæssige grunde til at gennemføre projektet. Disse er detaljeret beskrevet i afsnittet om baggrunden for projektet.

Formålet med projektet var at vise store fortrin, som metoden måtte have specielt i forhold til behandlingen af etniske minoriteter. Hypotesen bag idéen var, at patienterne ville foretrække kommunikation via deres respektive modersmål, selvom det foregik "via TV" frem for tolkeformidlet direkte kontakt med en dansktalende læge. Ved at etablere et kontinuerligt psykiatrisk ambulans behandlingstilbud for flygtninge og indvandrere (inkl. børn og unge) på deres respektive modersmål ved hjælp af telepsykiatri kunne man øge patienternes tilfredshed og deres respons til behandlingen og samtidigt mindske behandlingsudgifterne.

Nyhedsværdien i selve metoden består i, at patienterne får psykiatrisk hjælp på deres eget modersmål. På denne måde undgås brug af tolke, og behandlingsalliancen opnås hurtigere. Effektivitet og kompetence udvides, i og med at man kan trække på ressourcer, der hvor de findes, når/hvis man selv mangler dem.

Patienttilfredshed med telepsykiatrien blev undersøgt via specialdesignet spørgeskema. Efter afsluttet telepsykiatriløb har patienterne udfyldt spørgeskema bestående af 10 spørgsmål. Analysen af svarene afslører høj tilfredshed med metoden og villighed til at både fortsætte med anvendelse samt anbefale den til andre. Patienter ville hellere tale med en læge via telepsykiatri, når det foregår på eget modersmål frem for direkte kontakt med lægen via en tolk.

Økonomien er et vigtigt aspekt i projektet. Der er store besparelser, i og med at der ikke anvendes tolke, og at patienterne ikke behøver at rejse. Samtidig gøres behandlingsforløbet meget, meget kortere, hvilket nedsætter samlede omkostninger. Resultaterne af hidtidige forløb er offentliggjort ved både danske og internationale kongresser og konferencer samt publiceret som videnskabelige artikler og et kapitel i en bog.

Metoden kan dog med klar fordel også anvendes af andre patientgrupper, dvs. danske patienter, der hvor der er begrænset eller besværliggjort tilgang til psykiatrisk ekspertise enten på grund af lange ventetider eller lange afstande. Eksempelvis

- telepsykiatrisk tilsyn på somatisk sygehusafdeling
- telepsykiatrisk supervision til distriktpsikiatriske teams
- sikring af lige adgang til psykiatriske behandlingstilbud, herunder i områder med mangel på behandlere

Anvendelsen af telepsykiatrien indenfor det eksisterende behandlingssystem vil kunne medvirke til øget effektivitet og nedsat ventetid samt øge omfang af samarbejde og udveksling af ekspertise mellem aktører indenfor behandlingssystemet (undervisning og

supervision af plejepersonale i det offentlige behandlingssystem, afholdelse af behandlingskonferencer imellem f. eks. to fjerne psykiatriske afdelinger i landet, rådgivning og psykoedukation af pårørende til sindslidende, m.m.).

Telepsykiatrien er nyskabende og kan være teknisk interessant for nye generationer af læger, som er vokset op med computere og internet. Metoden kan være med til at øge interessen for psykiatrien og mindske rekrutteringsproblemer. Det kræver en omfattende oplysnings- og undervisningskampagne om telepsykiatriens mangfoldighed, og telepsykiatri bør som disciplin og værktøj inddrages på relevante steder i de sundhedsfaglige uddannelser, både prægraduat og i den postgraduate efteruddannelse. Gevinsterne ved telepsykiatri er delvist betinget af udbredt anvendelse. Udbredelse af elektronisk samarbejde i sundhedssektoren forudsætter erfaringsmæssigt national koordinering af lokale aktiviteter.

Udbredelse af kendskabet til telepsykiatrien og især projektets resultater vil kunne føre til ændrede arbejdsgange i behandlingen af etniske minoriteter med psykiske forstyrrelser.

1.2 Baggrund for projektet

Telepsykiatri har været anvendt gennem flere årtier, frem for alt i dele af verden hvor store geografiske afstande har vanskeliggjort direkte kontakt mellem patient og psykiatrisk ekspertise, f.eks. Australien, USA og Norge. Telepsykiatri benyttes også i lande med mindre geografiske afstande så som Finland og England. Der foreligger således efterhånden en ganske omfattende dokumentation om brugen af telepsykiatri i den videnskabelige litteratur [1-7]. Værdien af telepsykiatri i form af videokonference til brug ved diagnosticering og behandling af psykiatriske lidelser er beskrevet i flere arbejder, og generelt findes reliabiliteten høj [8-12]. Patienternes reaktioner er almindeligvis positive [11-19]. De professionelle brugere finder også, at telepsykiatri er et pålideligt og brugbart værktøj [14,20]. Ifølge de seneste undersøgelser findes der ingen signifikant forskel i behandlingen af depressioner, hvad enten behandlingen foregår face-to-face eller via telepsykiatri [15]. Der er heller ingen forskel i hverken patienttilfredshed eller i direkte behandlingsomkostninger, uanset hvilken af de to kontaktformer man anvender [15]. Økonomisk gevinst ved brug af telemedicin er beskrevet og er afhængigt af omfanget af brugen [13,20,21]. Telepsykiatri kan medvirke til at nedsætte indlæggeshyppigheden, unødvendig stigmatisering af patienter kan mindskes [16], og risikoen, for at patienten bliver afhængig af terapeuten, kan reduceres [17]. Psykiatriske konsultationer samt opfølgningssamtaler foretaget via telepsykiatri har vist sig at være ligeså effektive, som når de foregår face-to-face [18].

Det er generelt erkendt, at adgangen til medicinsk ekspertise inklusiv psykiatri er vanskeligere, jo længere væk man bor fra større bymæssige centre [22]. Der findes også en erkendelse af, at indvandrere er udsat for større helbredsrisici [22]. Dette må også forventes at gøre sig gældende for de flere tusinde flygtninge, indvandrere og asylansøgere, som findes i Danmark. Specielt hvad angår psykiatrien, må det antages, at de udgør en særlig risikogruppe, idet der kun findes få behandlere med anden etnisk baggrund end dansk, hvorfor langt de fleste flygtninge behandles ved brug af tolk. Det eneste sted i Danmark, hvor man har anvendt telepsykiatrien, er Behandlingscenter "Den Lille Prins" i København.

Centrets leder, speciallæge i psykiatri, overlæge Davor Mucic har siden 2003 gennemført flere pilotprojekter (bl.a. i samarbejde med Amager Hospitals psykiatriske afdeling og

Distriktpsychiatrisk Center i Viborg) og præsenteret resultaterne af samarbejdet på Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøde i februar 2003.

I kraft af populationsforandringer inden for de sidste 10-15 år i Danmark (flere hundredetusinde flygtninge, indvandrere og asylansøgere fra forskellige verdensdele) samt nedsat interesse for psykiatri hos nyuddannede læger (10 ud af 700 nyuddannede læger vælger psykiatri som speciale) må vi i dag erkende, at behandlingssystemet, i hvert fald indenfor psykiatrien, i visse områder mangler ressourcer for at kunne tilbyde den optimale behandlingskvalitet.

Grundet aktuel stor mangel på speciallæger i psykiatri er der såvel danske borgere som flygtninge, indvandrere og asylansøgere, som udsættes for lange ventetider i både privat psykiatri og i offentligt behandlingssystem. Det er blevet tiltagende svært at finde og rekruttere psykiatere til at arbejde i provinsen. Dette medfører endnu længere ventetider samt kortere behandlingsforløb og for tidlig udskrivning, når man endelig kommer i behandling. Erfaringerne har vist, at for tidlig udskrivning øger risikoen for tilbagefald. Blandt de flere tusinde flygtninge fra Eksjugoslavien, Mellemøsten og Østeuropa, der befinder sig i Danmark, er der ganske mange, som har brug for psykiatrisk vurdering og behandling. Samtidig er der ganske få danskautoriserede terapeuter, som taler bosnisk/serbisk/kroatisk, arabisk, farsi, polsk eller russisk, hvorfor behandlingen hidtil er foregået via tolk med alle de ulemper og mangler, som dette kan medføre. Behandlingscentre er overbelastede, og ventelisterne er lange (visse steder op til flere år).

1.3. Komplexiteten i psykiatrisk behandling af flygtninge og indvandrere

Behandlingen af fremmedsprogede kan være meget kompliceret af flere grunde som beskrevet på www.psyknet.dk, hvorfra følgende citeres:

- *De kan ikke tale dansk.*
- *På grund af den psykiske lidelse kan de ikke tale dansk, eller sproget er ikke godt nok til, at de kan beskrive deres psykiske problemer.*
- *De kommer fra en anden kultur, hvor man behandler psykisk lidelse anderledes.*
- *Nogle etniske grupper reagerer biologisk anderledes på en medicinsk behandling, end europæere gør generelt*
- *Det kan være vanskeligt at tilbyde den hjælp, patienten og familien har behov for på grund af store kulturelle forskelle.*

Sprogproblemet

Sprogproblemet er det største og det grundlæggende problem for at kunne yde en tilfredsstillende behandling. Psykisk lidelse er så kompliceret en tilstand, at patientens ordvalg har afgørende betydning for, at man kan forstå og dermed give korrekt behandling. Man kan ikke nøjes med "fingersprog" m.m., som man kan ved et brækket ben.

Tolkesamtaler

Tolkesamtaler er derfor nødvendige, for at man kan få et tilfredsstillende indtryk af, hvilken behandling der skal gives, og patienten og de pårørende kan få et indtryk af diagnose, hvad behandlingen vil gå ud på, hvor længe den vil vare m.m.

Man kan ikke bruge slægtninge til at tolke, selvom de måtte være i stand til det, da det kan bringe begge parter i en meget vanskelig situation pga. det private indhold, den psykiske

lidelse ofte har. Slægtninge kan være en del af patientens problem, og dermed skabes et yderligere problem, hvis slægtninge sættes til at tolke.

Af flere grunde er det ofte en ret kompliceret affære at få tilfredsstillende tolkebistand:

- Tolken skal på samme måde som behandleren vinde patientens tillid, for at en tolkesamtale kan give et tilfredsstillende resultat.
- Generelt er der for få tolke til de fleste indvandrergupper.
- Kun ganske få tolke har en autoriseret uddannelse.
- Kun ganske få tolke har et nødvendigt kendskab til psykisk lidelse, så de kan oversætte korrekt.
- Kun ganske få tolke har træning i at være sammen med psykisk lidende og kan udholde de følelsesmæssige elementer, der kommer frem i kontakten og samtalen.
- Tolke må ikke være i familie med patienten eller pårørende eller tilhøre omgangskredsen.
- I mange situationer vil det være nødvendigt, at tolken har samme køn som patienten.
- For flygtninge skal man være særligt opmærksom på, at en tolk, der kan patientens sprog, kan tilhøre eller repræsentere modparten i hjemlandets borgerkrig, og derfor kan vedkommende ikke bruges.
- Der er for få tolke, og der er sjældent ressourcer til daglige tolkesamtaler under indlæggelse. Det betyder, at fremmedsprogede stilles dårligere i den daglige behandling i forhold til andre patienter, der kan det danske sprog tilfredsstillende.

Religion og kultur

De fleste indvandrere har en anden religion og kultur end vores. Da psykisk lidelse er tæt forbundet med ens person (modsat et brækket ben), kan det give betydelige problemer i behandlingen.

Dels kan det være vanskeligt for behandleren at tilbyde den rigtige hjælp pga manglende forståelse af, hvad der er normalt og det modsatte for eksempel i en muslimsk familie.

Dels kan det være vanskeligt for patienten og familien at indordne sig under de sociale retningslinier, som kommunerne har for at yde den støtte, man har behov for.

Der opstår således let konflikter mellem parterne, som oftest små, men mange, der gør det vanskeligt at nå til et ønsket resultat.

Således må man konkludere, at en professionel kompetent behandler med anden etnisk baggrund end dansk vil kunne yde en hel del mere i forhold til tværkulturelle patienter sammenlignet med en dansk læge, som må formidle psykiatrisk/psykologisk bistand via en tolk.

Telepsykiatrien er ikke forbeholdt voksne, men også **børn og unge** kan have gavn af denne metode. Telepsykiatri anvendes til både behandling og psykoedukation af både børn og unge i de dele af verden, som har mange års erfaring på området, dvs. Australien, USA og Canada. Resultater af anvendelse af telepsykiatri hos børn og unge er yderst positive. Der er etableret flere "mental health programmer" i nævnte lande[23-27]. Der er ikke fundet signifikant forskel imellem "face-to-face" konsultation og behandlingen via telepsykiatri. Dvs. at børn og unge kan i ligeså høj grad anvende telepsykiatrisk behandling som den traditionelle ved direkte kontakt med behandleren.

Hypotesen bag idéen om at involvere **børn og unge** i telepsykiatriprojektet har sin baggrund i følgende:

1. Moderne børn og unge er i en næsten daglig kontakt med computeren og opfatter den som en venlig og lydlig medhjælper, der kan bruges til mange ting, bl.a. til kommunikation med andre. Når den bruges som kommunikationsmiddel med en voksen, kan computeren "formindske" autoriteten, da brugeren/patienten har fuld kontrol over maskinen. Man kan endda slukke for den, og det er en mulighed, der gør, at selv autistiske børn/unge oplever samtalen som noget, der til en vis grad ligestiller dem med de "farlige" voksne. Brugen af en "venlig" maskine kan hjælpe til med, at nogle unge slipper for den indre kamp mod autoriteten og for nogle børn - de tosprogede - endda mod to autoriteter: psykiateren og tolken. Via computeren vil den unge kunne opnå en form for tryghed i en for dem allerede vanskelig situation.

2. Tosprogede børn og unge taler ofte et "tredje" sprog, et sprog som har grundlag i deres modersmål med kraftig lånte grammatiske og syntaktiske former fra det danske sprog (det sker også i den omvendte situation: når de taler dansk, bruger de mange vendinger og udtryksmåder fra modersmålet). Denne blanding af sprogene er umulig at formidle, og derfor går mange nuancer tabt. Kun den direkte samtale med en person, der forstår begge sprog, kan gøre, at forståelsen er fuldkommen.

3. Mange unge tosprogede klarer sig sprogligt nogenlunde godt op til puberteten. I denne periode mærkes der imidlertid en mangel: de har det svært med abstrakte begreber. De største vanskeligheder vises i de områder, hvor de kulturelle forskelle er størst, og det er meget af det, der har med følelser at gøre. Disse unge har det svært med at udtrykke sig om kærlighed, sex, forhåbninger og lignende. Hvis man oven i købet bliver ramt af nogle psykiske vanskeligheder og skal bede om faglig hjælp, vokser problemerne sig endnu større, fordi sproglige mangler gør, at det er svært at forklare, hvori problemerne ligger.

4. Ressourcerne kan bruges meget bedre – en koordinering på landsplan ville muliggøre, at ventetiden til en ønsket samtale kraftigt formindskes, og unge fra hele landet kunne bruge de meget få dansk uddannede eller autoriserede psykiatere af anden etnisk herkomst. Det vil hjælpe dem helbreds-mæssigt, men det vil også lette deres integration i dette samfund.

2.0 Formål

Formålet med telepsykiatriprojektet er at give relevant psykiatrisk hjælp til fremmedsprogede patientgrupper via deres eget modersmål alle steder, hvor adgang til relevant "etnisk" ekspertise er begrænset og/eller besværliggjort pga. lange afstande eller ressourcemangel. På den måde vil man undgå brug af tolke og ud over økonomiske besparelser kunne opnå højere kvalitet af både vurderingen og selve behandlingen af psykiske forstyrrelser. Telepsykiatrien kan således hjælpe flere tusinde flygtninge og indvandrere (inkl. børn og unge) til at kunne blive vurderet og behandlet på eget modersmål uanset den fysiske afstand imellem patienten og lægen. Brugen af telepsykiatri vil alt andet lige bidrage til at mindske denne afstand og derved muliggøre, at der kan bruges mere tid på vurdering og behandling af patienterne.

Sideløbende med behandlingsforløbene ville man ved hjælp af telepsykiatri kunne etablere supervision af personale samt psykoedukation af både patienter og deres pårørende. Telepsykiatrien kan med klar fordel også anvendes til behandling/vurdering af en bred dansk patientpopulation, f.eks. patienter med OCD (tvangstanker og/eller -handlinger);

unge, som er åbne overfor nye kommunikationsmetoder; handicappede, som har det svært ved at blive transporteret til deres respektive behandlere; borgere i yderområder med mangel på psykiatere osv.

Det må understreges, at telepsykiatrien aldrig er tænkt som erstatning for det etablerede behandlingssystem, men derimod som et supplement.

2.1 Metode

Metoden består i, at patienten og lægen kommunikerer med hinanden via en TV-skærm og et avanceret videokamera tilsluttet internettet. Patienten og lægen kan både se og høre hinanden ligesom ved direkte TV-transmittering. Det betyder, at patienten kan modtage behandling i sin respektive kommune, mens psykiateren befinder sig i København. Behandlingen kræver en del udstyr, som tilkobles internettet. Det nødvendige tekniske udstyr må opsættes i de respektive kommuners integrations-/flygtningeafdelinger eller på landets sygehuse. Udstyret består af et TV samt et kommunikationsmodul med indbygget videokamera, som kan fjernstyres. Tilsvarende udstyr er allerede installeret på centret "Den lille Prins".

Som sidegevinst har de respektive sagsbehandlere og/eller andre i behandlingen involverede parter også mulighed for direkte rådgivning/information om de aktuelle behandlingsforløb af deres klienter via telepsykiatrien. Desuden får pårørende til sindslidende også mulighed for psykoedukation, hvilket er en vigtig forudsætning for bedre at kunne forstå og håndtere et liv med en sindslidende i familien.

I forløbet anvendes medicinsk behandling og/eller samtaleterapi (kognitiv og adfærdsterapi samt støttende samtaler). Det enkelte behandlingsforløb indeholder maksimalt 30 seancer af 45-60 minutters varighed.

2.2 Målgruppe

1. Flygtninge og indvandrere (inkl. børn og unge) med eller uden tidligere kendte psykiske forstyrrelser. Ligeledes danske patienter med behov for kontinuerlig psykiatrisk kontakt. I denne gruppe vil man behandle patienter, som hører til de områder i Danmark, hvor der er stor mangel på psykiatere. Det vil hyppigst være patienter med tilknytning til distriktspsykiatrisk center eller privatpraktiserende psykiater, men som ikke kan klare lange ventetider til konsultation/behandling.

2. Danske borgere samt flygtninge og indvandrere henvist med henblik på statusbedømmelse eller speciallægeundersøgelse som led i revaliderings- eller pensionssager.

2.3 Organisering

Projektets styregruppe består af:

- Overlæge, lic.med. Marianne Kastrup, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri.
- Overlæge, dr.med., forskningslektor Bent Rosenbaum, Psykiatrisk Center, Glostrup.
- Chefkonsulent Lars Hulbæk, MedCom – ansvarlig for udvikling af det danske sundhedsdatanet (www.medcom.dk)
- Teknisk direktør Kristoffer Karlsen, Dansk Telemedicin A/S - ansvarlig for teknisk udførelse af projektet (www.telemedicin.dk)

Styregruppen mødes 2 gange om året.

Videokonferenceudstyr er under projektperioden blevet installeret i hhv.:

- Reva Aktiv, Toldbodgade 5-7, Odense.
- Psykiatrisk Afdeling i Rønne
- Psykiatrisk Afdeling i Svendborg
- Asylcentret i Jelling

Behandlingsdelen af projektet varetages af terapeuterne, som er tilknyttet behandlingscentret Den Lille Prins (www.denlilleprins.org) under faglig ledelse af Davor Mucic, speciallæge i psykiatri, overlæge.

2.4 Finansiering:

- Sygekassernes Helsefond har d. 12.5.2004 bevilget 150.000 kr. (j.nr.2004D205).
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har d. 4.8.2004 bevilget 930.000 kr. til projektet.
- Egmont Fonden støtter projektet med 1.270.000 kr.

3.0 Etablering af samarbejde

Kundskab til telepsykiatri har været meget lav i Danmark, eftersom metoden aldrig er blevet brugt i det offentlige behandlingssystem. Psykiatrien på Grønland har dog haft enkelte forsøg med telepsykiatrien, men har aldrig etableret et bæredygtigt system til daglig klinisk anvendelse. Således fandtes der ingen danske referencer, da projektet i sommeren/efteråret 2004 skulle starte. Derfor gennemførte vi en slags oplysningskampagne overfor potentielle samarbejdspartnere. Et kort resumé af projektbeskrivelsen blev sendt til flere kommuner samt psykiatriske afdelinger landet rundt, hvorefter disse blev kontaktet pr. telefon mhp at aftale en tid til præsentation af projektet. Da respons udeblev, fik vi etableret nyhedsbrevservice. Nyhedsbrevet sendtes hver 3.-6. måned med opdatering om projektets udvikling. En del af de kontaktede potentielle samarbejdspartnere kunne ikke afsætte tid til orienteringsmødet. Andre var tilfreds med eksisterende behandlingstilbud til flygtninge og indvandrere, som foregår via tolk, og mente ikke, at telepsykiatri kunne forbedre behandlingsmulighederne (f.eks. Vestsjællands Amt). En del af de kontaktede har givet udtryk for, at de helst vil behandle deres patienter selv, samtidig med at de dog var interesserede i telepsykiatrien som sådan. Et enkelt rehabiliteringscenter for behandling af torturofre har givet skriftligt svar med udtryk for skepsis overfor metoden, i og med at de "anser patienter for alt for dårlige til at kunne indgå i telepsykiatriløb".

3.1 RevaAktiv Integration, Odense Kommune

Efter 6 måneders intensiv oplysningsarbejde med både udsendt skriftligt materiale og mundtlige præsentationer af projektet, blev første telepsykiatristation etableret på RevaAktiv Integration, Toldbodgade 5-7 i Odense (februar 2005). Socialmedicinsk Afdelings læger kunne se fordele i at anvende telepsykiatri mhp afklaring og diagnosticering af deres etniske klientel på RevaAktiv.

3.2 Psykiatrisk Center Rønne

Den 25. juli 2005 etableredes telepsykiatrystation ved Psykiatrisk Center i Rønne, Bornholm. Ressourcemangel i yderområder (hvor man har anvendt telepsykiatri) er et velkendt fænomen verden over[28-34]. Bornholm er ingen undtagelse. Psykiatrien på Bornholm har ingen terapeuter, som taler de "etniske" patienters sprog. Endvidere er der lange ventetider for de fleste patienter henvist til psykiatrien via egen læge. I mange tilfælde må patienterne rejse til København for at kunne blive undersøgt og/eller behandlet. Af disse årsager syntes man, at telepsykiatri kunne blive et relevant værktøj at anvende. Desuden har man kunnet se fremtidige muligheder i forbedret kommunikation og øget adgang til ressourcer, som man vil kunne trække på fra hele H:S' område. Derfor syntes det oplagt at etablere telepsykiatrien på Bornholm, som i fremtiden vil kunne bruge erfaringerne og teknikken til behandling af ikke kun udlændinge, men også en bred vifte af danske patienter.

3.3 Psykiatrisk Afdeling, Svendborg

Efter telepsykiatريفrelæsningen i Svendborg d. 2. maj 2006 blev der vakt større interesse for etableringen af telepsykiatrien på Fyn. Psykiatrisk Afdeling fra Svendborg Sygehus har med hjælp fra Center for Sundheds-telematik i efteråret 2006 etableret telepsykiatrilink til Behandlingscentret "Den Lille Prins" i Kastrup.

3.4 Asylcentret i Jelling

I oktober 2006 blev udstyret installeret i asylcentret i Jelling mhp bedømmelse og behandling af asylansøgere. Således blev projektets målgruppe udvidet til stor glæde for både personalet og patienterne, som fik mulighed for at undgå tolkeformidlet kommunikation.

3.5 Psykiatrisk Klinik, Malmø

I løbet af april 2006 installeredes videokonferenceudstyret i Malmø. Således er en del af det kliniske arbejde blevet udført tværs over landets grænser. Arabisk- og polsktalende behandlere tilknyttet Behandlingscentret Den Lille Prins har fra Malmø behandlet patienterne i Rønne, Svendborg, Odense og Jelling.

4.0 Den tekniske løsning

Udstyret anvendt i projektet er videokonferenceudstyr, der tilsluttes et fjernsyn samt et netværksstik, og er således ikke PC-baseret. Vi har haft dårlig erfaring med PC-baseret udstyr fra tidligere projekter (kvaliteten bliver simpelthen for dårlig, og systemerne kører ofte ustabil) og har i stedet valgt at benytte kamera model VSX 7000 fra firmaet Polycom. En anden fordel ved at køre ikke-PC-baseret er, at man er ude over problemer med sikkerhed, virus, etc. Systemet kører på Ethernet, der skal altså være adgang til et ethernetstik i lokalet, hvor udstyret skal stå. Vi bruger typisk 2 faste TCP-porte og 5 faste UDP-porte (til video og lyd). Planen har været at benytte sundhedsdatanettet og på den måde muliggøre fri kommunikation mellem Behandlingscentret Den Lille Prins og aktører i det offentlige behandlingssystem. Desværre har sundhedsdatanettet ikke været klar til videokonference af høj kvalitet, som kræves for tilfredsstillende telepsykiatريفrløb. Derfor har vi i projektet benyttet bredbåndsforbindelse (sHDSL) af ca. 2 Mbit/s.



4.1 Praktiske problemer

Modstanden mod telepsykiatri er et velbeskrevet fænomen og baseres ofte på angst for nye medier og metoder samt bekymringer for tab af nonverbal kommunikation [35]. Besværet oplevet under projektiden, de steder hvor samarbejdet var etableret, kunne dog ikke relateres til selve holdningerne vedr. telepsykiatrien. Skjult eller åbenlys skepsis visse steder er ganske hurtigt lavet om til åben støtte, da personalet kunne se og høre, hvor tilfredse patienterne blev. Personalet har udtrykt høj grad af tilfredshed med metoden og viljen til fortsat at anvende telepsykiatrien til trods for nedenfor beskrevne praktiske vanskeligheder:

RevaAktiv var den første samarbejdspartner, hvor udstyret installeredes i januar 2005. Arbejdet gik som planlagt, men måtte pludselig afbrydes i maj samme år efter et simpelt tyveri af udstyret. Da der ikke forelå tegn på indbrud, ville ingen af respektive forsikringsselskaber (hverken vores eller RevaAktiv's) dække udgifterne. Odense Kommunes juridiske afdeling har ligeledes afvist, at RevaAktiv skulle stå for erstatning. Den administrative korrespondance tog 4 mdr., under hvilken intet klinisk arbejde blev udført. Samarbejdet genetableredes i september 2005, efter at man fik endeligt og negativt svar på erstatningsspørgsmålet. Vi købte et nyt sæt udstyr og fik det installeret på ny samme sted (RevaAktiv Integration, Toldbodgade 5-7, 5000 Odense C), hvorefter projektet kunne fortsætte. Denne bitre erfaring har lært os at kræve en underskrevet låneaftale, som forpligter samarbejdspartneren i at tage sin del af ansvaret for det tekniske udstyr. Alle

steder, hvor udstyret blev installeret, har man observeret, at lokalet bruges til andre formål, mens telepsykiatrien fylder en mindre del. Jelling anvender lokalet til hhv. sekretæren og psykiatrikonsulenten, RevaAktiv til samtaler, Svendborg til behandlingskonference, mens lokalet på Bornholm "udlånes efter behov" af afdelingens overlæge. Alt dette har i sagens natur medført en del besvær, da konsultationstiderne måtte koordineres, afhængig af, hvornår lokalet var ledigt.

Således så man hellere, at telepsykiatrien havde egne lokaler og personaleansvarlig for koordination af telepsykiatriarbejdet.

Vi har erfaret, at hver gang lokalet flyttedes, blev IP-adressen ændret, således at forbindelsen ikke kunne oprettes. Andre gange skyldtes IP-adresseændring simpel opdatering af netværket foretaget af de respektive IT-afdelinger. Da man heller ikke fik besked om ændringerne, førte det til en del frustrationer, men egentlig ikke til væsentlige forsinkelser i arbejdet. Erfaringerne er i hvert fald ført ind i procedurebogen. Til sidst blev det aftalt, at enhver evt. ændring i netværket skulle meddeles projektets IT-tekniker i god tid, så han kunne teste udstyret inden næste patientsamtale.

Vedr. dansk patientpopulation i projektet kunne man ønske væsentligt større antal henvisninger. Det forekom, at man i det hele taget havde opfattelsen af, at telepsykiatrien tilhører behandlingen af etniske minoriteter. Her kunne man selv se den umiddelbare fordel ved, at flygtninge blev set af en læge med en anden etnisk baggrund. Idéen om, at danske patienter også kan have gavn af telepsykiatrien, er blevet accepteret og forstået, men desværre ikke ført ud i praksis. Der skal ofte nogen tid til, før man vænner sig til tanken og indfører nye metoder i et etableret behandlingssystem. Økonomien har uden tvivl spillet en vigtig rolle i "fravalget" af telepsykiatrien, da ydelsen ikke er dækket af sygesikringen, således at danske patienter fortsat henvises til praktiserende psykiatere med overenskomst med sygesikringen.

Det samme gælder børn og unge, som egentlig er meget mere egnet til telepsykiatrien end deres forældre, eftersom børn og unge er mere vant til teknologien. Vores ønske var at nå frem til både børn og unge af hhv. dansk og anden etnisk oprindelse, da internationale resultater af telepsykiatriindsatser overfor børn og unge er meget positive. Man må håbe, at evalueringen vil medvirke til positive ændringer i både holdninger og ikke mindst handlinger, hvad angår børn og unge i forhold til telepsykiatrien.

5.0 Forankring og procedure

Inden påbegyndelse af patientarbejde har vi gjort en del forberedelser, dels for at teste teknikken, og dels for at give brugerne mulighed for at se udstyret, at lære at bruge det og at vænne sig til tanken. Forankringsarbejdet indebar både undervisning, træning og oplæring af personalet i at anvende teknik og øge kendskab til telepsykiatriens muligheder. Desuden udpegedes relevante kontaktpersoner til at være ansvarlige for koordination af arbejdet på respektive telepsykiatristationer.

Det må tilføjes, at samarbejdspartnere har accepteret at betale en del af udgifterne i forbindelse med driften. Dette var en bevidst beslutning taget på baggrund af internationale erfaringer, som viser, at de fleste telepsykiatriprojekter "dør ud" snart efter, at fondspenge er opbrugt. Vi har målrettet sigtet på længerevarende samarbejde, som måtte fortsætte efter projektperioden. Samarbejdspartnere har under projektførelsen "vænnet sig" til at betale en lille del for ydelsen og vil fortsætte med at gøre det efter afslutningen på projektet.

Under de første måneders kliniske arbejde har vi udarbejdet en *procedure*, som muliggør lettere anvendelse af teknologien og optimal brug af ressourcer både på Behandlingscentret Den Lille Prins og hos samarbejdspartnere. Udarbejdelse af proceduren i samarbejde med personale har medvirket til, at personalet har følt sig mere delagtige i projektet. Erfaringerne i telepsykiatrien på verdensplan har vist, at aktiv involvering af personalet er nøglen til et vellykket telepsykiatriløb [35]. Personalet hos udvalgte samarbejdspartnere blev oplært i anvendelse af videokonferenceudstyret, og der blev udpeget en fast kontaktperson ansvarlig for kommunikation til Behandlingscentret Den Lille Prins. Sekretærer hos respektive samarbejdspartnere stod for indkaldelse af patienter, lokalebooking og kommunikation mellem aktørerne. Sekretæren på Bornholm skrev journaler vedr. Bornholms patienter, mens sekretæren på Behandlingscentret Den Lille Prins skrev alle andre notater (Svendborg, RevaAktiv og Jelling).

Proceduren vedr. patientarbejde indebar, at patienterne fik både skriftlig og mundtlig information om telepsykiatri og gav deres skriftlige samtykke, hvoraf det fremgik, at de på hvilket som helst tidspunkt kunne afslutte kontakten via telepsykiatrien (**bilag 1,2**). Alle anvendte dokumenter (patientinformation, samtykkeerklæring og spørgeskema) er blevet oversat på patienternes respektive sprog.

Efter hver konsultation fik patienterne ny tid, og samme besked blev sendt per e-mail til respektive sekretær, som var ansvarlig for koordination i projektet.

Efter afsluttet telepsykiatriløb udfyldte patienterne et spørgeskema mhp at belyse fordele og evt. ulemper ved metoden (**bilag 3**). Samtlige skemaer og samtykkeerklæringer blev sendt per post til Behandlingscentret Den Lille Prins, hvor databearbejdning foregik. Som en særlig problemstilling fremført af personalet i starten af projektet var spørgsmålet om tilstedeværelse af kontaktpersonen under telepsykiatrisamtalen. Der var delte meninger omkring emnet, hvor man på den ene side kunne se det meningsløse i, at en dansk sygeplejerske skulle sidde i rummet og ikke forstå, hvad der blev sagt. På den anden side mente man, at patienterne ville føle sig mere trygge ved situationen, hvis en kendt kontaktperson var med under samtalen. Dilemmaet blev diskuteret og løst således, at patienterne blev spurgt om, hvorvidt de ønskede at have kontaktpersonen med. Der var ingen patienter, som følte sig utrygge, således at ingen af patienterne bad om at blive ledsaget af kontaktpersonen. Derimod blev alle væsentlige informationer videregivet til kontaktpersonen umiddelbart efter samtalen med patienten. Man har også skrevet journalnotater med evt. medicinændringer etc. På den måde har man opretholdt både patientkontakt på modersmålet og personalekontakt på dansk. Ingen har således følt sig tilsidesat. Dette har resulteret i, at personalet følte sig delagtiggjort i processen, hvilket har medvirket til den gode forankring af metoden.

I proceduren indgik ligeledes evalueringer med personalet mindst 2 gange om året.

5.1 Klinisk arbejde med patienter og deres pårørende

Arbejdsgangen var ikke ens alle steder, hvor telepsykiatrien indførtes.

Telepsykiatri etableret på **RevaAktiv i Odense** havde til formål at bedømme psykisk status og anbefale evt. behandlingsforløb til de RevaAktiv-tilknyttede klienter af anden etnisk baggrund, som henvistes fra kommunen mhp afklaring af deres funktionsniveau. Inden henvisningen til telepsykiatrien blev klienterne set af hhv. en sociallæge eller en psykolog tilknyttet Socialmedicinsk Afdeling i Odense Kommune. Telepsykiatriløb bestod som regel af 3 telepsykiatriske konsultationer af 45-60 minutters varighed, hvorefter der blev udfærdiget statuserklæringer eller speciallægeerklæringer alt afhængig af behovet udtrykt ved henvisningen. I starten af projektet indgik få klienter i behandlingsforløb på op til 9 samtaler. Ganske snart fandt vi ud af, at fortsat behandlingsforløb på RevaAktiv ikke

var realistisk at gennemføre, da RevaAktiv ikke er et behandlingssted og som sådan ingen ressourcer havde, som kunne afsættes til evt. behandlingsforløb. Klienterne blev efter telepsykiatrisk bedømmelse henvist videre til praktiserende psykiater eller RCT i Odense. Under samarbejdet med RevaAktiv har vi oplevet, at nøjagtighed af diagnosticering og efterfølgende behandling kan forbedres ved, at arbejdet foregår uden anvendelse af tolke. Som eksempel kan vi beskrive følgende case, som omhandler en patient henvist mhp second opinion. Patienten blev set af en psykolog, som efter et par samtaler via en tolk stillede diagnosen PTSD. Psykologen havde dog sin tvivl, som kom patienten til gode, så patienten blev henvist til en "etnisk behandler" via telepsykiatri. Efter tre samtaler på patientens modersmål blev mistanke om PTSD afkræftet, og patienten fik ingen psykiatrisk diagnose. Dette har i sagens natur medført, at man flyttede fokus fra det psykiske over i det sociale. Således kunne man samtidig se praktisk mening i "second-opinion-tjenesten" foretaget via telepsykiatri.

En anden casebeskrivelse fra RevaAktiv omtaler en somalisk patient henvist til telepsykiatribedømmelse. Under selve samtalen, som foregik på patientens modersmål, havde patienten formået at svare relevant og tilsyneladende virket samlet. På et tidspunkt skulle lægen gå ud af kontoret, således at patienten ikke længere kunne se lægen på skærmen. I de par minutter har patienten altså siddet i samtalerummet på RevaAktiv foran en TV-skærm, hvor patienten kun kunne se en stol, hvor lægen sad lige inden. Da lægen kom tilbage (men stadigvæk udenfor kameraets rækkevidde), kunne man se og høre patienten, som sad i Odense og talte med sig selv. Patienten fægtede med armene og råbte ad "spøgelser". I det øjeblik lægen "viste sig på skærmen", kunne patienten fortælle om, hvad der foregik. Patienten fortalte om både stemmer og syner. Eksemplet viser, at det kan være meget lettere for patienten at "styre sig" under direkte kontakt i samme rum med lægen. De fleste af vores patienter forsøger at fremstå "samlet og normal" i deres adfærd. Det, at man befinder sig i samme rum som lægen, gør i sig selv, at patienten gør sit bedste for at føre en nogenlunde normal samtale. Telepsykiatrien foregår derimod på en anden måde, hvor patienten trods alt fysisk sidder alene i samtalerummet, samtidig med at lægen er "på skærmen". Det kan medvirke til, at visse, især psykotiske patienter giver slip på at styre sig i det øjeblik, de ikke kan se lægen på skærmen. Således kan en observation af patientens adfærd, "mens lægen ikke er på", give vigtige oplysninger om patientens objektive tilstand. Dette har bl.a. været en af årsagerne til, at vi ikke anbefaler, at kontaktpersonen skal være med under samtalen.

På **Psykiatrisk Center, Bornholm** har reservelæger foretaget forvisitation af de patienter, som er henvist fra egen læge forud for deres tilknytning til telepsykiatri. Alle henviste patienter på nær én indgik i længerevarende behandlingsforløb med både psykoterapi og medicin. Her har man involveret flere af patientens pårørende, som syntes, at samtalen på eget modersmål gav dem et nyt indtryk af ægtefællens eller forældrenes psykiske tilstand. Således indgik også pårørendearbejdet i telepsykiatriløbene på Bornholm. Endvidere har vi afholdt flere tværfaglige møder imellem afdelingens sagsbehandler, patienten med barnet, skolelæreren, kommunens sagsbehandler på den ene side (Rønne) og psykiateren i Kastrup. Ligeledes har man etableret telepsykiatrimøder mellem psykiateren i Kastrup og patienten med barnet og skolens støttekontaktperson. Fælles indtryk er, at disse møder har mindsket risikoen for misforståelser, (da lægen talte patientens modersmål og kendte patientens historie meget vel). Patienten havde i forvejen dårlige erfaringer med tolken og var ganske mistroisk overfor myndighederne. Samtidig havde patienten respekt for lægen fra hjemlandet og rettede sig efter lægens anbefalinger. Således havde kommunikation

mellem patienten og sociale myndigheder til sidst resulteret i noget positivt for både patienten, barnet og ikke mindst for kommunen, som ellers var gået i stå med sagen. Enkelte supervisionssamtaler med reservelægen på afdelingen blev gjort i forbindelse med behandlingen af en patient fra Eksjugoslavien.

Telepsykiatrikonsultationer vedr. indlagte patienter var ikke en del af det planlagte projekt. Det er dog i et par tilfælde sket, at man havde behov for en vurdering af en psykotisk patient fra Eksjugoslavien. Patienten var selvmordstruende og blev indlagt dagen forinden på lukket afdeling. Patienten var ellers henvist til telepsykiatri en måned inden og var blevet set af lægen et par gange. Således var det meget praktisk, at den samme læge så patienten og vurderede patientens psykiske tilstand, herunder selvmordsrisikoen. Efter telepsykiatrikonsultationen forblev patienten på afdelingen og blev udskrevet dagen efter. Psykiatrisk Afdeling i Rønne har også benyttet sig af muligheden for at anvende telepsykiatri mhp bedømmelse og efterfølgende psykoterapi/medicinsk behandling af en dansk patient. Efter forløbet, som har strakt sig over 1 ½ år, har patienten udtrykt stor tilfredshed, da behovet for transport blev elimineret ved anvendelse af telepsykiatri. Patienten har dog også benyttet muligheden for at se lægen direkte ved et par tilfælde, hvor patienten var på besøg på Sjælland.

Patienterne henvist fra **Asylcentret i Jelling** blev set af centrets læge forinden henvisningen til telepsykiatri. Langt de fleste af asylansøgere henvist til telepsykiatrien var i dårlig psykisk forfatning, således at de ofte var ledsaget af ægtefællen. På den måde indførtes pårørendearbejdet samtidig som en sidegevinst. Henviste asylansøgere indgik i behandlingsforløb fra 3-6 måneder med en enkelt undtagelse, hvor behandlingen foregik over 10 måneder.

Psykiatrisk Afdeling i Svendborg har henvist en enkelt patient, som de selv havde haft i behandling via Psykiatrisk Ambulatorium, da de behøvede en "second opinion". Patienten var fra Iran og blev tre gange set af en farsitalende læge via telepsykiatri. Da patienten var udenfor terapeutisk rækkevidde, afsluttedes forløbet uden videre.

Tre patienter fra det tidligere Jugoslavien fik henvisning fra hhv. egen læge og sagsbehandler mhp behandling på Behandlingscentret Den Lille Prins. Det betød, at patienterne skulle rejse fra Svendborg til København. Eftersom udstyret allerede var installeret og testet på afdelingen, var det naturligt at involvere patienterne, som selv var interesseret i at blive fri for lange rejser. Efter aftale med ledende overlæge, havde man således anvendt afdelingens lokaler og sekretær, som stod for etablering af forbindelsen og indkaldelse af patienter.

5.2 Børn og unge

Børn til psykiatiske patienter er højrisikogruppe vedr. potentiel udvikling af psykiske forstyrrelser som resultat af forældrenes sygdom. Således behøver børn og unge professionel støtte til at forstå, hvad der sker med deres forældre. Psykisk syge børn og unge af anden etnisk baggrund end dansk kunne f.eks. få relevant hjælp fra etniske behandlere via telepsykiatri. En del potentielle psykiske problemer hos børn og unge kan sandsynligvis undgås, i og med at deres forældre får relevant og kvalificeret psykiatrisk hjælp, herunder vejledning om hvordan forældrenes sygdom kan påvirke børnene, og hvilke redskaber de kan anvende for at undgå stigmatisering. Vi har desværre ikke haft særlig mange børn og unge henvist til telepsykiatrisk bedømmelse og/eller behandling. Årsagen til udeblevet henvisning kan være manglende fokus på børnenes trivsel i de

psykisk ramte familier. En anden mulig forklaring kan være, at de samarbejdspartnere, som indgik i projektet, ikke havde børn og unge som sin primære målgruppe. Under projektperioden har vi opfordret f.eks. Odense Kommunes respektive afdelinger til at henvise børn og unge, men responsen har været ganske begrænset. Herudover har behandlere i projektet tilbudt orienterende samtaler til de henviste patienters børn. Denne model har en del unge benyttet sig af, og de har udtrykt stor tilfredshed med de informationer, de fik omkring forældrenes tilstand. Som resultat heraf har de oparbejdet større forståelse for psykisk syge forældres reaktionsmønstre. Dette har yderligere mindsket konflikter, som ofte opstår som følge af manglende viden om psykisk sygdom og dennes indflydelse på menneskers adfærd.

En "solstrålehistorie" fra projektperioden omhandler en 10-årig dreng (N.N.), hvis moder var patient i behandling via telepsykiatri i over 2 år. Drengens skolelærere havde gjort opmærksom på hans manglende fremskridt i undervisningen samt tilbagetrukket adfærd. Efter et par telepsykiatrikonsultationer med N.N. havde man etableret flere telepsykiatrimøder imellem sagsbehandler, skolelærer, N.N.'s moder og N.N. mhp at se, hvilke muligheder der fandtes for at ændre på tilstanden. Drengen fik en personlig vejleder, som skulle hjælpe ham med lektierne. Efter 1 år med sporadiske, støttende samtaler via telepsykiatrien blev tilstanden væsentlig forbedret. Moderen oplyste, at drengen var "en helt anden", og skolelærerne var blevet meget tilfredse med hans fremskridt i klassen. Dette var et enkelt eksempel på, hvor vigtig det kan være at etablere en bæredygtig "behandlingsalliance" og koordinere indsatserne fra både den sociale og den medicinske side. Positive resultater har uden tvivl også medvirket til markant forbedring i patientens (N.N.'s moder) tilstand.

En anden case omhandler A.M., en 18-årig asylansøger fra Bosnien-Herzegovina. Han havde opholdt sig i landet i over 5 år sammen med sine psykisk syge forældre. Forinden ankomsten til Danmark var familien flygtninge i hhv. Tyskland, USA og Norge. A.M. havde selv bedt om at blive henvist til telepsykiatrisamtaler på eget modersmål. A.M. fik både medicinsk og psykoterapeutisk behandling. Under forløbet på 6 måneder har A.M. formået at bearbejde en del frustrationer, som opstår i forbindelse med en usikker fremtid. Forældrenes sygdom havde ændret familierollerne, således at A.M. var nødt til at tage en stor del af ansvaret for familiens dagligdag, samtidig med at han også påbegyndte en uddannelse. Efter afsluttet forløb har A.M. udtrykt stor tilfredshed med telepsykiatrikontakten og ønske om at anvende det igen ved behov. Historien omtaler altså en ung mand fra asylcentret, hvor en del børn og unge opholder sig. Vi håber, at telepsykiatrikonsultationer til potentielle "små patienter fra asylcentre" vil blive en del af daglig klinisk arbejde i nær fremtid.

6.0 Resultater

I dette afsnit anføres demografiske data for undersøgelsens grupper samt oversigt over antallet af telepsykiatrikonsultationer i direkte patientarbejde. Udover direkte patientarbejde har vi anvendt ca. 180 timer mhp test af udstyret, oplæring og supervision af personalet

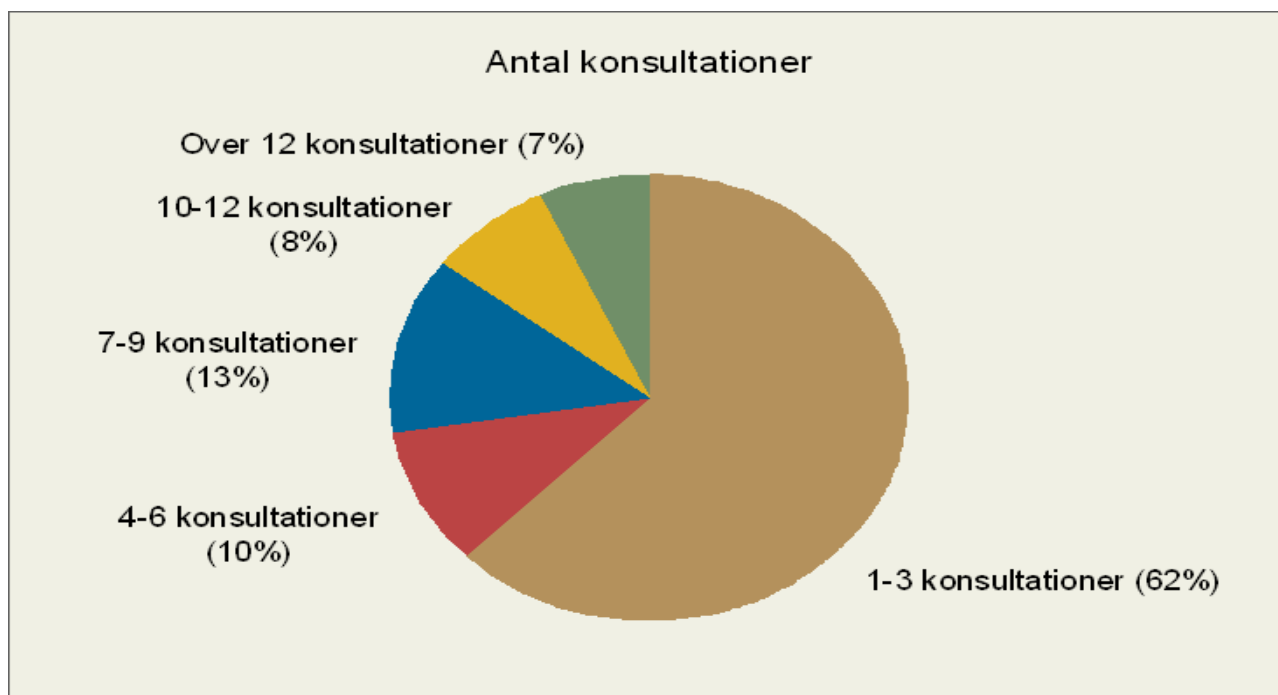
samt opfølgning efter hver enkelt samtale med patienterne (medicinstatus og/eller medicinændringer, orientering om ny tid og kort resumé af samtalen, så personalet kunne følge med i terapiforløbet).

Endvidere præsenteres svar fra de patienter, som udfyldte spørgeskema vedr. tilfredshed med telepsykiatrien. Svarprocent var 85 %, dvs. at 9 patienter (15 %) har ikke kunnet besvare spørgeskemaet pga. deres psykiske tilstand og/eller analfabetisme.

Langt de fleste patienter var henvist mhp bedømmelse og evt. behandlingsforslag. Nogen fik lov til at fortsætte med telepsykiatrisk behandling, mens andre blev henvist videre til respektive behandlingscentre eller egen læge. I arbejdet med den flerkulturelle patientgruppe har man anvendt behandlere, som talte i alt 8 sprog (dansk, serbisk, kroatisk, arabisk, kurdisk, farsi, somali og polsk).

	Antal konsultationer	Antal patienter	Percent
	1	4	6,557377
	2	5	8,196721
	3	29	47,54098
	4	3	4,918033
	5	1	1,639344
	6	3	4,918033
	7	1	1,639344
	8	2	3,278689
	9	5	8,196721
	10	2	3,278689
	11	2	3,278689
	14	1	1,639344
	17	1	1,639344
	19	1	1,639344
	22	1	1,639344
Total	318	61	100

Tabel 1.



Figur 1.

	Etnisk oprindelse	Antal patienter	Percent
1.	Danmark	1	1,639344
2.	Eksjugoslavien	36	59,01639
3.	Irak	12	19,67213
4.	Somalia	5	8,196721
5.	Libanon	3	4,918033
6.	Syrien	1	1,639344
7.	Polen	1	1,639344
8.	Iran	1	1,639344
9.	Marokko	1	1,639344
	Total	61	100

Tabel 2.

Gennemsnitlig patientalder samt kønsfordeling var som anført i tabel 3 og tabel 4.

Gennemsnitlig alder	
Mænd	41,73
Kvinder	44,10

Tabel 3.

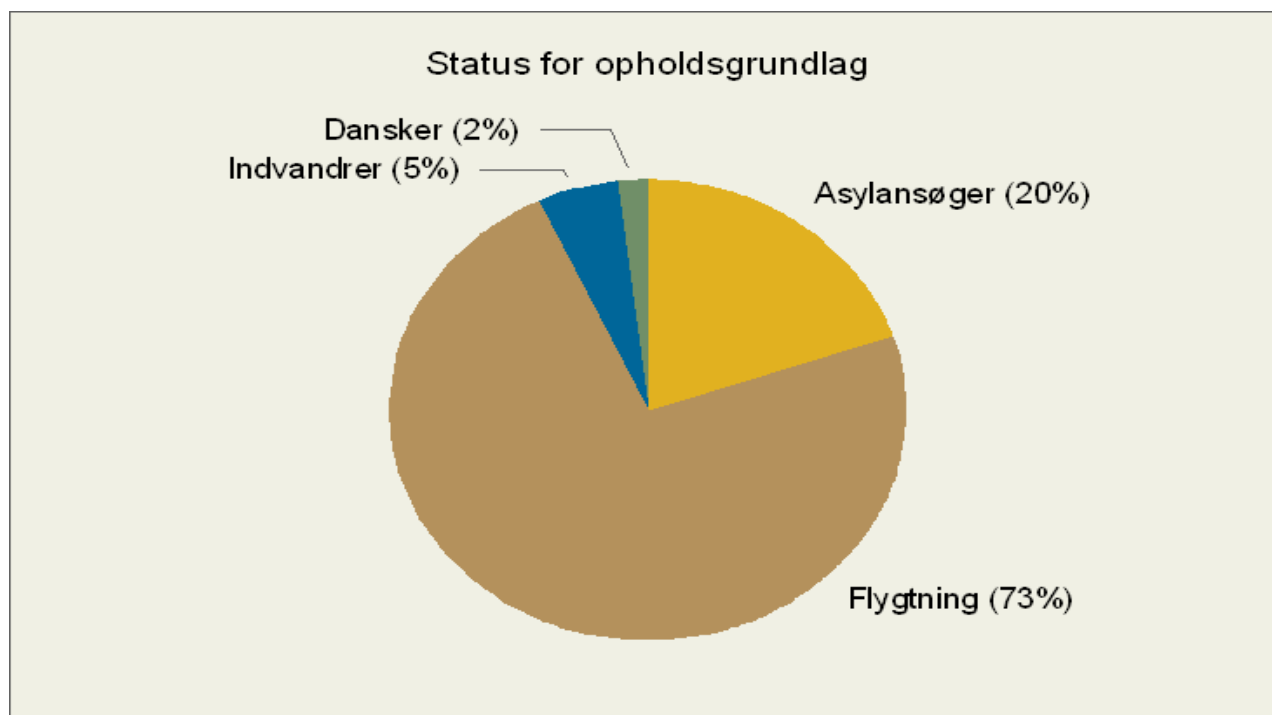
Køns fordeling			
	Antal patienter	Percent	Valid Percent
Mænd	41	67,21311	67,21311
Kvinder	20	32,78689	32,78689
Total	61	100	100

Tabel 4.

Henviste patienter havde udover forskellig etnisk oprindelse også vidt forskellige opholdsgrundlag (tabel 5, figur 2).

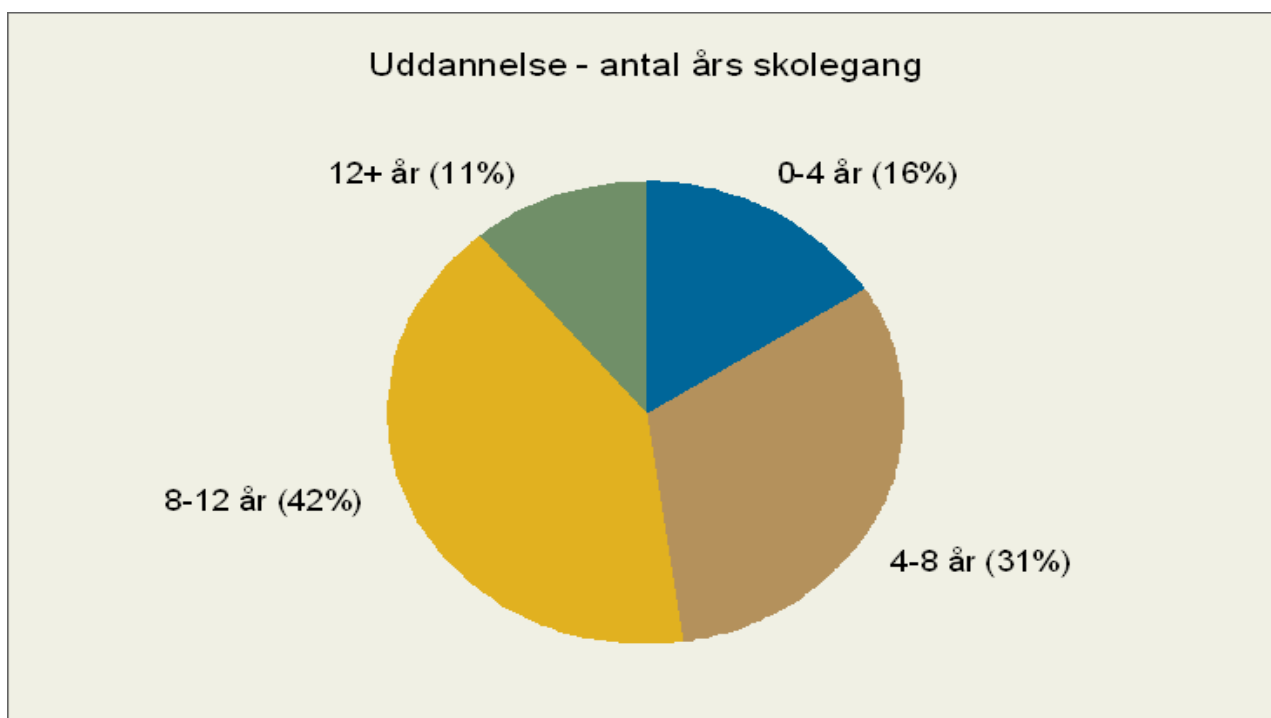
Status for opholdsgrundlag		
	Antal patienter	Percent
Asylansøger	12	19,67213
Flygtning	45	73,77049
Indvandrer	3	4,918033
Dansker	1	1,639344
Total	61	100

Tabel 5.



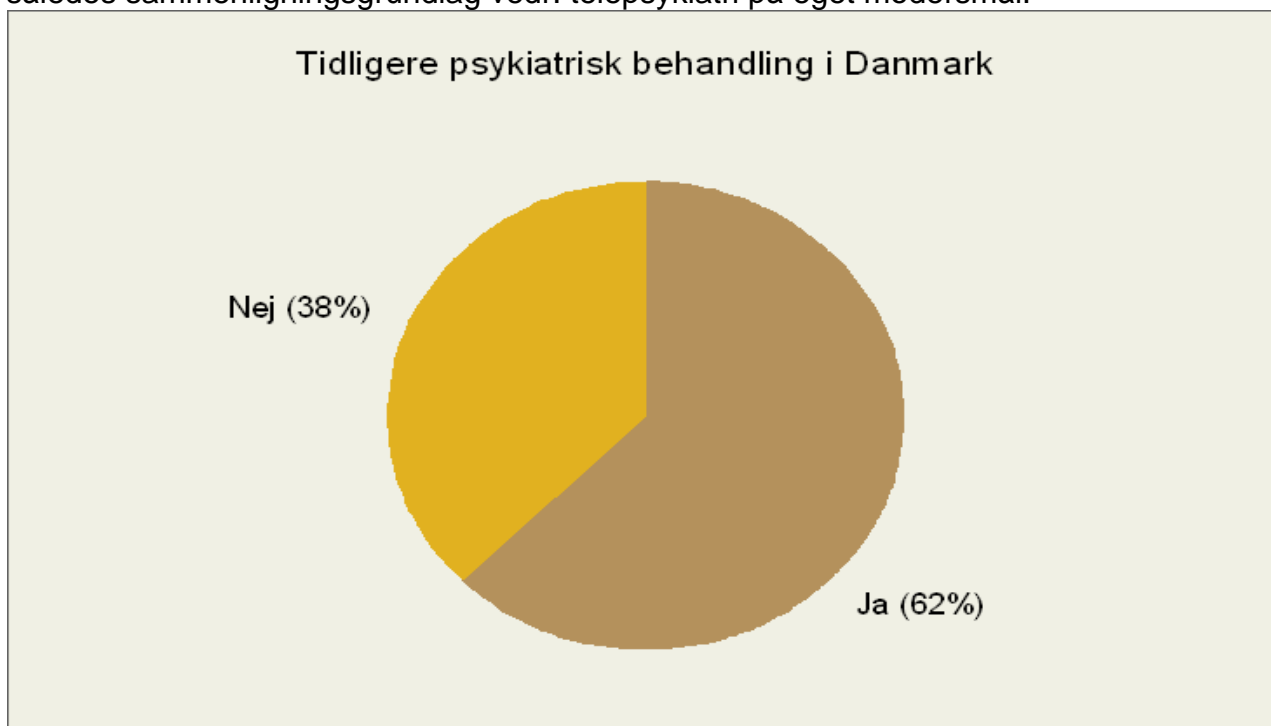
Figur 2.

Patienternes uddannelse var varierende fra analfabeter til universitetsuddannede (figur 3). Det var vigtigt at undersøge, hvorvidt uddannelsen spillede en rolle i forhold til holdninger til ny teknologi.



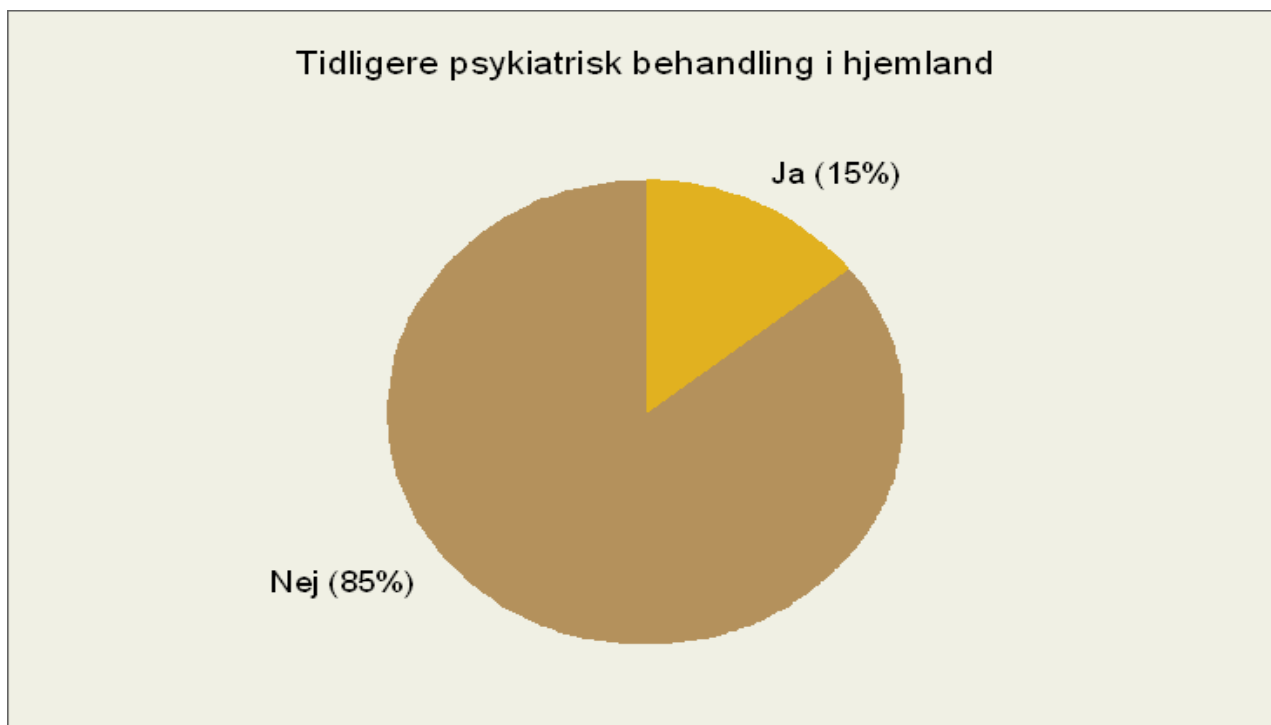
Figur 3.

Ligeledes var det vigtigt at se på patienternes tidligere erfaringer med behandlingen i Danmark (figur 4). Patienterne, som havde prøvet tolkeformidlet behandling, havde således sammenligningsgrundlag vedr. telepsykiatri på eget modersmål.



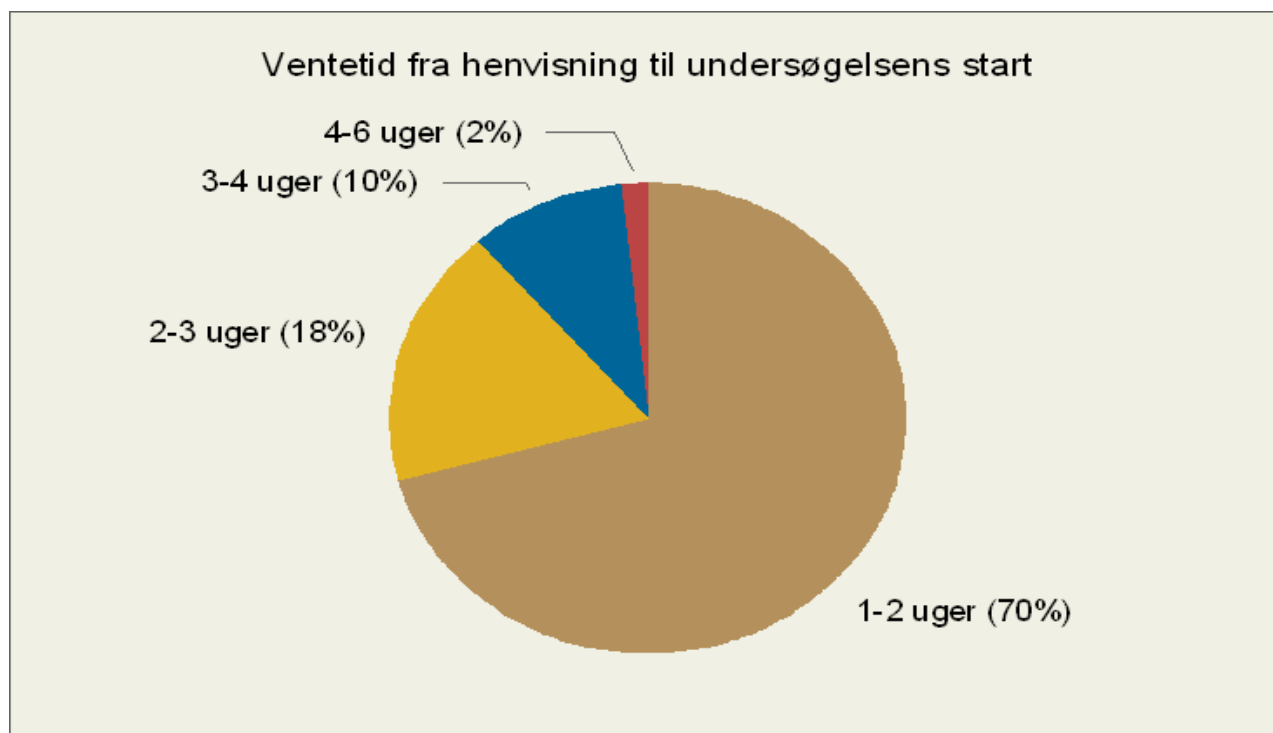
Figur 4.

De fleste patienter havde ingen tidligere erfaringer med psykiatrisk behandling i hjemlandet (figur 5). Dette var i overensstemmelse med tidligere anført påstand om, at flygtninge, indvandrere og asylansøgere har en øget prevalens af psykiske lidelse, efter at være flygtet fra deres respektive hjemland.



Figur 5.

Ventetider på behandlingen i Danmark er ofte alt for lange, hvilket medfører yderligere forværring i tilstanden og mindsker effekten af senere iværksat behandling. Under projektperioden har man forsøgt at holde ventetiden under 1 måned (figur 6).



Figur 6.

Klinisk interview har afsløret en række psykiske lidelser som anført i tabel 6 og diagram 1.

Diagnose	Antal patienter	Percent
Akut psykose	1	1,639344
Posttraumatisk belastningsreaktion	21	34,42623
Depression	9	14,7541
Personlighedsforstyrrelse	11	18,03279
Mental retardering	2	3,278689
Misbrug	1	1,639344
Skizofreni	2	3,278689
Akut belastningsreaktion	3	4,918033
Hypokondertilstand	1	1,639344
Generaliseret angst	2	3,278689
Paranoid psykose	6	9,836066
Skizoaffektiv psykose	1	1,639344
Ingen psykisk lidelse	1	1,639344
Total	61	100

Tabel 6.

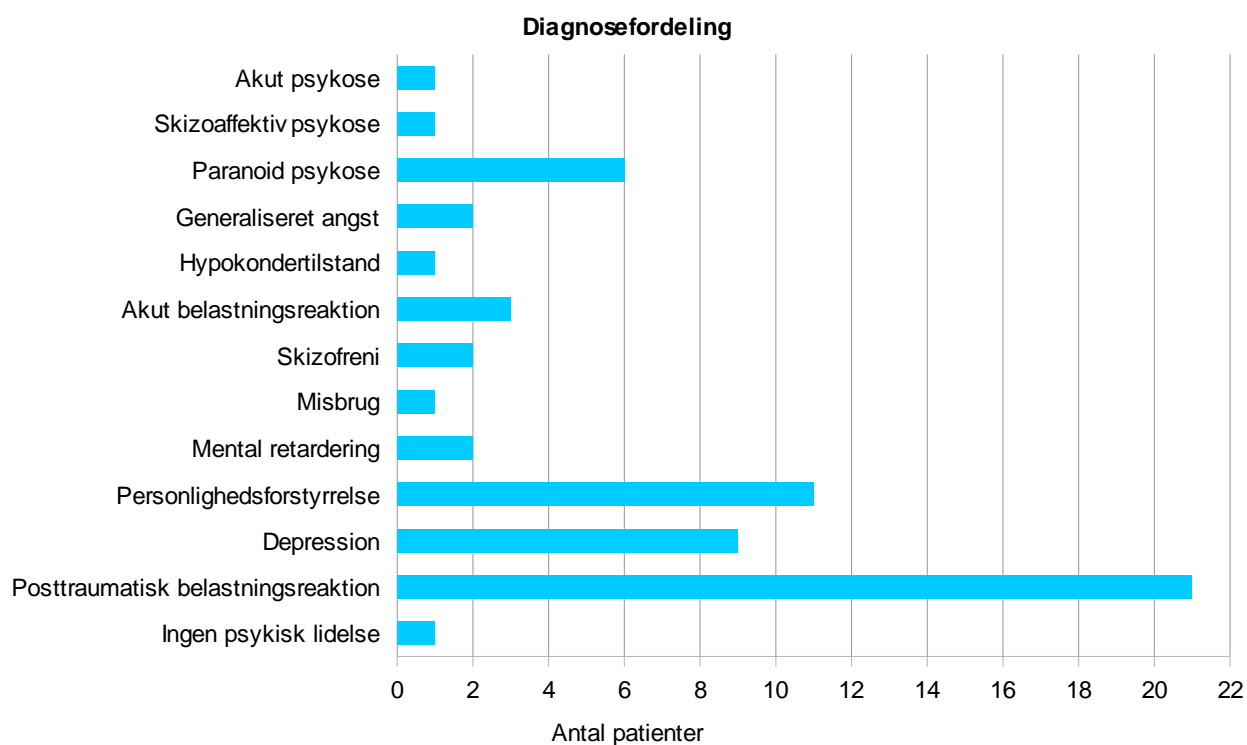
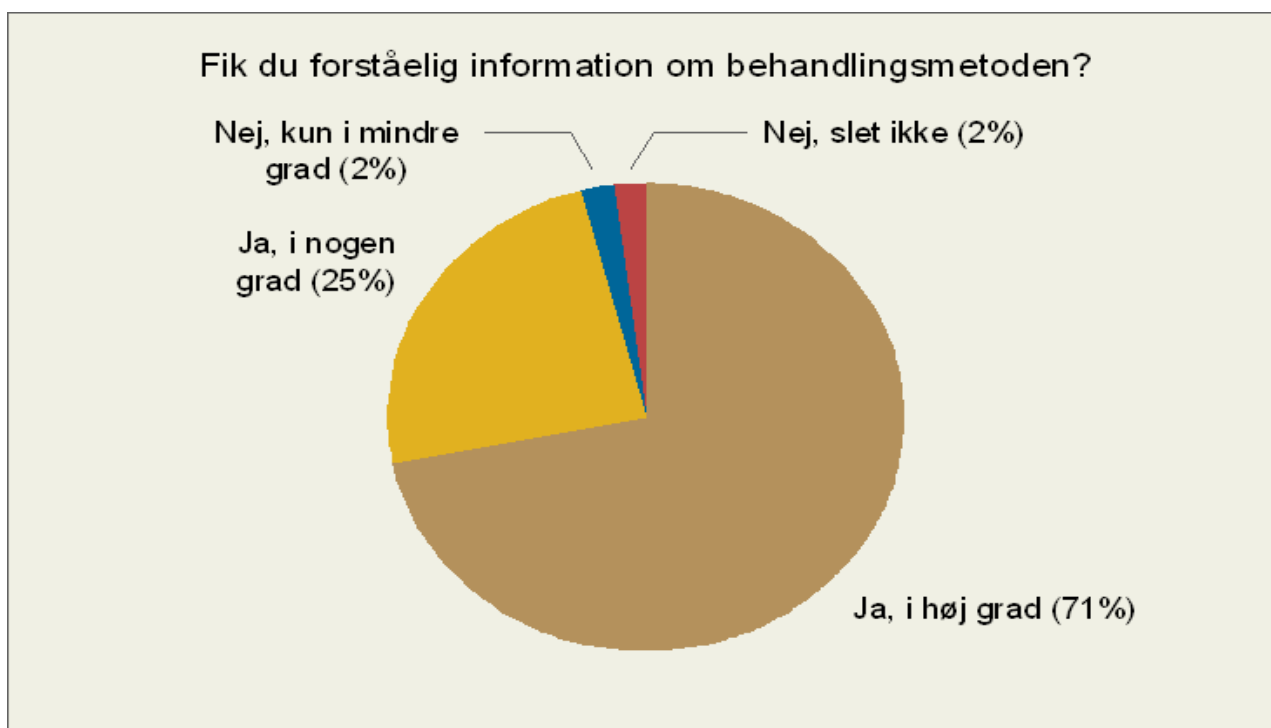


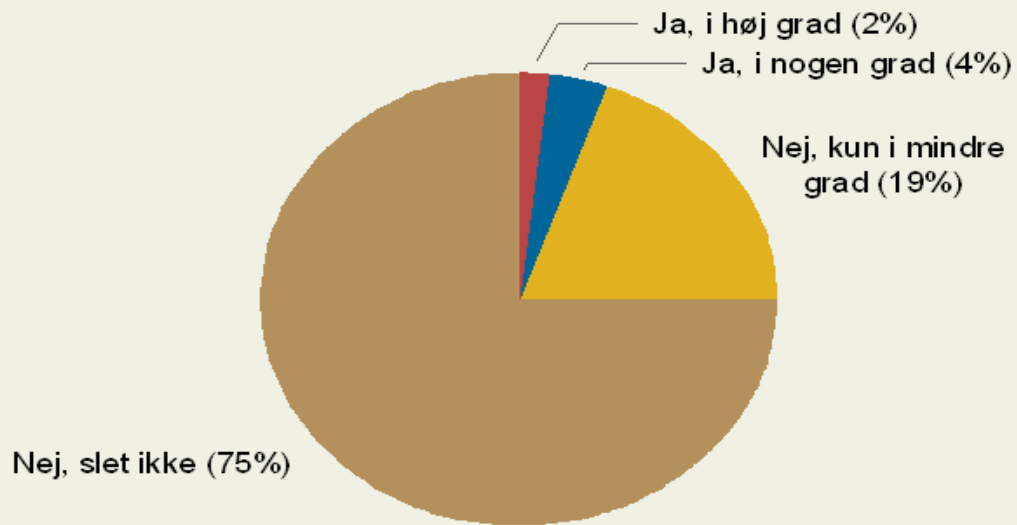
Diagram 1.

Nedenstående er statistik over patientsvar på enkelte spørgsmål i spørgeskemaet:



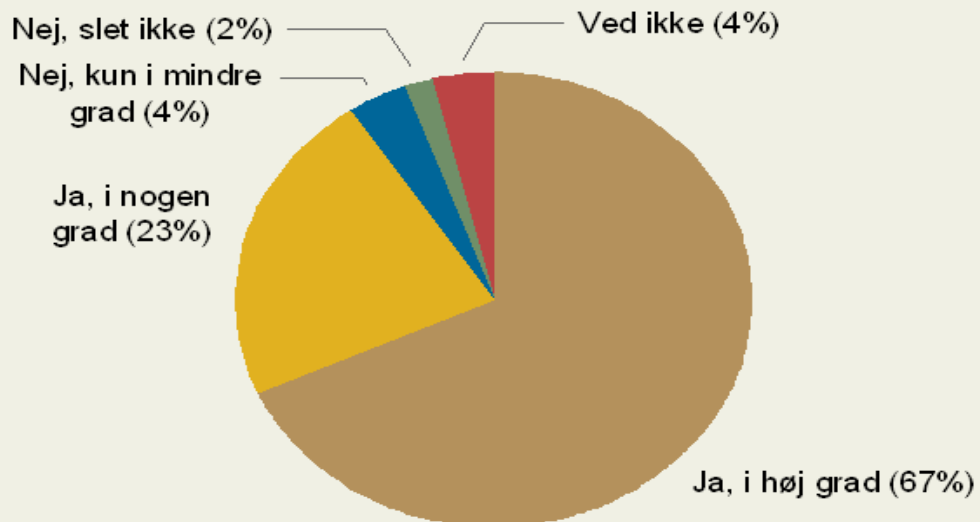
Figur 7.

Syntes du det var ubehageligt at tale med lægen via 'skærmen' ?



Figur 8.

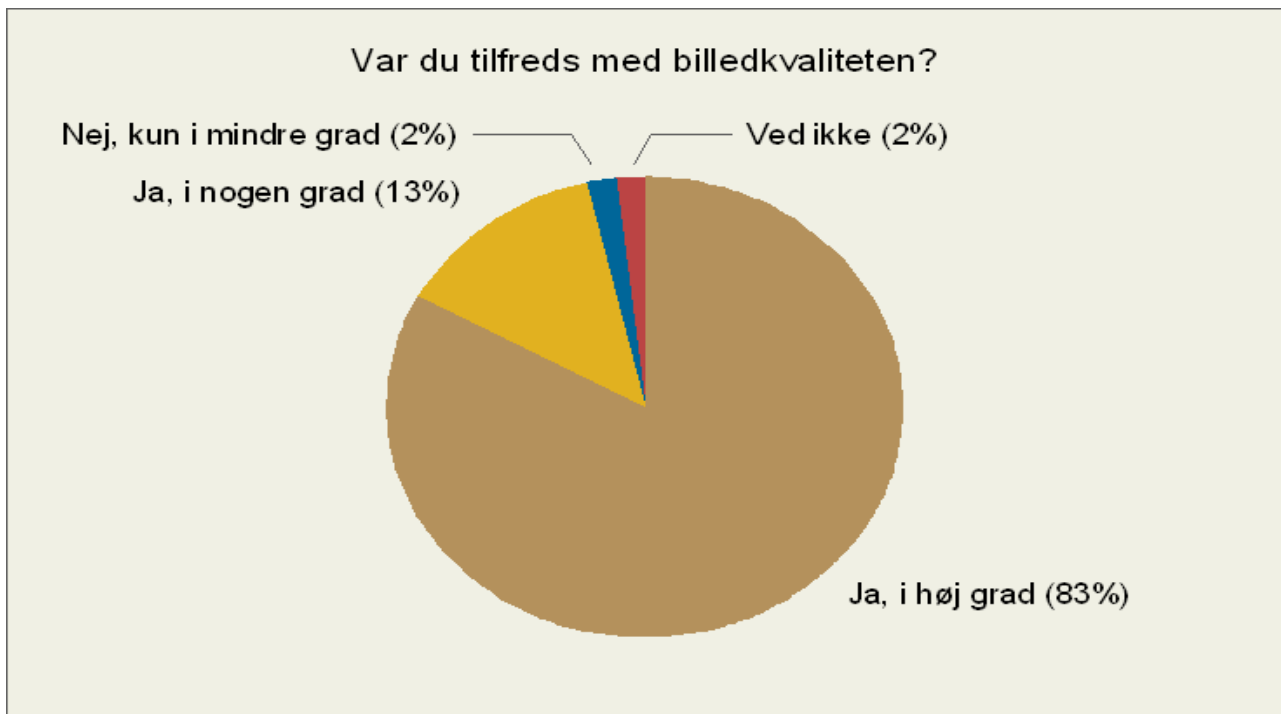
Følte du dig tryk ved den telepsykiatriske samtale?



Figur 9.

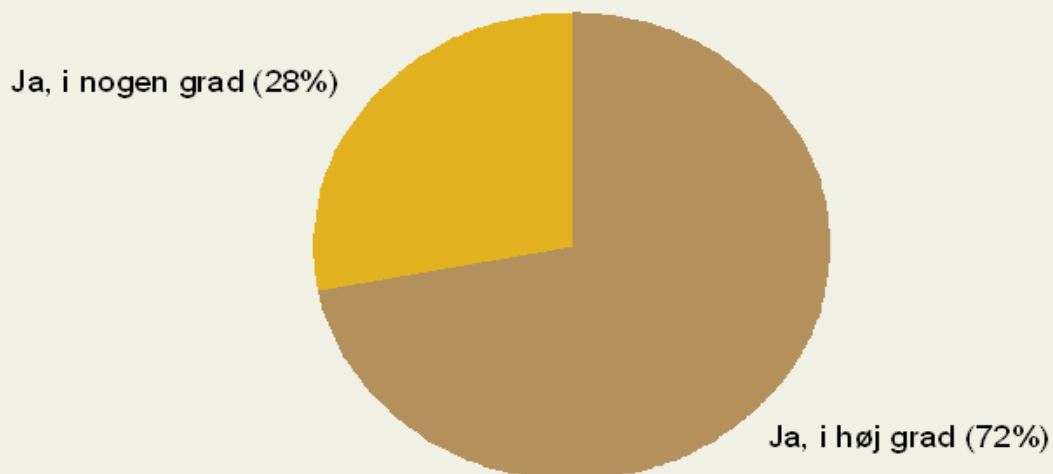


Figur 10.



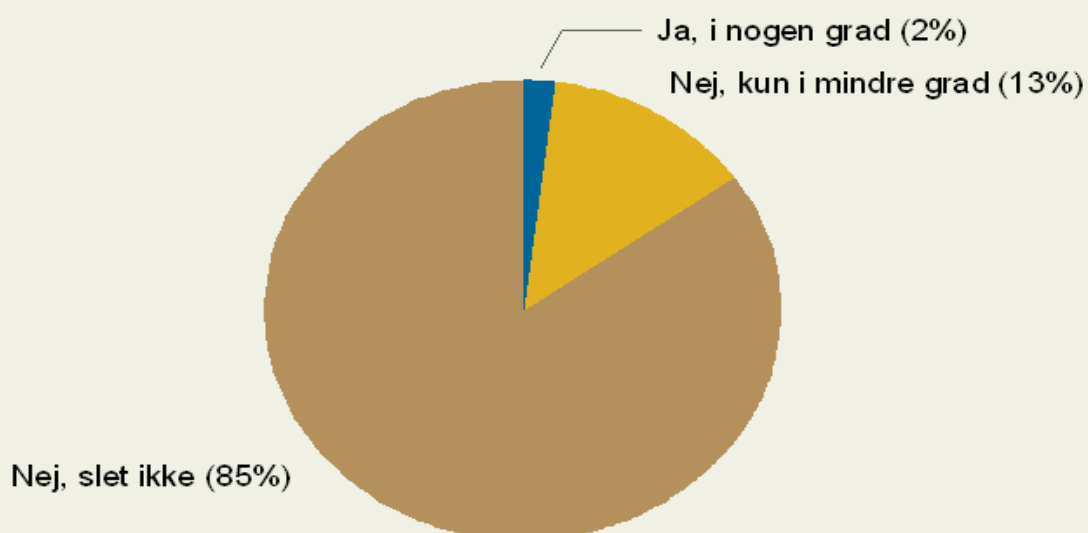
Figur 11.

Er du tilfreds med det udbytte du fik af den telepsykiatriske kontakt / kunne du via telepsykiatri udtrykke alt det du ville?

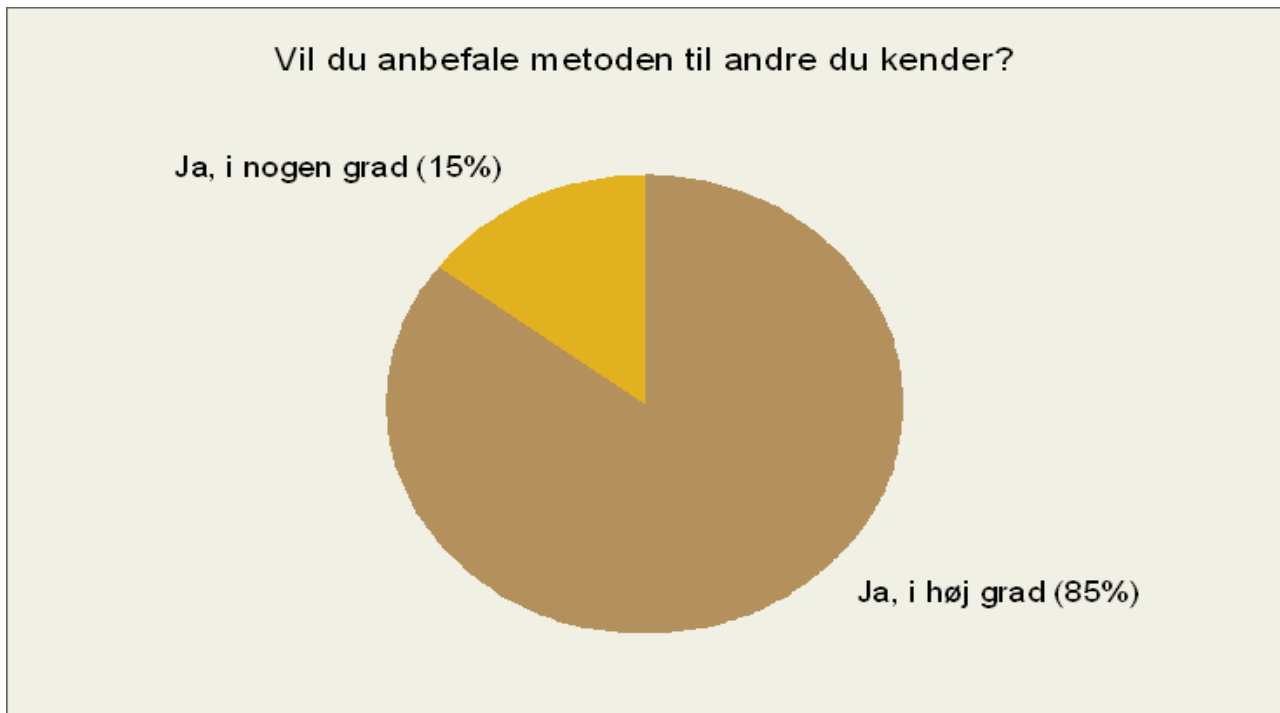


Figur 12.

Vil du i fremtiden hellere tale med lægen ved hjælp af en tolk?



Figur 13.



Figur 14.

De to sidste spørgsmål i spørgeskemaet (*Hvad var du mest tilfreds/utilfreds med under telepsykiatriløbets forløb?*) var deskriptive.

Hyppest anførte svar på spørgsmålet "*Hvad er du mest tilfreds med ved telepsykiatrien*" var:

1. "Jeg behøver ikke rejse så langt for at træffe lægen".
2. "Det er lettere at kommunikere uden en tolk".
3. "Mange tolke oversætter ikke alt, som bliver sagt".
4. "Jeg kan udtrykke alt det, jeg føler overfor en, som forstår mit sprog".

Spørgsmålet, som skulle beskrive anledning til utilfredshed, er besvaret således:

1. "Lokalet er for lille".
2. "Jeg vidste aldrig, hvilket lokale ville blive det næste".

Pårørende til vores klienter har givet udtryk for stor tilfredshed med telepsykiatrimetoden. De har via eget modersmål kunnet få information og svar på en del spørgsmål ang. både sygdomsbillede, behandlingsmulighederne samt prognose.

6.1 Telepsykiatri til asylansøgere

I dette afsnit præsenteres resultater af telepsykiatrisk behandling af asylansøgere. Under relativ kortvarig kontakt med Asylcentret i Jelling (siden oktober 2006) er **12** patienter fra Eksjugoslavien blevet diagnosticeret og behandlet via telepsykiatri. Samlet antal konsultationer var **88**, hvilket giver et gennemsnit på **7,3** konsultationer per patient (tabel 7).

	Antal konsultationer	Antal patienter	Percent
	3	2	16,66667
	4	1	8,333333
	5	1	8,333333
	6	2	16,66667
	7	1	8,333333
	8	1	8,333333
	9	2	16,66667
	11	1	8,333333
	17	1	8,333333
Total	88	12	100

Tabel 7.

Kønsfordelingen mellem mænd og kvinder, som indgik i undersøgelsen, var lige (diagram 2).

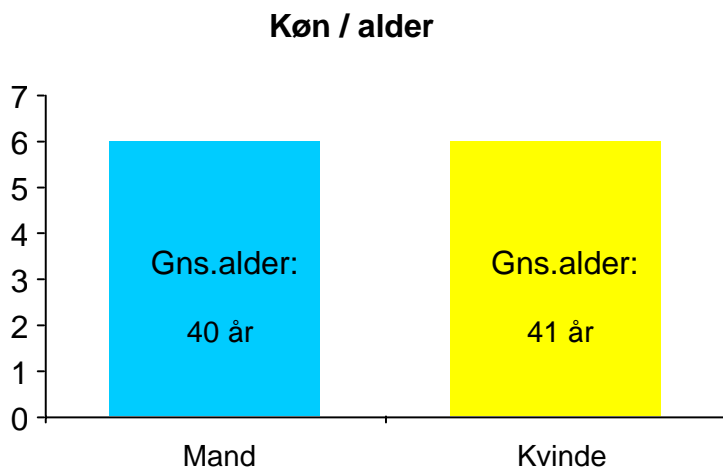
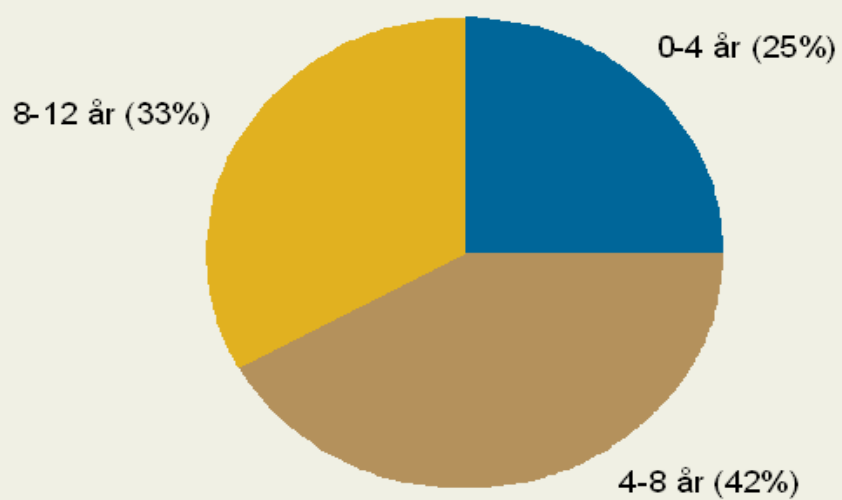


Diagram 2.

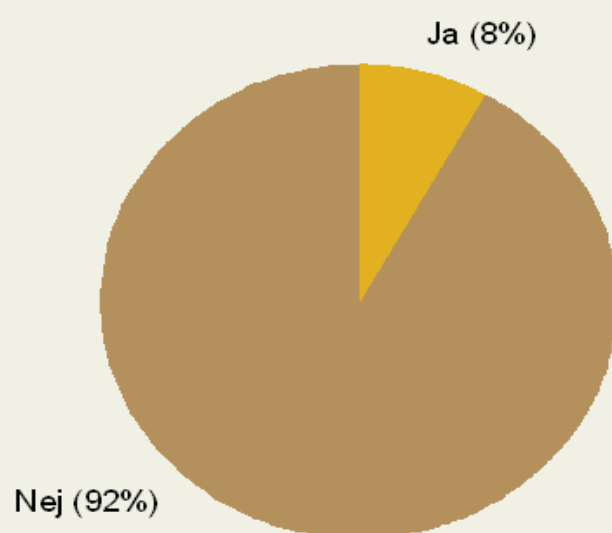
Øvrige data vedr. uddannelsen samt tidligere erfaringer med psykiatrien i hjemlandet og/eller Danmark anføres i hhv. figur 15,16 og 17.

Uddannelse - antal års skolegang

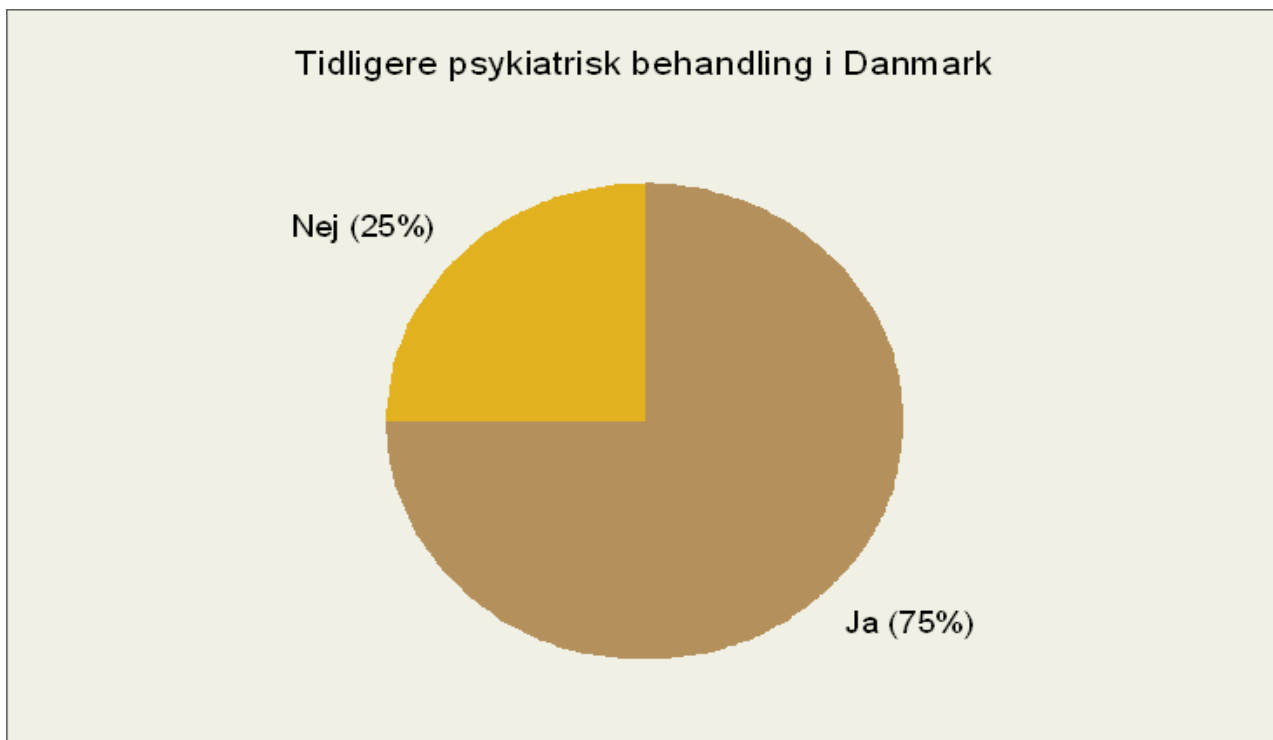


Figur 15.

Tidligere psykiatrisk behandling i hjemland

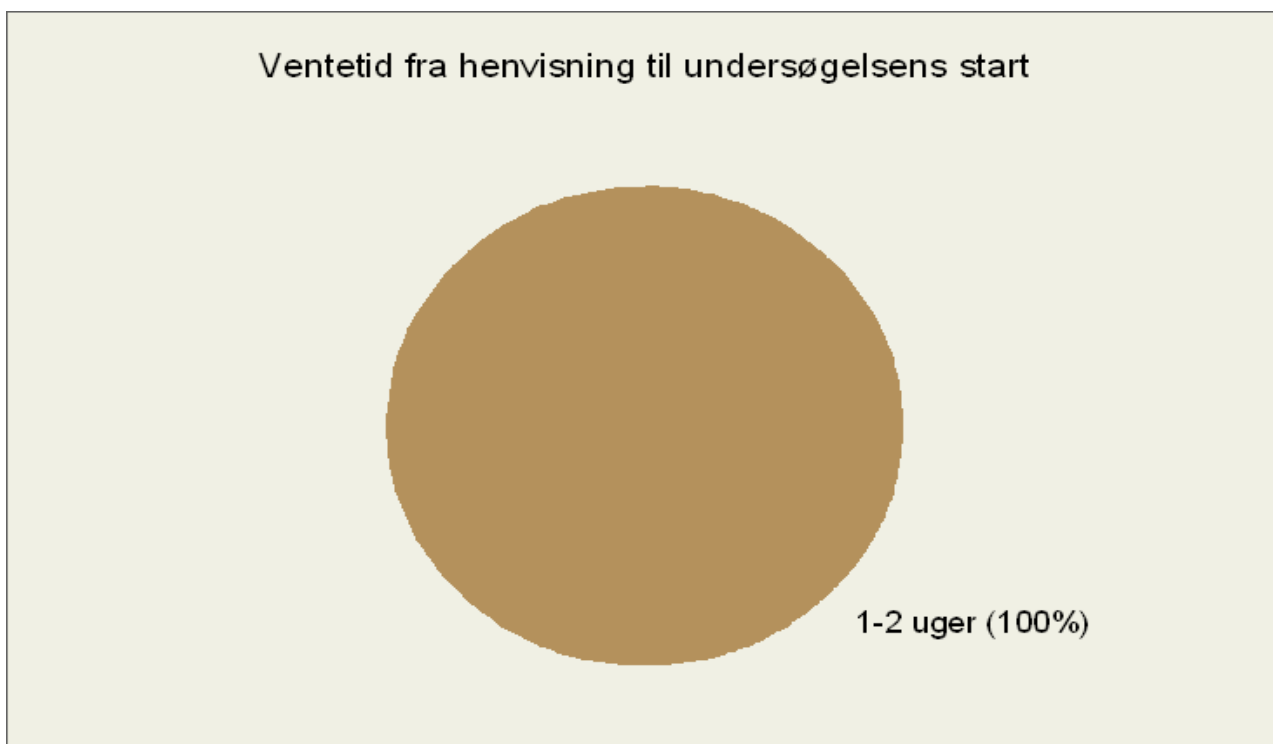


Figur 16.



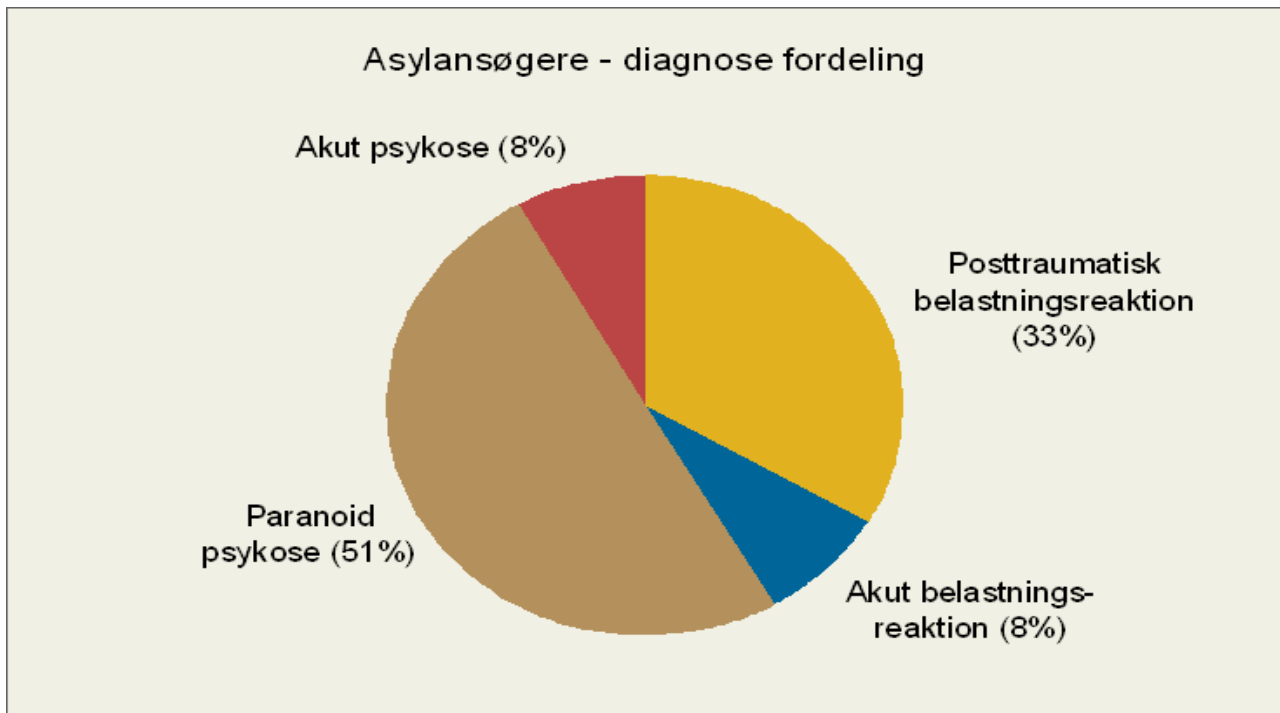
Figur 17.

Ventetiden til behandlingen var under 2 uger (figur 18). Asylansøgere blev behandlet af en og samme læge, så man ikke behøvede at koordinere tider med flere forskellige læger, som det var tilfældet med de øvrige patienter i projektet.



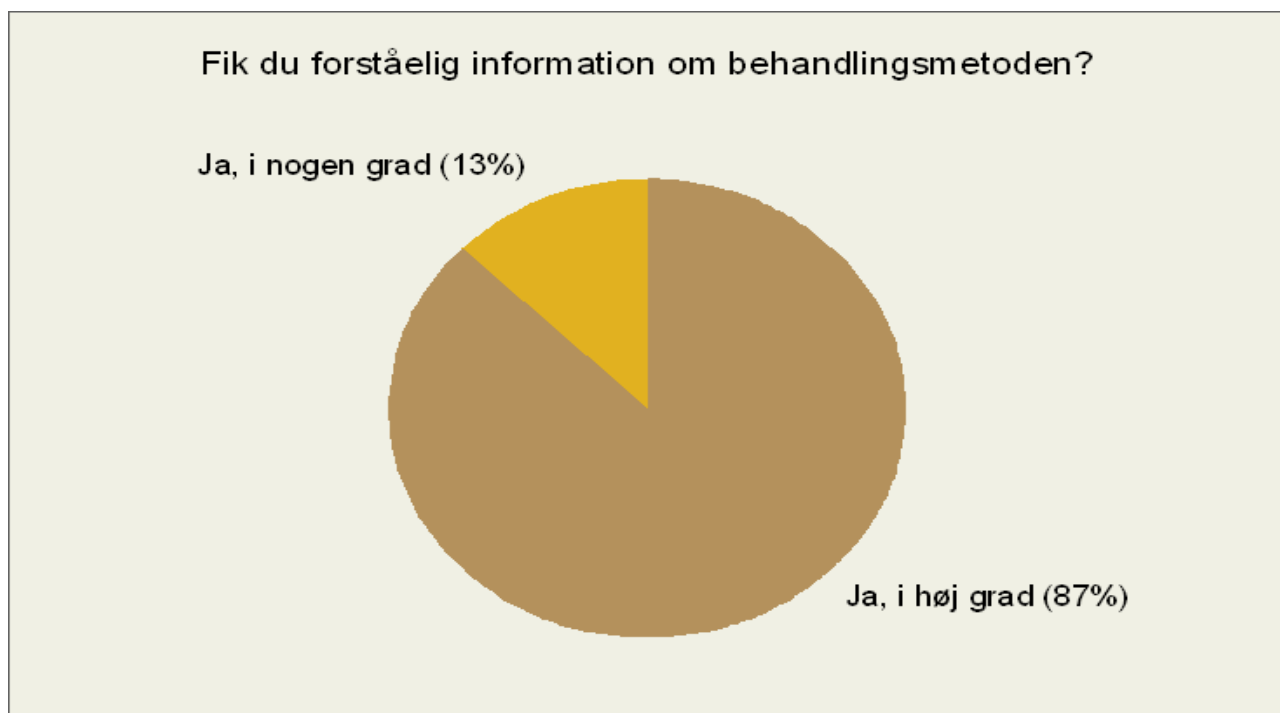
Figur 18.

Diagnosefordelingen har vist langt færre psykiske lidelser end i resten af patientpopulationen. Patienternes sygehistorier indebar ofte tortur og forfølgelse, hvorfor nedenstående diagnoser var forventet (figur 19).



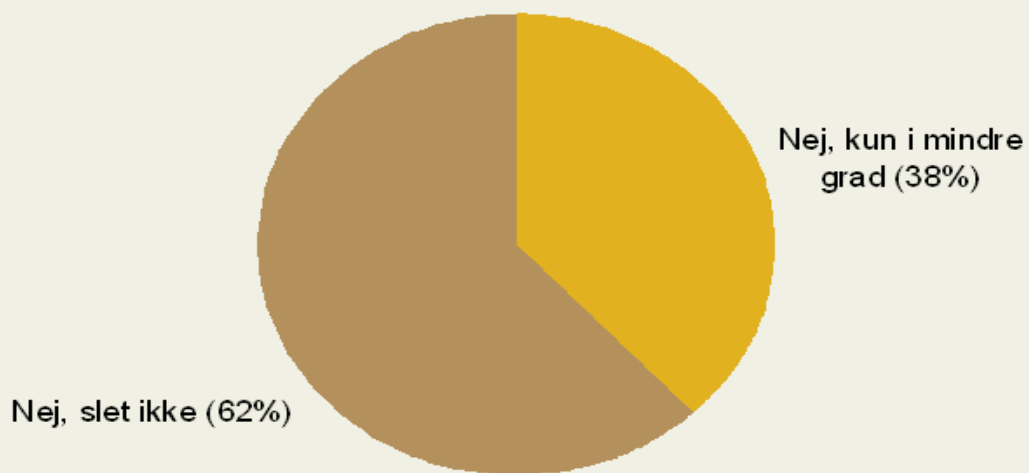
Figur 19.

4 ud af 12 asylansøgere var ikke i stand til at udfylde spørgeskemaet pga. dårlig psykisk tilstand og/eller analfabetisme. Svarene fra de resterende 8 patienter er følgende:



Figur 20.

Syntes du det var ubehageligt at tale med lægen via 'skærmen' ?



Figur 21.

Følte du dig tryk ved den telepsykiatriske samtale?

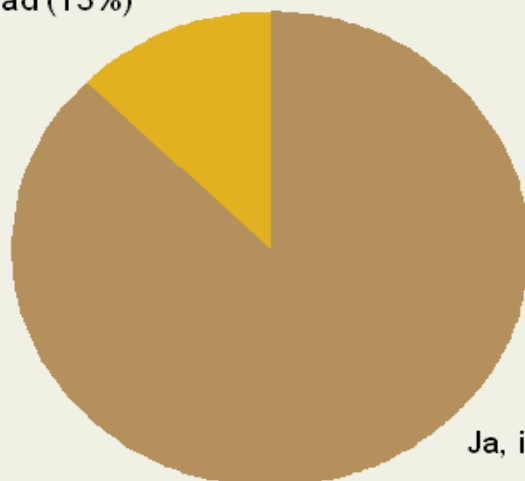
Ja, i nogen grad (13%)



Figur 22.

Var du tilfreds med lyd kvaliteten?

Ja, i nogen grad (13%)

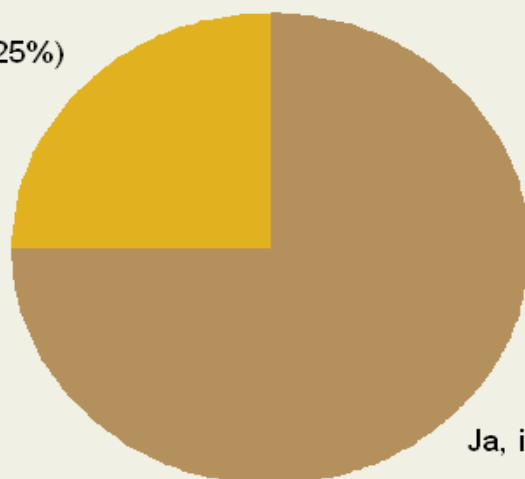


Ja, i høj grad (87%)

Figur 23.

Var du tilfreds med billedkvaliteten?

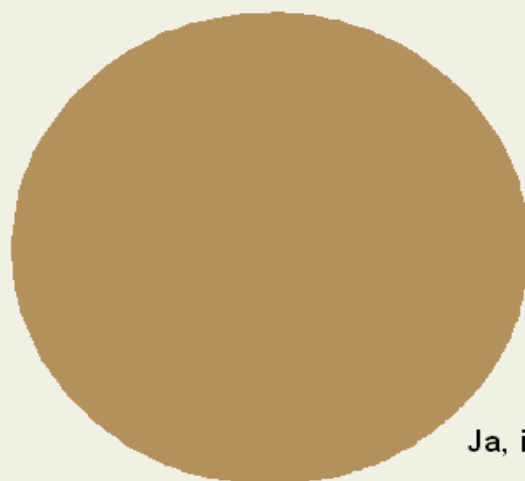
Ja, i nogen grad (25%)



Ja, i høj grad (75%)

Figur 24.

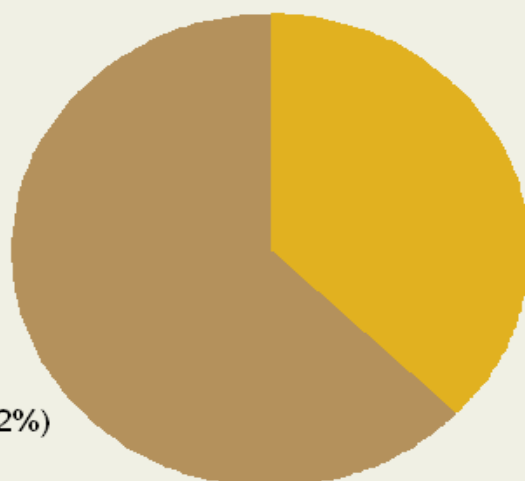
Er du tilfreds med det udbytte du fik af den telepsykiatriske kontakt / kunne du via telepsykiatri udtrykke alt det du ville?



Ja, i høj grad (100%)

Figur 25.

Vil du i fremtiden hellere tale med lægen ved hjælp af en tolk?



Nej, kun i mindre grad (38%)

Nej, slet ikke (62%)

Figur 26.



Figur 27.

7.0 Formidling af projektets formål og resultater

I løbet af forberedelsen til etablering af telepsykiatrien er vi blevet kontaktet af journalister fra Kommunernes Landsforenings Nyhedsblad, som har skrevet den første orienterende artikel i oktober 2004. Som projektet skred frem, blev projektet omtalt i både lokale og landsdækkende medier så som TV2/Bornholm, radioavisen på P1 samt Dagens Medicin. I sommeren 2006 har TV2 Bornholm lavet en opfølgning og præsenteret foreløbige resultater af anvendelsen af telepsykiatri på afdelingen i Rønne.

Projektet er ellers også blevet offentliggjort på centrets hjemmeside www.denlilleprins.org. Her har man kunnet følge op på udviklingen af projektet og læse publicerede artikler. Hjemmesiden er blevet besøgt af fagpersoner fra næsten hele verden, især i forbindelse med internationale faglige kongresser og konferencer, hvor projektet er blevet præsenteret. Dette har medført en hel del henvendelser mhp fremtidigt samarbejde fra f.eks. Brasilien, Rusland, Bosnien-Herzegovina, Belgien, Holland og Luxembourg. Gode resultater og projektets internationale omdømme har medført etablering af bæredygtige kontakter mhp fremtidigt internationalt telepsykiatriprojekt.

Under projektperioden er erfaringerne med telepsykiatrien blevet præsenteret ved faglige konferencer både i Danmark og i udlandet.

7.1 Danske præsentationer

- Videnscenter Midt-Vest har inviteret Davor Mucic til konferencen om kompetenceafklaring af flygtninge med skader efter tortur. Der har undertegnede d. 14.

marts 2006 holdt en workshop om telepsykiatri med reference til samarbejdet med RevaAktiv i Odense i telepsykiatrisk afklaring af flygtninge og indvandrere.

- Ved DPS' (Dansk Psykiatrisk Selskab) årsmøde d. 16.marts 2006 præsenteredes foreløbige resultater af telepsykiatriprojektet. Ved den lejlighed har Davor Mucic fået Knud Pontoppidans pris, som uddeles af DPS for bedste nyskabende psykiatrilaterede projekter.
- Davor Mucic er endvidere blevet inviteret til at holde en forelæsning om telepsykiatriprojektet ved et 2-dages seminar arrangeret af Psykiatrisk Afdeling, Svendborg Sygehus 14.-15. september 2006.
- Dansk Telemedicinsk Selskab har inviteret Davor Mucic til at holde en forelæsning om telepsykiatrien ved sit årsmøde i november 2006. Uddrag fra forelæsningen er blevet publiceret i tidsskriftet Medicinsk Teknologi & Informatik (nr.1 / 2007).

7.2 Internationale kongresser

- WACP (World Association of Cultural Psychiatry), oktober 2006 i Beijing (Kina).
- AEP (Association of European Psychiatry), marts 2007, Madrid (Spanien)
- Med-e-Tel (International Telemedicine Conference), april 2007 i Luxembourg.
- ECOTS (European Conference on Traumatic Stress Studies), juni 2007, Opatija (Kroatien)
- 19th World Congress of WASP (World Association for Social Psychiatry), oktober 2007, Prag, (Tjekkiet)
- II Moscow International Conference "Information and Telemedical Technologies in Health Care", oktober 2007, Moskva (Rusland)

Præliminære resultater samt erfaringer fra det første danske telepsykiatriprojekt blev publiceret i:

- World Cultural Psychiatry Research Review, januar 2007. Mucic D : *"Telepsychiatry Pilot Project in Denmark"* (www.wcpr.org),
- Journal of eHealth Technology and Application, Vol 5:3, september 2007. Mucic D : *"Telepsychiatry in Denmark: Mental Health Care in rural and remote Areas"*.
- Med-e-Tel 2007 Proceedings book, Best Practices 314-318. Mucic D : *"Telepsychiatry in Denmark"*
- European Psychiatry, 15th AEP Congress - Abstract book, Vol 22:1; S341, March 2007. Mucic D : *"Telepsychiatry in Denmark"*.
- Journal of Telemedicine and Telecare (i tryk). Mucic D : *"International Telepsychiatry, patient acceptability study"*.

Danske erfaringer samt telepsykiatriens fremtidige anvendelsesmuligheder er blevet beskrevet og diskuteret af Davor Mucic i et kapitel af bogen "Handbook of Research on Distributed Medical Informatics and E-Health", af Athina A. Lazakidou (i tryk). Erfaringerne med telepsykiatriudviklingen i Danmark er ligeledes præsenteret ved følgende internationale internetportaler:

- www.ehealthnews.eu
- www.tie.telemed.org

8.0 Diskussion

Asylansøgere, flygtninge og indvandrere er aldrig tidligere blevet målrettet involveret og undersøgt via telepsykiatrien. Således fandtes der heller intet valideret spørgeskema, som kunne anvendes til at undersøge etniske minoriteters holdninger til telepsykiatri med speciel fokus på fordele og ulemper ved telepsykiatrien versus tolkeformidlet kontakt. På dette projekt har vi således designet spørgeskemaet som en kombination af spørgeskemaer anvendt i tidligere internationalt publicerede artikler, som omhandler patienttilfredshed med telepsykiatrien [36,37]. Vores spørgeskema er blevet suppleret med specifikke spørgsmål ang. patientens holdninger til telepsykiatrien versus tolkeformidlet kontakt. Det er kun 2 % af alle, som har svaret på skemaet, der i fremtiden vil foretrække en tolk frem for telepsykiatri via modersmålet. Ud fra det må man konkludere, at patienterne foretrækker telepsykiatrien via modersmålet frem for tolkeformidlet kontakt.

Bortset fra at patienterne fik mulighed for at tale via modersmålet, fandtes der mon så andre mulige årsager til tilfredsheden? Eksemplet med den psykotiske patient fra Somaliaen (*side 16*) får os til at tænke på fordele ved ikke at være i samme rum som patienten. Den fysiske afstand tillader en større grad af emotionel åbenhed. Patienten kan opleve at have større grad af kontrol over nærheden med terapeuten og over hele samtalsituationen i det hele taget. Patienten har altid mulighed for at slukke for skærmen eller forlade rummet, uden at nogen fysisk kan forhindre det. I løbet af projektperioden har vi dog aldrig oplevet, at patienten forlod konsultationen.

Mangel på direkte face-to-face-kontakt patient og behandler imellem, når telepsykiatrien anvendes, er ofte anvendt som argument "imod telepsykiatrien". Internationale undersøgelser viser, at patienttilfredsheden er ligeså høj, og behandlingen er mindst ligeså effektiv, når det foregår via telepsykiatrien som via direkte kontakt [15,18,38,39,40]. I projektet har man ikke undersøgt, hvorvidt behandlingsresultater adskiller sig fra resultater opnået under direkte patient-lægekontakt (via en tolk). De fleste patienter var henvist mhp diagnosticering og evt. behandlingsforslag, hvor de fik op til tre telepsykiatrikonsultationer, før diagnosen blev stillet. Egentlige behandlingsforløb har været aktuelle for asylansøgere (12) samt relativt få patienter fra Bornholm (5) og Svendborg (2). På sigt vil det være interessant at sammenligne behandlingseffekten opnået via telepsykiatri på modersmålet versus effekten opnået under tolkeformidlet forløb. Man må håbe, at ressourcerne må kunne findes for at foretage en sådan undersøgelse i fremtiden.

I løbet af projektperioden er målgruppen blevet udvidet med asylansøgere. Denne patientgruppe er hidtil blevet behandlet udelukkende via tolke. Dette projekt er således det første i telepsykiatriens historie, hvor en så specifik patientgruppe er blevet telepsykiatrisk behandlet. Asylansøgere er en patientgruppe, som ikke kan forventes at kunne dansk. Tillidsmangel er stor hos disse personer, da de fleste er blevet fordrevet fra hjemland og har mistet deres fodfæste i tilværelsen. Et nyt land og nyt sprog med nye livsværdier og holdninger til bl.a. psykisk sygdom gør det ikke lettere for f.eks. en kosovoalbener eller en iraker at opbygge tillid og behandlingsalliancen med en læge via en tolk. Ifølge internationale undersøgelser har man observeret, at også behandlere oplever sprogbarrierer som væsentlige til trods for brug af professionelle tolke [41]. I tilfælde, hvor en etnisk terapeut forlader klinikken, har man observeret, at de respektive etniske patienter afbryder behandlingen, hvis alternativet er at fortsætte behandlingen via en tolk [41]. Af

bl.a. disse grunde har man rundt i verden etableret specialiserede programmer mhp diagnosticering og behandling af etniske minoriteter. Her ansætter man tosprogede professionelle med etnisk baggrund for at lette kontakten med transkulturelle patienter. Såkaldt "ethnic matching", hvor terapeuten og patienten har samme etniske baggrund, her inklusive sprog, har ledt til bedre behandlingsresultater [42]. Det er endvidere påvist, at etniske minoriteter har det lettere ved at anvende sådanne behandlingstilbud, hvilket kan resultere i tidligere sygdomsopsporing og iværksættelse af relevant behandling [43].

"Ethnic matching" er åbenbart ikke til at gennemføre i Danmark, hvor ganske få etniske ressourcer er spredt over hele landet. Dette resulterer i, at specialiserede centre for behandling af flygtninge og torturofre ligeså vel som psykiatriske afdelinger i det offentlige behandlingssystem anvendes i meget høj grad af tolke. Den etablerede "tolkekultur" vil kunne ændres til en vis grad ved at videreudvikle telepsykiatrien. Telepsykiatrien har vist sig at have potentiale til at bringe sparsomme ressourcer der, hvor de behøves. Et af eksemplerne er applicering af telepsykiatri på asylcentret i Jelling, hvor asylansøgere fra Eksjugoslavien fik mulighed for at blive diagnosticeret og behandlet af terapeuten, som talte deres modersmål. Telepsykiatri kan altså muliggøre "ethnic matching" og konsultationer via patienternes respektive modersmål i situationer, hvor patienten og behandleren ikke kan mødes direkte i enrum. Asylansøgere har udtrykt tilfredshed med metoden, hvilket må være et vejledende faktum i fremtidig udvikling af behandlingstilbud til en af de mest sårbare patientgrupper, vi har i landet.

Projektet har vist en lang række fordele vedr. mere optimal anvendelse af sparsomme ressourcer, både i direkte og indirekte patientbehandling. Samtidig er også en del andre udviklingsmuligheder blevet åbenlyse (supervision af personale, psykoedukation af pårørende, tværfaglige møder m.m.). Personalet, som var involveret i telepsykiatriprojektet, har givet udtryk for tilfredshed med metoden, da man fik belyst en del af patientproblematikken, som ellers gik tabt pga. sprogbarrierer. Endvidere har man draget fordel af at kunne holde tværfaglige møder over videokonference og undgå splitting, som tidligere fandt sted pga. patienternes mistillid og sproglige misforståelser. Pårørende til vores patienter har fået relevant oplysning om psykisk sygdom og lært at håndtere dagligdagen med et sygt familiemedlem på en mere konstruktiv måde.

På landets kompetencecentre bedømmer man klienternes arbejdsfunktion. Mange klienter er af anden etnisk baggrund end dansk. RevaAktiv Integration i Odense er et center, som anvendes af Odense Kommune mhp bedømmelse af klienternes arbejdsfunktion. RevaAktiv var vores første samarbejdspartner og har sammenlagt henvist størstedelen af patienter i projektet. Det, vi har lært, er, at sådanne centre ikke kan/må bruges til behandlingsforløb, da personalemangel ikke tillader sådanne aktiviteter. Samtidig kunne man se mening i, at klienterne, som dagligt møder op på centret, ligesådan kan få en opfølgningssamtale med psykiateren via telepsykiatri. For at dette kan blive en arbejdsrutine, har vi ladet os fortælle, at ekstra personale skal til. Tilbagemeldinger, vi fik fra både patienterne og personalet, tyder på, at telepsykiatrien må have sin plads i det psykosociale arbejde. Kompetenceafklaring er i hvert fald et område, hvor telepsykiatrien kan tilføre nødvendige tosprogede ressourcer. Det betyder, at både danske og udenlandske klienter kan få hurtig og kvalificeret psykiatrisk bedømmelse uden alt for lang ventetid.

Anvendelse af telepsykiatrien på Bornholm har vist sig at være en gevinst, i og med at både flygtninge og indvandrere samt en enkelt dansk patient fik mulighed for at få professionel psykiatrisk hjælp uden at skulle rejse eller vente i lang tid. Ø-samfund som

Bornholm er ofte steder, hvor det er svært at rekruttere ressourcer. Lignende telepsykiatrierfaringer findes f.eks. i England, hvor man har etableret telepsykiatri mellem London og øen Jersey [44]. Rekrutteringsproblemet er voksende, specielt indenfor psykiatrien i udkantsområder. Problemet løses indtil videre ved at ansætte meget dyre lægevikarer. Konsekvensen bliver, udover økonomiske udgifter, en stor mangel på kontinuitet, da lægerne skifter hele tiden. Telepsykiatrien kan være en metode, som kan være med til at opretholde kontinuiteten, i og med at en og samme læge kan udføre "konsultationer på afstand". Således kan f.eks. en læge fra København betjene ambulante virksomhed på Psykiatrisk Afdeling i Rønne.

Børne- og ungdomspsykiatri er uden tvivl et af de områder, som vil have mindst besvær med at etablere effektiv telepsykiatriservice til både danske og udenlandske patienter. I projektperioden har vi haft et relativt lille antal klienter, som tilhører kategorien "børn og unge". Årsagerne til manglende henvisning kan findes i manglende viden om telepsykiatrien og gængs skepsis ang. alt nyt og ukendt. Endvidere kan man forestille sig, at antallet af henviste børn og unge ville have været større, hvis man havde etableret telepsykiatri i samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri.

Vi har erfaret, at en vigtig person i enhver telepsykiatriservice er en koordinator. Under projektperioden har vi været heldige og oplevet ganske få episoder, hvor kommunikationen mellem personale involveret i projektet var dårlig og resulterede i små forsinkelser og frustrationer for både personale og patienterne. Erfaringen har lært os, at kontaktperson, som er oplært i at anvende teknikken, er et vigtigt led i behandlingssystemet. Vi havde oplært en del personale i at anvende udstyret, men i et par tilfælde havde vedkommende fri fra arbejdet.

Først da indså vi, hvor besværligt og frustrerende det kan være at involvere "tilfældigt personale" for at gennemføre planlagt telepsykiatrisamtale. En koordinator kan være en sekretær, men også en sygeplejerske. I tilfælde af at der er to eller flere kontaktpersoner, som er ansvarlige for telepsykiatridriften, er det meget vigtigt, at deres indbyrdes kommunikation foregår fejlfrit. Som sagt kan det betale sig at investere tid og ressourcer i oplæring af relevant personale, da det er en forudsætning for vellykket etablering af telepsykiatriservicen. Samtidig får man også anvendt behandlere på den mest effektive måde. God koordination er altså en forudsætning for vellykket anvendelse af en så ny metode som telepsykiatri.

Psykiatere ansat i det offentlige sygehusvæsen har været meget positive angående telepsykiatrien og har hilst projektet velkomment. De har ikke set telepsykiatri som en trussel, men derimod som et relevant supplement til eksisterende behandlingstilbud. Som tidligere anført var hovedparten af besværet oplevet under projektperioden relateret til det administrative. En hel del patienter har kunnet og villet blive henvist til regelmæssig behandling via telepsykiatrien, "hvis man bare havde overenskomst med sygesikringen". Det betyder, at patienterne med behov for fortsat behandling blev henvist til det offentlige behandlingssystem. Konsekvensen blev, at patienterne blev udsat for lange ventetider på op til 12 måneder. Patienterne, som var tilknyttet arbejdsmarkedet, blev langtidssygemeldte i ventetiden på behandlingen.

Da man forventer sig en stor "indvandring" af udenlandsk arbejdskraft i de kommende år, synes telepsykiatrien at være endnu mere aktuel. Blandt mange udenlandske arbejdere vil der sikkert opstå behov for psykiatrisk hjælp. Indenfor det offentlige behandlingssystem er der ikke ret mange muligheder for, at de vil kunne få behandling via deres respektive modersmål. Telepsykiatrien vil uden tvivl kunne anvendes til at hente ressourcerne både fra Danmark, men også fra udlandet.

Det er muligt, at nogle patienter vil have bekymringer i forhold til sikkerhed forbundet med telepsykiatriske konsultationer. En detaljeret forklaring og beskrivelse af teknologien samt procedurerne kan væsentligt mindske evt. skepsis og forsigtighed hos både patienter og behandlere.

Forankringen af metoden er blevet gennemført på de fire institutioner, hvor projektet er gennemført. Vi har fået tilbagemeldinger om, at alle fire gerne vil fortsætte med at anvende metoden. En forudsætning for videreudvikling af telepsykiatrien er, at sygehusvæsenet afsætter tid og ressourcer mht. institutionel forankring på psykiatriske afdelinger landet over. Disse vil kunne drage fordel af telepsykiatrien, men skulle også kunne tage sin del af ansvaret og udgifterne i forbindelse med etablering og videreførelse af metoden. Det kan f.eks. være uddannelsesansvarlige overlæger, som skulle involveres i arbejdet omkring forankring af telepsykiatrien, både mhp diagnosticering og behandling, men også undervisning af både personale, læger og pårørende.

En mere omfattende brug af telepsykiatrien i Danmark forudsætter både juridiske og politiske løsninger. Telepsykiatri behøver en "ligeværdig status" med andre offentlige behandlingstilbud. Markedsføring af telepsykiatrien er således en politisk opgave, som evt. kunne støttes via både Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

8.1 Internationalt samarbejde

Internationalt samarbejde var ikke planlagt fra begyndelsen, men kom som naturlig følge af projektudviklingen. Det må understreges, at telepsykiatrien etableret imellem Danmark og Sverige er det første nogensinde i Europa. Samarbejdet har givet en del nye idéer til videreudvikling af telepsykiatrien. Man kan således overveje telepsykiatrisamarbejde med andre europæiske lande, hvor etniske behandlere befinder sig. På den måde vil man kunne forbedre behandlingsmulighederne for de mange flygtninge og indvandrere i landet. Samtidig vil man kunne anvende ressourcer, som findes i Danmark for at behandle flygtninge og indvandrere rundt i Europa.

8.2 Forslag til fremtidige aktiviteter

Fremtidige aktiviteter kan fordeles i:

1. organisatoriske
2. kliniske
3. videnskabelige

Organisatoriske aktiviteter

- Landsdækkende oplysningskampagne mhp udbredelse af kendskabet til resultater af telepsykiatriprojektet samt videreførelse og udvikling af fremtidens telepsykiatri i Danmark. Erfaringer fra lignende projekter verden over viser, at patienterne er generelt meget tilfredse og kan anvende teknologien uden besvær. Det er ofte fagpersonerne, som er skeptiske, hvorfor det er vigtigt at investere tid og kræfter i oplysningsarbejdet samt involvere fagpersonerne til aktiv deltagelse i telepsykiatrikontakten.
- Afklaring af finansieringen af telepsykiatrydelser gennem "indtænkning" af de telemedicinske muligheder i "normalorganisationen" af:

1) *Ventetidsgaranti til børn og unge med psykiatriske lidelser*, således at telepsykiatriske behandlingstilbud i privat regi sidestilles med traditionel psykiatrisk behandling, i de tilfælde hvor det offentlige sygehusvæsen ikke kan overholde en fremtidig ventetidsgaranti og derfor skal henvise til private behandlingstilbud.

2) *Opfyldelse af kvalitetsmål for den psykiatriske behandling af flygtninge* i de danske asylcentre, således at telepsykiatriske behandlingstilbud i privat regi rutinemæssigt anvendes, når det ud fra en samlet vurdering af behandlingskvalitet og samfundsøkonomi er fordelagtigt.

3) *Udfærdigelse af statuserklæringer og speciallægeerklæringer* på anmodning fra de kommunale social- og arbejdsmarkedsafdelinger, således at telepsykiatriske behandlingstilbud sidestilles med traditionelle psykiatriske udredninger, fx via internetportalen Mediconnect <http://www.mediconnect.dk>, der anvendes af mange kommuner ved anmodning om speciallægeerklæringer.

- Etablering af telepsykiatri mellem landets psykiatriske afdelinger og distriktpsikiatriske centre vil muliggøre bedre samarbejde samt uddannelsesmuligheder for sundhedspersonale. Endvidere vil man kunne anvende teknologien i forbindelse med tolkebistand i socialrådgiveres arbejde eller tolkebistand i de situationer, hvor relevant psykiatrisk etnisk ekspertise ikke er tilgængelig.
- National koordinering af igangsætning og udbredelse af telepsykiatriske aktiviteter, som det kendes fra andre sundheds-IT-projekter i regi af f.eks. MedCom og www.sundhed.dk.
- En storskala udbredelse af telepsykiatri i det danske sundhedsvæsen indebærer, at både tvivlere og direkte modstandere blandt det sundhedsfaglige personale bliver parter i projektet. Det langsigtede mål er, at anvendelsen af telepsykiatri findes helt naturligt i den kliniske hverdag. Det er således af afgørende betydning, at telepsykiatri som disciplin og værktøj inddrages på relevante steder i de sundhedsfaglige uddannelser, både prægraduat og i den postgraduate efteruddannelse.

Kliniske aktiviteter

- Telepsykiatrien er metoden, som vil kunne bruges til tidlig opsporing, diagnosticering og behandling af indvandrere med midlertidigt ophold i landet. Mange indvandrere har svært ved at finde fodfæste på arbejdsmarkedet pga. vekslende/dårlig psykisk tilstand, som ofte ikke bliver opdaget tidligt nok. Det medfører i sagens natur længere behandlingstid med dårligere prognose for helbredelse, sammenlignet med de personer, som tidligt kommer i behandling. I de kommende år kan man forvente en hel del international arbejdskraft etablere sig på det danske arbejdsmarked. Her drejer det sig igen om personer, som sandsynligvis ikke taler dansk på et niveau, som kan anvendes ved behov for psykiatrisk behandling.

- Etablering af telepsykiatrien på landets asylcentre, plejecentre, psykiatriske væresteder og institutioner for kompetenceafklaring vil kunne tilføre nødvendige, men aktuelt manglende ressourcer. Klinisk arbejde via telepsykiatri vil medføre, at ressourcerne udnyttes mere optimalt, i og med at meget transporttid undgås. Samtidig forbedres arbejdsklima, da personalet kan få kontinuerlig supervision/vejledning samt lettere adgang til professionel ekspertise.
- Installering af videokonferenceudstyr i *patienternes hjem* er en fremtidig mulighed, da udstyret vil blive væsentligt billigere. Dette vil give mulighed for specifik patientpopulation så som handikappede og ældre patienter. Patienter med agorafobi og autisme vil uden tvivl også kunne drage fordel af telepsykiatrien fra eget hjem.
- *Internationalt samarbejde* baseret på gode erfaringer med samarbejdet mellem Sverige og Danmark har medvirket til at overveje samarbejde med andre europæiske lande, hvor etniske behandlere befinder sig. På den måde vil man kunne forbedre behandlingstilbud til de mange flygtninge og indvandrere i landet. Samtidig vil man kunne anvende ressourcer, som findes i Danmark for at behandle flygtninge og indvandrere rundt i Europa. Et muligt udfald af de positive resultater opnået i projektet kan være etablering af et større *telepsykiatricenter* baseret på internationalt samarbejde. Sundhedsstyrelsen har allerede d. 9. november 2005 udstedt "*Vejledning om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin*", hvor man har klargjort ansvarsområder ved evt. internationalt samarbejde.

Videnskabelige aktiviteter

- Detaljeret undersøgelse af behandlernes tilfredshed ved metoden samt tilfredshed af henvisende instans (alment praktiserende læge, socialrådgiver fra kommunen m.m.), ligeså vel som undersøgelse af compliance hos involverede patienter.
- Effektivitets- og cost-efficiency-analysen af telepsykiatri for specifik patientpopulation vil kunne medvirke til ændring af hidtidige behandlingsrutiner.
- Anvendelsesomfanget af telepsykiatri må undersøges, således at man får indblik i, i hvilken grad telepsykiatri øger adgangen til psykiatrisk ekspertise, der hvor ressourcerne er små (f.eks. i provinsens psykiatri).

9.0 Konklusion

Dette telepsykiatriprojekt er det første nogensinde i Danmark, således at resultaterne af projektet kun kan sammenlignes med erfaringerne fra øvrige europæiske lande, som for nylig har indført telepsykiatri og/eller de erfaringer, der er opnået i Australien, USA og Canada siden 1959. Samtidig er projektet enestående, i og med at projektets målgruppe (flygtninge, indvandrere og asylansøgere) aldrig før er blevet målrettet behandlet via telepsykiatri. Konceptet af mental sundhed og sygdom har kulturelle variationer, som indebærer forskellige traditioner i opfattelse og behandling af psykiske lidelser. Kliniske

interventioner på det felt skulle ske ved vejledning og hjælp fra professionelle med relevante kulturelle baggrunde. Dette kan være ved at øge accept og anvendelsesomfang af behandlingstilbud til den transkulturelle patientpopulation. Dvs. at behandling af flygtninge, indvandrere og asylansøgere i Danmark vil formentlig kunne forbedres ved, at man involverer fagligt personale med etnisk baggrund i et væsentligt større omfang, end det er aktuelt. Da etniske ressourcer er ganske ujævnt fordelt, synes det oplagt at anvende telepsykiatrien mhp mest optimal udnyttelse af i forvejen sparsomme ressourcer. Som supplement til det eksisterende behandlingssystem kan telepsykiatrien altså øge både effektiviteten af behandlingstilbud og patienttilfredshed.

Internationalt samarbejde er en af de positive "sidegevinster", som ikke var med i den oprindelige projektbeskrivelse. Gode erfaringer med telepsykiatrisamarbejdet mellem Sverige og Danmark kan danne basis for udvidelse af samarbejdet imellem skandinaviske lande mhp udveksling af ressourcer tværs over grænser. Lægemangelen er stor over hele Skandinavien. Telepsykiatri kan øge tilgang til de ressourcer, som findes, uden at man skal rejse fra det ene til det andet land. "Telepsykiatrilægevikarer" er ganske muligt næste skridt i udviklingen indenfor det psykiatriske behandlingssystem i hele Skandinavien. Mere omfattende telepsykiatrisamarbejde kan opnås ved etableringen af et europæisk telepsykiatrinetværk. Her vil man kunne trække på f.eks. etniske ressourcer fra hele EU mhp behandling af etniske minoriteter i Danmark via respektive modersmål.

Afslutningsvis må man konkludere, at planlagte aktiviteter er blevet gennemført, og telepsykiatrien er forankret således, at man vil kunne overgå til almindelig drift de steder, hvor udstyret er installeret. Projektets mål er opnået, samtidig med at en hel del nye idéer og positive "sidegevinster" er kommet frem:

1. Telepsykiatri kan bidrage til både diagnosticering og behandling af psykiske lidelser hos flygtninge, indvandrere og asylansøgere via deres eget modersmål.
2. Nøjagtighed af diagnosticering og efterfølgende behandling forbedres væsentligt, da arbejdet foregår uden anvendelse af tolke.
3. Danske patienter kan benytte sig af metoden mhp at få adgang til kvalificerede psykiatriske ressourcer, der hvor ressourcerne er små (f.eks. Bornholm).
4. Telepsykiatri er virksom i det kliniske arbejde med både diagnosticering, behandling og opfølgning.
5. Patienten sparer tid på transport, og behandlingssystemet sparer tid på tolk samtidig med, at diagnosticerings-/behandlingstid mindskes væsentligt, i og med at tolkning udelades. Disse faktorer medvirker endvidere til øget behandlingsmotivation hos patienten og sandsynligvis kortere behandlingsforløb.
6. Kontinuitet, som er en vigtig del af behandlingsalliancen, kan bevares via anvendelse af telepsykiatri (specielt i de områder, der har kronisk mangel på læger, som forsøges løst ved at ansætte vikarer i kortere perioder, og på den måde udsættes patienter for lægeskift i ny og næ).
7. Pårørende til sindslidende af anden etnisk oprindelse kan få relevante oplysninger og vejledning på eget modersmål. Det er velkendt, at sproget er en væsentlig barriere i

anvendelse af specifikke tilbud (så som pårørendegruppe), hvor kommunikationen foregår udelukkende på dansk.

8. Samarbejdet mellem behandlere og personale kan forbedres ved anvendelse af telepsykiatri.

9. Uddannelsesaspekt i anvendelse af telepsykiatri viser sig i f.eks. muligheden for fjernsupervision af personalet og yngre læger i provinsen.

10. Økonomiske gevinster ved brug af telepsykiatrien er umiddelbare, hvad angår besparelserne på både tolkebistand og transport (detaljeret analyse anføres i **bilag 4**).

Referencer

1. Brown FW. Rural telepsychiatry. *Pschiatr Serv* 1998; 49, (7):963-4
2. May CR, Ellis Nt, Atkinson T, Gask L, Mair F, Smith C. Psychiatry by videophone: a trial service in north west England; *Stud Health Technol Inform* 1999; 68:207-10
3. Hawker F, Kavanagh S, Yellowlees P, Kalucy RS. Telepsychiatry in South Australia. *J Telemed Telecare* 1998; 4 (4):187-94
4. Samuels A. International telepsychiatry: a link between New Zealand and Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1999 Apr; 33 (2):284-6
5. Cukor P, Baer L, Willis BS, Leahy L, O'Laughlen J, Murphy M, Withers M, Martin E. Use of videophones and low-cost standard telephone lines to provide a social presence in telepsychiatry. *Telemed J* 1998 ; 4 (4):313-21
6. Zalusky S. Telephone analysis. Out of sight, but not out of mind. *J Am Psychoanal Assoc* 1998; 46 (4): 1221-42
7. Mielonen ML, Ohinamaa A, Moring J, Isohanni M. The use of videoconferencing for telepsychiatry in Finland. *J Telemed Telecare* 1998; 4, (3):125-31
8. Meltzer B. Telemedicine in emergency psychiatry; *Psychiatr Serv* 1997 Sep; 48,(9):1141-2
9. Bear D, Jacobson G, Aaronson S, Hanson A. Telemedicine in Psychiatry: making the dream reality. *Am J Psychiatry* 1997 ; 154 (6):884-5
10. Wheeler T. Thoughts from tele-mental helth practitioners; *Telemed Today* 1998 ; 6(2):38-40
11. Baigent MF, Lloyd CJ, Kavangh SJ, Ben-Tovim DI, Yellowlees PM, Klaucy RS, Bond MJ. Telepsychiatry: "tele" yes, but what about the "Psychiatry"? *J Telemed Telecare* 1997; 3 Suppl, 1:3-5
12. Zarate CA Jr, Weinstoch L, Cukor P, Morabito C, Leahy L, Burns C, Baer L. Applicability of telemedicine for assessing patients with schizophrenia: acceptance and reliability. *J Clin Psychiatry* 1997 ; 58 (1):22-5
13. Trott P, Blignault I. Cost evaluation of a telepsychiatry service in northern Queensland. *J Telemed Telecare* 1988; 4 Suppl, 1:66-8
14. McLaren PM, Laws VJ, Ferreira AC, O'Flynn D, Lipsedge M, Watson JP. Telepsychiatry: outpatient psychiatry by videolink. *J Telemed Telecare* 1996;2 Suppl,1:59-62
15. Ruskin PE, Silver-Aylaian M, Kling AM et al. Treatment Outcomes in Depression:Comparison of Remote Treatment through Telepsychiatry to In-Person Treatment. *Am J Psychiatry* 2004;161:8
16. May C, Gask L, Ellis N, Atkinson T, Mair F, Smith C, Pidd S, Esmail A. Telepsychiatry evaluation in the north-west of England: preliminary results of a qualitative study. *J Telemed Telecare* 2000; 6 Suppl 1: s20-2 Related Articles, Books, LinkOut
17. Urness DA. Evaluation of a Canadian telepsychiatry. *Stud Health Technol Inform* 1999; 64: 262-9 Related Articles, Books
18. O`Raily R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, Takhar J. Is Telepsyhiatry Equivalent to Face-to-Face Psychiatry? Results From a Randomized Controlled Equivalence Trial. *Psychiatr Serv* 2007, 58:836-843.
19. Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Telepsychiatry as a routine service -the perspective of the patient. *J Telemed Telecare* 2001; 7: 155-60
20. Simpson J, Doze S, Urness D,Hailey D,Jacobs P. Evaluation of a routine telepsychiatry service. *J Telemed Telecare* 2001; 7: 90-98.

21. Jacklin PB, Roberts JA, Wallace P, et al. Virtual outreach : economic evaluation of joint teleconsultations for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion. *BMJ* 2003; vol 327:84
22. Lessing K, Blignault. Mental health telemedicine programmes in Australia. *J Telemed Telecare* 2001; 7: 317-323.)
23. Rendon M. Telepsychiatric treatment of a schoolchild. *J Telemed Telecare* 1998;4:179-82
24. Hilty DM, Sison JI, Nesbitt TS, Hales RE . Telepsychiatric consultation for ADHD in the primary care setting (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:15-16
25. Alessi NE. Telepsychiatric care for a depressed adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; Vol 41(8): 894-895.
26. Ermer DJ. Experience with a rural telepsychiatry clinic for children and adolescents. *Psychiatric Services* 1999; 50:260-261.
27. Elford R, White H, Bowering R, et al. A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *J Telemed Telecare* 2000; 6:73-82.
28. Conte SJ, Imershein AW, Magill MK. Rural community and physician perspectives on resource factors affecting physician retention. *J Rural Health* 1992; 8:185–96.
29. Harned MA. The saga of rural health care. *W V Med J* 1993;89:54–55.
30. Mackesy R. Physician satisfaction with rural hospital. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38:375–86.
31. Anderson EA, Bergeron D, Crouse BJ. Recruitment of family physicians in rural practice. *Minn Med* 1994; 77:29–32.
32. Harris KD. Acceptance of computer-based telemedicine in three rural Missouri counties (rural health care). Thesis/dissertation 1999. University of Missouri.
33. Orkin FK. Rural realities. *Anesthesiology* 1998; 88:568–71.
34. Whitten P, Rowe-Adjibogoun J. Success and failure in a Michigan telepsychiatry programme. *J Telemed Telecare* 2002; 8 Suppl 3:S3:75-7.
35. Tilford J.M.et al.: Rural Arkansas Physicians and Telemedicine Technology : Attitudes in Communities Receiving Equipment. *Telemed J* 1997; vol.3:4, 257-263.
36. Doze S, Simpson J, Hailey D and Jacobs P. Evaluation of a telepsychiatry pilot project. *J Telemed Telecare* 1999; 5: 38-46)
37. Bose U, McLaren P, Riley A and 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):S1:8-10.
38. Bishop J E et al: Client satisfaction in a feasibility study comparing face to face interviews with Telepsychiatry. *J Telemed Telecare* 2002; 217-221.
39. Urness, D et al. Client acceptability and quality of life - telepsychiatry compared to in-person consultation. *J Telemed Telecare* 2006; 251-254.
40. Nelson EL et al. Treating childhood depression over videoconferencing. *Telemed J E Health* 2003;9:49-55.
41. Ton H, Koike A, Hales E.R. A Qualitative Needs Assessment for Developing of a Cultural Consultation service. *Transcultural Psychiatry* 2005; 42 (3):491-504
42. Jerrell JM. Effect of ethnic matching of young clients and mental health staff. *Cult Divers Ment Health*. 1998; 4:297-302
43. Lin KM, Cheung F. Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatr Serv* 1999;50:774-780.
44. Harley J, McLaren P, Blackwood G, Tierney K, Everett M. The use of videoconferencing to enhance tertiary mental health service provision to the island of Jersey. *J Telemed Telecare* 2002; 8 (Suppl. 2):36-38.

BILAG 1



PATIENTINFORMATION

Telepsykiatri er en behandlingsmetode, som er blevet brugt i USA og Australien siden 1959. Behandlingscenter "Den Lille Prins" i Kastrup er det første og det eneste sted i Danmark, hvor man bruger telepsykiatrisk metode i behandling af psykiske lidelser.

Metoden består i, at klienten og psykiateren både kan se og høre hinanden ligesom ved direkte TV-transmittering. Det betyder, at klienten kan modtage behandling i sin respektive kommune, mens psykiateren befinder sig i København. Behandlingen foregår via audio-video-link og kræver en del udstyr, der muliggør kontakt mellem klienten og psykiateren uanset den fysiske afstand mellem dem.

Formålet med metoden i Danmark er at muliggøre psykiatrisk behandling på klienternes eget modersmål, da centrets læger udover dansk også taler somalisk, kurdisk, arabisk og flere af Eksjugoslaviens sprog. Således vil den behandlingskrævende få en bedre og hurtigere hjælp uden behov for tolkebistand.

Inden man eventuelt kommer i gang med "telepsykiatrisk" behandling, skal man underskrive informeret samtykke, af hvilket fremgår, at man på hvilket som helst tidspunkt kan afslutte kontakten. Der er vigtigt at understrege, at samtalerne mellem klienten og psykiateren er fortrolige (dvs. psykiateren har tavshedspligt), samt at samtalerne på ingen måde må optages eller offentliggøres.

Efter endt behandlingsforløb vil der blive udfyldt spørgeskema, som anvendes til evaluering af af forløbet.

Ved behov for yderligere informationer bedes du venligst henvende dig til Behandlingscenter "Den Lille Prins".

BILAG 2



PATIENTSAMTYKKE

Hermed bekræfter jeg, at jeg frivilligt indgår i telepsykiatriprojekt efter at være blevet grundigt informeret. Jeg kan på hvilket som helst tidspunkt ophøre med denne form for behandling.

Dato: _____

Underskrift: _____

BILAG 3**TELEPSYKIATRI**
Spørgeskema til patienten

Navn: _____

CPR: _____

Diagnose: _____

Antal telepsykiatrisamtaler:

Medicin:

 Antipsykotisk: Antidepressiv: Beroligende: Andet:

Tidligere psykiatrisk behandling i sit hjemland:

JA

NEJ

Psykiatrisk behandling i Danmark:

JA

NEJ

		JA, i høj grad	JA, i nogen grad	NEJ, kun i mindre grad	NEJ, slet ikke	Ved ikke
1.	Fik du forståelig information om behandlingsmetoden?					
2.	Synes du, det var ubehageligt at tale med lægen via "skærmen"?					
3.	Følte du dig tryk ved telepsykiatrisamtalen?					
4.	Er du tilfreds med lyd kvaliteten?					
5.	Er du tilfreds med billedkvaliteten?					
6.	Er du tilfreds med det udbytte, du fik af telepsykiatrisk kontakt/ kunne du via telepsykiatri udtrykke alt det, du ville?					
7.	Vil du anbefale metoden til andre, du kender?					

		JA, i høj grad	JA, i nogen grad	NEJ, kun i mindre grad	NEJ, slet ikke	Ved ikke
8.	Vil du i fremtiden hellere tale med lægen ved hjælp af en tolk?					
9.	Hvilken fordel ser du i telepsykiatrien? (f.eks.kommunikation på eget modersmål; ingen behov for at rejse til lægekonsultation osv.)					
10.	Hvad var du mest utilfreds med i telepsykiatriløbets forløb?					

Dato:

Underskrift:

Telepsykiatri

En økonomisk analyse

Emir Biser, Cand. Merc
Syddansk Universitet, Odense

Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Analyse 1 (tolkebistand)	5
Analyse 2	9
Konkret eksempel: omkostninger ved rejsen til klinikken Den Lille Prins fra Århus.....	9
Konklusion	13
Kilder	15
Bilag 1 (Tolkebistandsanalyse)	16
Data og udregninger for Bilag 1	17
Bilag 2 (Transportomkostninger)	18
Data og udregninger for Bilag 2	19

Indledning

I en cost-benefit-analyse opgøres og sammenvejes et projekts kvantificerbare konsekvenser i monetære enheder, hvorefter nutidsværdien kan beregnes. Et projekt anses for samfundsøkonomisk fordelagtigt, hvis summen af de tilbagediskonterede konsekvenser (dvs. benefits og omkostninger) er positiv.

En meget generel definition af cost-benefit-analysen kan refereres til to områder:

- En formel fremgangsmåde til at belyse og vurdere et projekt, som er en proces kendt som projektbeskrivelse
- En fremgangsmåde til beslutningsprocessen

Hensigten med cost-benefit-analyser er at skabe et grundlag for beslutninger, der bidrager til at sikre den bedst mulige udnyttelse af telepsykiatri i Danmark.

Ovenfor nævnte definitioner af cost-benefit-analyse vil være udgangspunkt for vores analyse. Opstilling af analyse vil blive simplificeret på de økonomisk relevante og målbare parametre, som skal resultere i en økonomisk fordelagtighed af telepsykiatri med konkrete tilfælde og nøjagtige beregninger, som vi vil gennemgå i analysen.

Etableringsomkostningerne i forbindelse med indførelse af telemedicinsk diagnostik består af omkostningerne i forbindelse med anskaffelse og drift af det nødvendige teletekniske udstyr.

Første del af analysen

Den første del af analysen vil relateres til omkostninger i den traditionelle behandlingsform, hvor der anvendes tolke til behandling af patienter med anden etnisk baggrund.

Nuværende behandlinger af patienter med anden etnisk baggrund foregår via tolke, hvori behandlingskvalitet afhænger af tolkens sprogkundskaber, som i øvrigt ikke undersøges. Hermed udpeges en samfundsmæssig omkostning i forbindelse med tolkebistand.

Anden del af analysen

Alternativet er, at patienter med anden etnisk baggrund rejser til klinikker, hvor psykiatrisk konsultation sker på deres eget sprog. Hermed er der udpeget to samfundsmæssige omkostninger:

- Transportudgifter
- Tidsforbrug ved transport (*som regel en hel arbejdsdag*)

Generel beskrivelse

I vores analyse vil vi meget konkret belyse de økonomiske fordele ved telepsykiatri. Vi vil tage udgangspunkt i de ovennævnte omkostninger sammenlignet med investeringsbehov for udstyr til telepsykiatri.

I analysen vil der blive udarbejdet en tidsmæssig dimension, som vil være grundlaget for vores påstand, at telepsykiatri er mere økonomisk fordelagtigt på kort og længere sigt sammenlignet med traditionelle behandlingsformer.

Vi har valgt, at måleenhederne i vores analyse skal være antal konsultationer mellem psykiatere og patienter. Denne måleenhed vil blive relateret til både telepsykiatri samt de traditionelle behandlingsformer. De traditionelle behandlingsformer vil fremover i analysen benævnes som *alternativ*. Hermed menes alternativ til telepsykiatri.

I cost-benefit-analysen vil vi kalkulere en form for "breakeven punkt". Dvs. punktet (antal konsultationer), hvor vi viser samfundsøkonomisk fordelagtighed ved telepsykiatri. Nedenstående udregninger er udarbejdet i Excel, hvorefter de implementeres direkte i analysen¹.

I analysen arbejder vi med sammenligning af to former for behandling, telepsykiatri og alternativet. Omkostninger relevante i forhold til analyser er belyst i tabellerne, hvori investeringsbehovet for telepsykiatri er konstant implementeret i tabellen.

¹Se venligst: Bilag 1 & Bilag 2

Analyse 1 (tolkebestand)

Uden at gennævne ulemper ved brug af tolke ved behandling af patienter med anden etnisk baggrund, viser den nedenstående analyse, at det også er meget økonomisk tungt.

Udgifter til tolke ved alle konsultationer er konstante. Dvs. uanset antal af behandlinger vil tolkebestand være en lineær udvikling med to parametre, timeløn og antal konsultationer. Som ekstra faktor, som vi kunne inddrage i denne analyse, er de omkostninger, som er forbundet med tolkens rejseudgifter. I praksis er det meget anvendt, at tolke fra andre (større) byer rejser til mindre byer, hvor patienterne med anden etnisk baggrund bliver behandlet. Desværre findes der ingen statistiske analyser over disse samfundsmæssige udgifter. Derfor vil den ekstra omkostning i denne analyse betragtes som en samfundsøkonomisk parameter, der eksisterer og taler **for** økonomisk fordelagtighed ved telepsykiatri, men som vi ikke specificerer yderligere i denne rapport.

I tabel 1 har vi samlet relevante omkostninger ved telepsykiatri².

Telepsykiatri		
		Antal konsultationer
Personaleudgifter		
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	111
Sekretærhjælp	kr 147,47	111
Driftsudgifter		
Internetopkobling	kr 249,00	
Fordelt på antal patienter pr. mdr.	kr 1,61	111
Omkostninger i alt		kr 83.146,93
I alt pr. konsultation	kr 749,07	
Investering til teleudstyr		
Monitor	kr 6.500,00	
Kamera	kr 40.000,00	
Belysning og øvrig indretning	kr 2.000,00	
I alt investeringsudgifter:	kr 48.500,00	

Tabel 1

Aflønninger af psykiatere og sekretær er konstante variabler, som er ens for begge behandlingsformer.

Udgifter pr. konsultation, og sekretærhjælp (15 minutter). Efter overenskomst for begge områder.

Ekstra driftsudgifter, som vil forekomme ved telepsykiatri. Pris til internetopkobling fordeles på antal af patienter. Dvs. her måler vi effektiviteten af den ekstra udgift. Ca. 155 konsultationer pr. måned. Det giver en ekstra driftsomkostning på ca. 1,6 kr. pr. konsultation.

Investeringsudgifter og det samlede investeringsbehov til telepsykiatri, beregnet efter de seneste priser på markedet.

² http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/FAS/PRAKSIS/TAKSTKORT/PSYKIATRI (Aflønning af psykiatere)

I tabel 1.2 har vi samlet relevante omkostninger for traditionel behandlingsform med udgifter til **tolkebistand**³.

Traditionel behandlingsform		
		Antal konsultationer
Personaleudgifter		
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	111
Sekretærhjælp	kr 147,47	111
Udgifter til tolke	kr 441,00	111
I alt pr. konsultation	kr 1.188,47	
Omkostninger i alt		kr 131.919,62

Tabel 1.2

I alt omkostninger pr. konsultation er i traditionel behandlingsform dyrere med 441 kr.

Udgifter til autoriserede tolke.

Med ovenstående to tabeller har vi lavet en analyse for at finde punktet, hvor telepsykiatri viser en økonomisk fordel.

I tabel 1.3 har vi samlet de to tabeller. Derefter har vi beregnet, hvor mange konsultationer der skal til, før vi har et breakeven punkt, investeringsbehov taget i betragtning.

Telepsykiatri			Traditionel behandlingsform		
		Antal konsultationer			Antal konsultationer
Personaleudgifter			Personaleudgifter		
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	111	Aflønning af psykiatere	kr 600,00	111
Sekretærhjælp	kr 147,47	111	Sekretærhjælp	kr 147,47	111
Drifts udgifter			Udgifter til tolke	kr 441,00	111
Internet opkobling	kr 249,00		I alt pr. konsultation	kr 1.188,47	
Fordelt på antal patienter pr. mdr.	kr 1,61	111	Omkostninger i alt		kr 131.919,62
Omkostninger i alt		kr 83.146,93			
I alt pr. konsultation	kr 749,07				
Investering til teleudstyr					
Monitor	kr 6.500,00				
Kamera	kr 40.000,00				
Belysning og øvrig indretning	kr 2.000,00				
I alt investerings udgifter:	kr 48.500,00				

Tabel 1.3

³ <http://www.vestamt.dk/amtsraad/dagsordn/su/000301/pkt9.htm> (Aflønning af tolke)

Tabel 1.4 viser en økonomisk kalkulation ved 138 konsultationer.

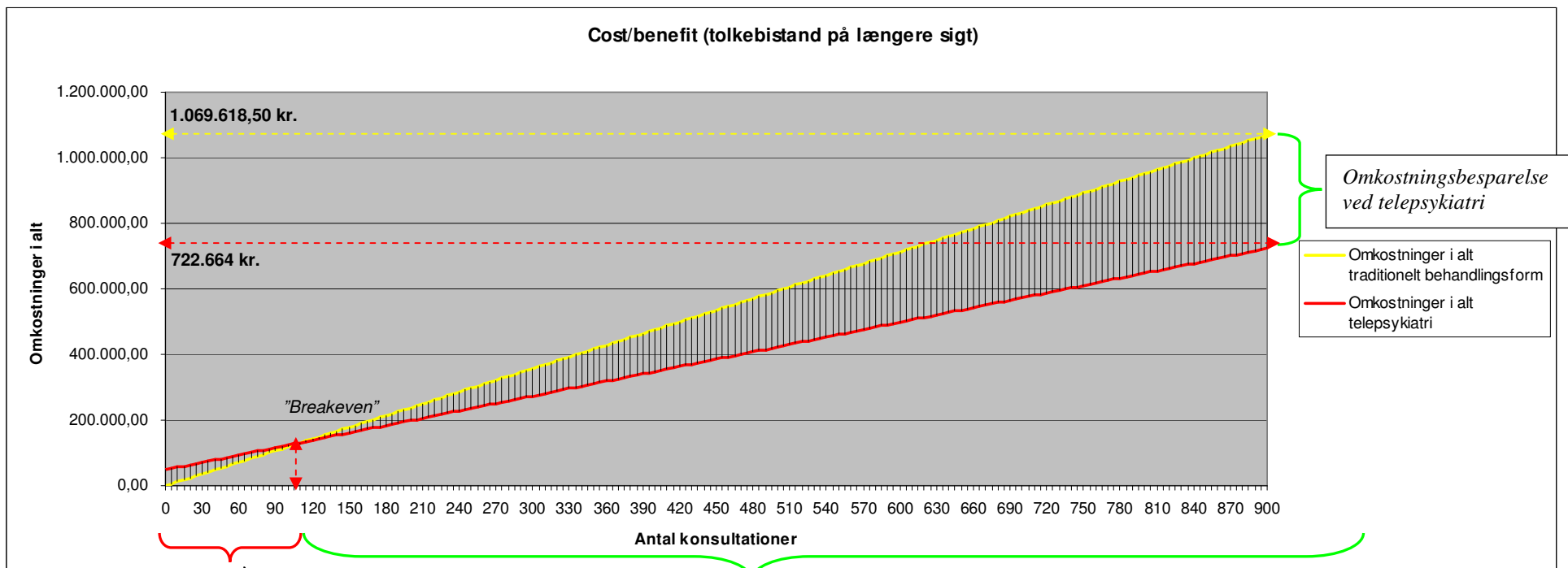
Omk. ved 111 konsultationer:	
Traditionel behandling:	kr 131.919,62
Telepsykiatri:	kr 83.146,93
Besparelse alene ved tolkebistand:	kr 48.772,68
Investeringsbehov for teleudstyr =	kr 48.500,00

Breakeven punktet er fundet ved ca. 111 konsultationstimer med psykiateren

Tabel 1.4

Som tabel 1.3 og tabel 1.4 viser, har vi efter ca. 111 konsultationer fundet, at investeringsbehovet for teleudstyr vil blive dækket alene ved besparelse af tolkeudgifter. Her er der tale om udstyr, som kan bruges i fremtiden, og som på længere sigt kun vil være mere økonomisk fordelagtigt ved behandling af patienter med anden etnisk baggrund.

I Figur 1 har vi udarbejdet en kalkulation, som viser skæringen mellem udgifter i de to behandlingsformer og den fremtidige økonomiske udvikling.



Figur 1

Fra figur 1 kan vi se, at indtil ca. 111 konsultationer er telepsykiatri (*investeringssomkostninger medregnet*) dyrere end den traditionelle form for behandling. Efter de 111 konsultationer har vi en meget anderledes udvikling. Det skraverede område efter 111 konsultationer viser en økonomisk besparelse ved telepsykiatrien. Ved flere konsultationer vil afstanden mellem omkostninger mellem telepsykiatrien og alternativet kun blive større. Vores undersøgelse udvikler sig til 900 konsultationer, som svarer til mindre end 6 måneder med fuld kapacitetsudnyttelse på 155 konsultationer pr. måned. Antallet af konsultationer omregnet til samfundsøkonomisk besparelse alene ved tolkebistand med anvendelse af telepsykiatri i 6 måneder er **346.954,50 DKK**.

Analyse 2

Konkret eksempel: omkostninger ved rejsen til klinikken Den Lille Prins fra Århus

I analyse 2 har vi taget højde for en konkret behandling, hvor patienten fra Århus rejser til klinikken Den Lille Prins i Kastrup. I dette tilfælde ønskede patienten at blive behandlet af en psykiater, som taler hans eget sprog.

Som i analyse 1, har vi også i analyse 2 forsøgt at finde en sammenhæng mellem udgifter forbundet med patienten, der rejser fra Århus for at blive behandlet på klinikken Den Lille Prins i Kastrup, og de udgifter forbundet med en opstilling og installation af telepsykiatrisk udstyr i Århus. I denne analyse har vi forsøgt at finde et punkt, hvor behandlinger via telepsykiatri giver samfundsøkonomiske fordele.

I tabel 2 viser vi udgifter forbundet med udstyr til telepsykiatri. Udgifter forbundet med en konsultation er ikke ændret i forhold til tidligere analyse. Dvs. det samlede investeringsbehov er 48.500 kr., og udgifter forbundet med konsultation udgør ca. 749 kr.

Telepsykiatri		
		Antal konsultationer
Personaleudgifter		
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	111
Sekretærhjælp	kr 147,47	111
Driftsudgifter		
Internetopkobling	kr 249,00	
Fordelt på antal patienter pr. mdr.	kr 1,61	111
Omkostninger i alt		kr 83.146,93
I alt pr. konsultation	kr 749,07	
Investering til teleudstyr		
Monitor	kr 6.500,00	
Kamera	kr 40.000,00	
Belysning og øvrig indretning	kr 2.000,00	
I alt investeringsudgifter:	kr 48.500,00	

Tabel 2

Tabel 2.1 viser de samfundsmæssige omkostninger, som er forbundet med behandlingen af patienten, der rejser fra Århus til klinikken i Kastrup.

Traditionel behandlingsform (patienten rejser fra Århus til Kastrup)		
		Antal konsultationer
Personaleudgifter		
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	36
Sekretærhjælp	kr 147,47	36
Transportomkostninger		
Transportomk. fra Århus til Kastrup	kr 604,00	36
Transporttid 10 timer tur/retur (en arbejdsdag) (beregnet med mindsteløn i DK)	kr 760,00	36
I alt pr. konsultation:	kr 2.111,47	
Omkostninger i alt		kr 76.012,74

Tabel 2.1

Som det kan ses ud fra tabel 2, er personaleomkostninger de samme som i analyse 1. De ekstra omkostninger, som er forbundet med rejseudgifter fra Århus til Kastrup, er tilføjelser som vi vil fokusere på i analyse 2.

Der er to nye parametre, som er meget omkostningstunge, og som forbindes med hver konsultation.

Transportomkostninger fra Århus til Kastrup

Her har vi kalkuleret med prisen på returbillet fra Århus til Kastrup.⁴

Transporttid

Behandlingen af patienten fra Århus er ikke alene forbundet med transportudgifter. I analysen tager vi højde for, at patienten stadig er tilknyttet arbejdsmarkedet. I dette konkrete tilfælde vil patienten bruge en hel arbejdsdag til rejsen mellem de to byer. Rejsetiden udgør ca. 9 timer + konsultationstid. Uden at komme ind på detaljer mht. patientens specifikke timeløn har vi i analysen beregnet samfundsøkonomisk tab udfra en mindsteløn på 95 DKK/timen.

De to ovennævnte omkostninger er det, vi benævner som **Transportomkostninger** i tabel 2.1.

⁴www.dsb.dk

Tabel 2.2 viser økonomisk sammenhæng og besparelse med telepsykiatri sammenlignet med alternativet, hvor patienten rejser fra Århus til Kastrup for at blive behandlet.

Telepsykiatri		Traditionel behandlingsform (patienten rejser fra Århus til Kastrup)	
			Antal konsultationer
Personaleudgifter			
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	kr 600,00	36
Sekretærhjælp	kr 147,47	kr 147,47	36
Drifts udgifter			
Internetopkobling	kr 249,00		
Fordelt på antal patienter pr. mdr.	kr 1,61		36
Omkostninger i alt			kr 26.966,57
I alt pr. konsultation	kr 749,07		
Investering til teleudstyr			
Monitor	kr 6.500,00		
Kamera	kr 40.000,00		
Belysning og øvrig indretning	kr 2.000,00		
I alt investeringsudgifter:	kr 48.500,00		

Tabel 2.2

Transportomkostningerne er ikke til at overse i analysen. Transportomkostninger i den opstillede analyse er ca. 45 % større end konsultationsudgifter alene. Som det også kan ses fra tabel 2.2, er break-even punktet fundet ved ca. 36 konsultationer, som er væsentligt mindre end i analyse 1.

Dette forklares med de høje transportomkostninger, som har negativ effekt på de traditionelle behandlingsformer, og som taler for implementering af telepsykiatri. Her viser vi en udvikling, hvor telepsykiatri på meget kort sigt giver samfundsøkonomiske fordele.

Vi er kommet frem til, at efter 36 konsultationer i Kastrup vil der kunne opnås en samfundsmæssig besparelse stor nok til at dække investeringsbehov for udstyr til telepsykiatri.

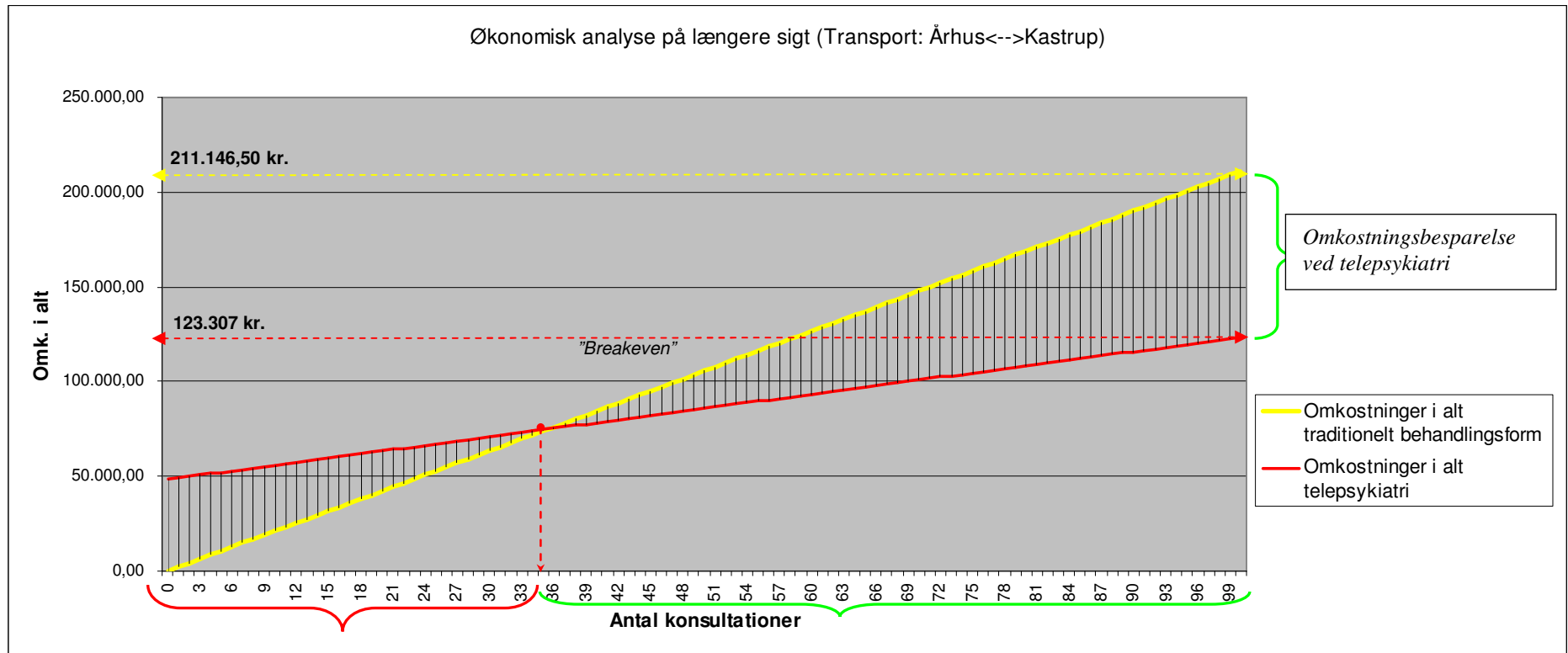
I tabel 2.3 opstiller vi de samlede omkostninger efter 36 konsultationer som bevis på ovenstående påstand i forhold til det fundne break-even punkt.

Omk. ved 36 konsultationer:	
Traditionel behandling:	kr 76.012,74
Telepsykiatri:	kr 26.966,57
Besparelse alene ved tolkebistand:	kr 49.046,17
Investeringbehov for teleudstyr =	kr 48.500,00

Breakeven punktet er fundet ved ca. 36 konsultationstimer med psykiateren

Tabel 2.3

I figur 2, har vi udarbejdet et diagram, som viser samfundsøkonomiske fordele ved telepsykiatri på længere sigt.



Figur 2

Figur 2 viser en udvikling op til 100 konsultationer, hvor vi ser, at samfundsøkonomisk gevinst med investering i udstyr til telepsykiatri kun vil blive større med tiden. Besparelsen med telepsykiatri, alene ved 100 konsultationer af denne type, vil udgøre ca. **87.839,50 DKK**. Hovedanalyse, som danner baggrund for hele opstillingen af analyse 2, er udarbejdet til og med 250 konsultationer. Den viser, at besparelsen med telepsykiatri i forhold til alternativet, efter 250 konsultationer udgør 292.198,39 DKK. Denne beregning er interessant, fordi den fortæller os, at ved 250 konsultationer er alternativet næsten 55 % dyrere end behandling med telepsykiatri.

Konklusion

Den opstillede analyse er bevis på, at anvendelse af telepsykiatrien kan resultere i en klar økonomisk fordel.

Udover andre fordele, som nævnes i telepsykiatrirapporten, har vi med en økonomisk analyse vist, at telepsykiatri er:

1. Samfundsøkonomisk fordelagtigt på kort og længere sigt
2. Investeringsbehov er opnået alene med besparelse af forholdsvis tolkebistand/transportomkostninger

I vores analyse arbejder vi med en kapacitetsudnyttelse svarende til 155 konsultationer per måned, dvs. ca. 7 konsultationer om dagen.

Analyse 1

I første opstillede analyse, hvor vi arbejder med tolkebistand, har vi bevist, at økonomisk fordel opnås efter 111 konsultationer. Hvis telepsykiatri bliver anvendt optimalt, har vi dækket vores investeringsbehov samt opnået en økonomisk fordelagtighed på under en måned. Dette faktum bruger vi som bevis på, at investeringsbehov for telepsykiatri er selvfinansieret efter meget kort tid.

Investeringsbehovet på 48.500 DKK i opstartsfasen vil have mindre betydning i forhold til den samlede økonomiske gevinst på længere sigt. Alene efter 4 måneder (620 konsultationer) har vi med telepsykiatri opnået en samfundsøkonomisk gevinst på ikke mindre end 220.924 DKK. Dette tal er ikke til at overse. Efter 4 måneder ved kapacitetsudnyttelse på 155 konsultationer per måned er traditionelle behandlingsmetoder ca. 30 % dyrere end telepsykiatri.

Analyse 2

Anden del af vores analyse fokuserer på transporttid og omkostninger forbundet med rejsetiden til og fra behandlingsinstitutioner. I vores analyse har vi arbejdet med et konkret eksempel, hvor patienten fra Århus skulle rejse til klinikken Den Lille Prins i Kastrop. Dette har vi brugt som bevis på, at telepsykiatri kan resultere i en stor samfundsøkonomisk gevinst på meget kort tid.

Fordele ved telepsykiatri vises endnu tydeligere i denne analyse.

Breakeven punktet er fundet ved ca. 36 konsultationer. Når vi regner med en realistisk udnyttelsesgrad på 155 konsultationer per måned, svarer 36 konsultationer til ca. 5 dages arbejde. Her vil vi pointere, at efter 5 dage med en kapacitetsudnyttelse på 155 konsultationer per måned, vil vi begynde at opleve økonomiske fordele med telepsykiatri. Efter kun en måned viser vi en mulighed for samfundsøkonomisk besparelse på 162.777 DKK i forhold til traditionelle behandlingsformer.

Det er vigtigt at pointere, at udregninger i analyse 2 i princippet ikke behøver at omhandle udelukkende patienter med anden etnisk baggrund. Telepsykiatri kan også anvendes i de dele af landet, hvor adgang til psykiatrisk ekspertise er besværliggjort pga.

ressourcemangel. Patienter fra f.eks. Bornholm har været udsat for lange ventetider, og/eller lange rejser til praktiserende psykiatere i København mhp at få relevant behandling.

Den sundhedsmæssige gevinst (effekten) ved indførelse af telepsykiatri kan først og fremmest måles som reduceret tid til diagnostik. Da sandsynligheden, for at patienter hjælpes, er større, jo hurtigere de kommer i behandling, kan dette effektmål omsættes til antal raske patienter.

Antal raske patienter kan evt. omformuleres til antal vundne år, som kan være produktive på f.eks. arbejdsmarkedet. Yderligere kunne gevinsten måles som antal kvalitetsjusterede leveår, såfremt det var muligt at værdisætte den forventede livskvalitet i de ekstra vundne leveår.

Kilder

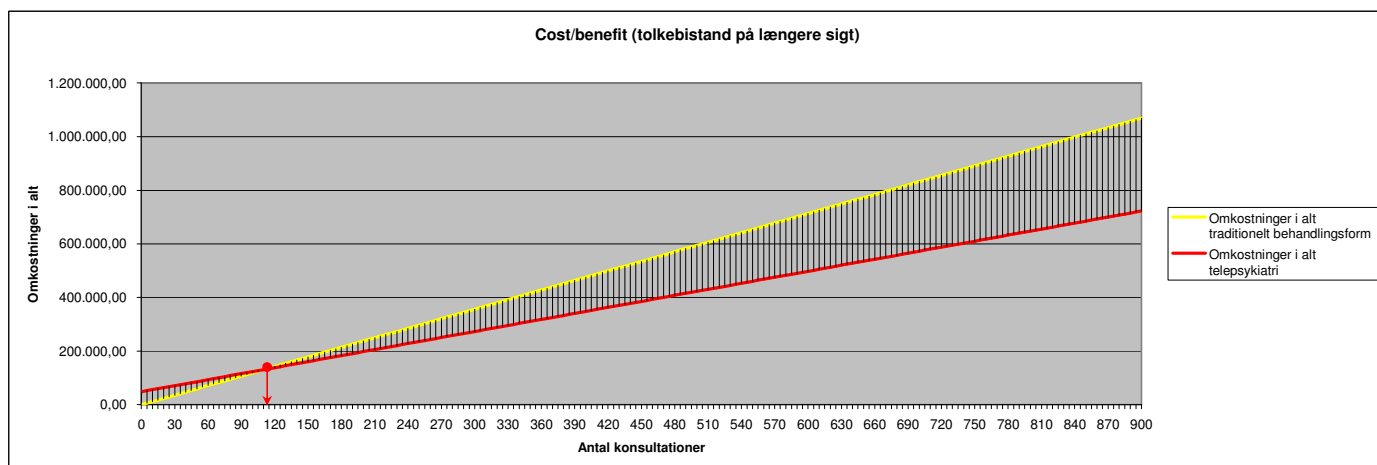
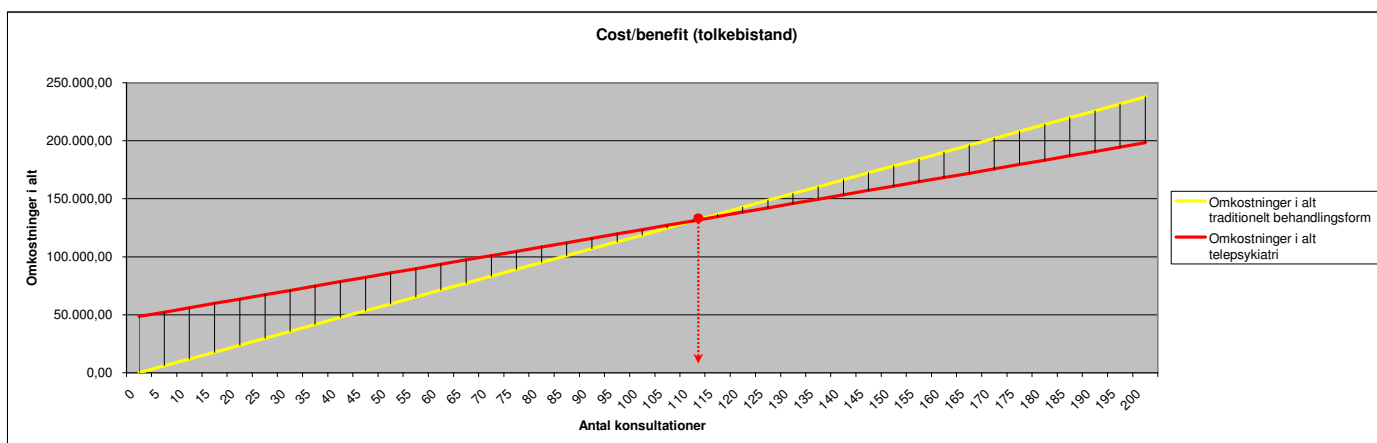
1. http://www.vftp.dk/temaer/fakta%20og%20tal/transkulturelle_patienter.html
2. http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVEREN_SKOMSTER/FAS/PRAKSIS/TAKSTKORT/PSYKIATRI
3. <http://www.vestamt.dk/amtsraad/dagsordn/su/000301/pkt9.htm>
4. www.dsb.dk

Bilag 1 (Tolkebistandsanalyse)

Nedenstående analyse viser samlet uddrag af kalkulationer foretaget i excel. Disse beregninger er udgangspunkt for vores analyse.

Telepsykiatri			Traditionel behandlingsform		
		Antal konsultationer			Antal konsultationer
Personaleudgifter			Personaleudgifter		
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	111	Aflønning af psykiatere	kr 600,00	111
Sekretærhjælp	kr 147,47	111	Sekretærhjælp	kr 147,47	111
Driftsudgifter			Driftsudgifter		
Internetopkobling	kr 249,00		Udgifter til tolke	kr 441,00	111
Fordelt på antal patienter pr. mdr.	kr 1,61	111	I alt pr. konsultation	kr 1.188,47	
Omkostninger i alt		kr 83.146,93	Omkostninger i alt		kr 131.919,62
I alt pr. konsultation	kr 749,07				
Investering til teleudstyr			Omk. ved 111 konsultationer:		
Monitor	kr 6.500,00		Traditionel behandling:	kr 131.919,62	
Kamera	kr 40.000,00		Telepsykiatri:	kr 83.146,93	
Belysning og øvrig indretning	kr 2.000,00		Besparelse alene ved tolkebistand:	kr 48.772,68	
I alt investeringsudgifter:	kr 48.500,00		Investeringbehov for teleudstyr =	kr 48.500,00	

Breakeven punktet er fundet ved ca. 111 konsultationstimer med psykiateren



Data og udregninger for Bilag 1

Analysen fortsættes til 900 konsultationer, hvor fordelene ved telepsykiatri forøges ved hver konsultation. Her viser vi uddrag af den samlede analyse, som omfatter 900 kalkulationer.

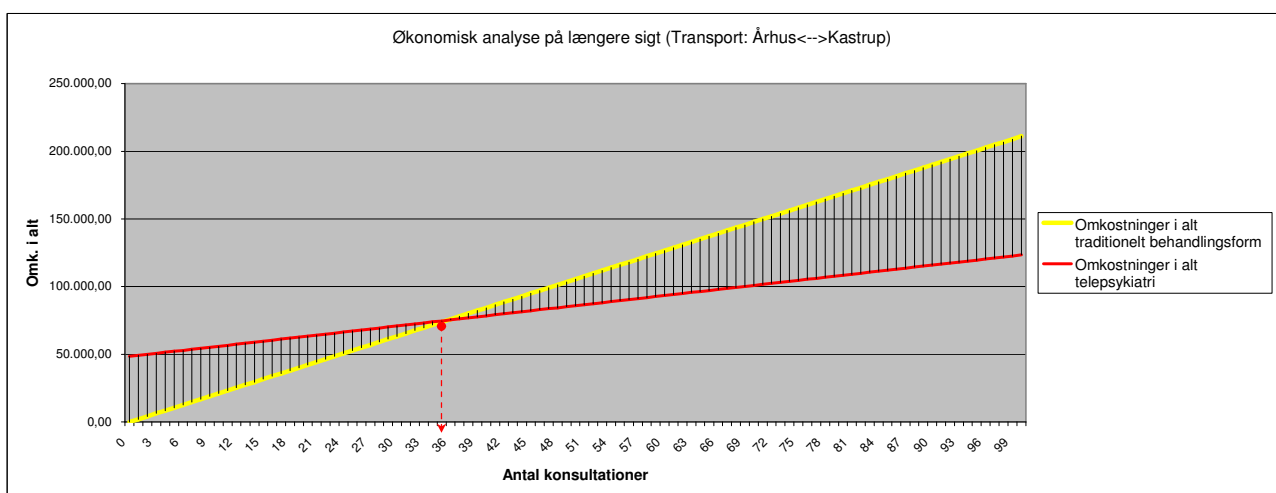
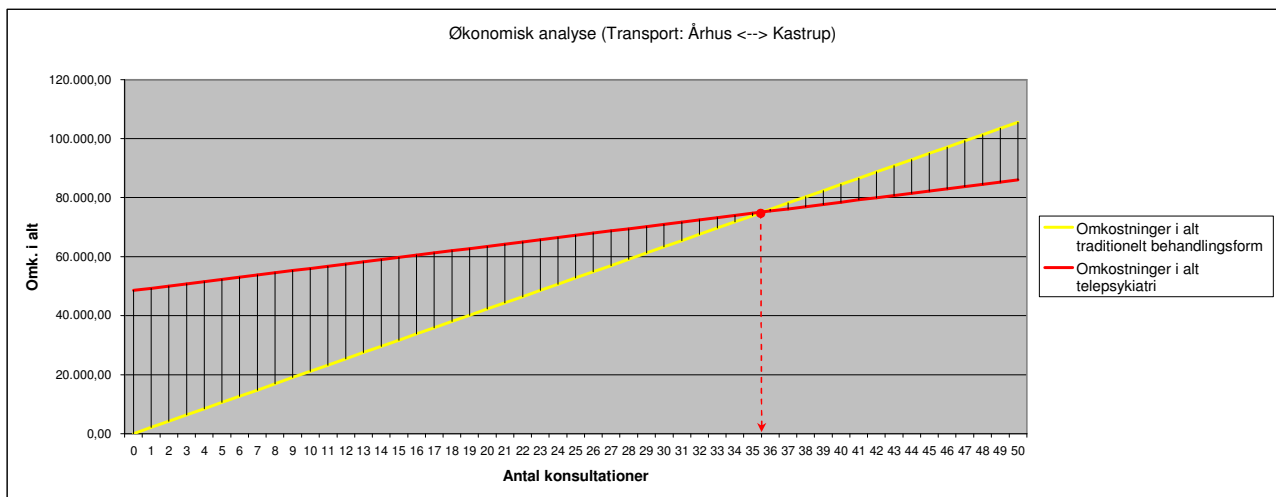
Telepsykiatri					Traditionel behandlingsform				Breakeven punktet			
Antal konsultationer		Omkostninger pr.konsultation	Omkostninger i alt	Omkostninger med investeringsbehov	Antal konsultationer		Omkostninger pr. konsultation	Omkostninger i alt	Omkostninger i alt		Omkostninger i alt	
									Antal konsultationer	traditionelt behandlingsform	telepsykiatri	
0	749		0,00	48.500	0	1.188	0,00	0,00	0	0,00	48.500	
5	749		3.745	52.245	5	1.188	5.942	5.942	5	5.942,33	52.245	
10	749		7.491	55.991	10	1.188	11.885	11.885	10	11.884,65	55.991	
15	749		11.236	59.736	15	1.188	17.827	17.827	15	17.826,98	59.736	
20	749		14.981	63.481	20	1.188	23.769	23.769	20	23.769,30	63.481	
25	749		18.727	67.227	25	1.188	29.712	29.712	25	29.711,63	67.227	
30	749		22.472	70.972	30	1.188	35.654	35.654	30	35.653,95	70.972	
35	749		26.218	74.718	35	1.188	41.596	41.596	35	41.596,28	74.718	
40	749		29.963	78.463	40	1.188	47.539	47.539	40	47.538,60	78.463	
45	749		33.708	82.208	45	1.188	53.481	53.481	45	53.480,93	82.208	
50	749		37.454	85.954	50	1.188	59.423	59.423	50	59.423,25	85.954	
55	749		41.199	89.699	55	1.188	65.366	65.366	55	65.365,58	89.699	
60	749		44.944	93.444	60	1.188	71.308	71.308	60	71.307,90	93.444	
65	749		48.690	97.190	65	1.188	77.250	77.250	65	77.250,23	97.190	
70	749		52.435	100.935	70	1.188	83.193	83.193	70	83.192,55	100.935	
75	749		56.180	104.680	75	1.188	89.135	89.135	75	89.134,88	104.680	
80	749		59.926	108.426	80	1.188	95.077	95.077	80	95.077,20	108.426	
85	749		63.671	112.171	85	1.188	101.020	101.020	85	101.019,53	112.171	
90	749		67.416	115.916	90	1.188	106.962	106.962	90	106.961,85	115.916	
95	749		71.162	119.662	95	1.188	112.904	112.904	95	112.904,18	119.662	
100	749		74.907	123.407	100	1.188	118.847	118.847	100	118.846,50	123.407	
105	749		78.653	127.153	105	1.188	124.789	124.789	105	124.788,83	127.153	
110	749		82.398	130.898	110	1.188	130.731	130.731	110	130.731,15	130.898	
115	749		86.143	134.643	115	1.188	136.673	136.673	115	136.673,48	134.643	
120	749		89.889	138.389	120	1.188	142.616	142.616	120	142.615,80	138.389	
125	749		93.634	142.134	125	1.188	148.558	148.558	125	148.558,13	142.134	
130	749		97.379	145.879	130	1.188	154.500	154.500	130	154.500,45	145.879	
135	749		101.125	149.625	135	1.188	160.443	160.443	135	160.442,78	149.625	
140	749		104.870	153.370	140	1.188	166.385	166.385	140	166.385,10	153.370	
145	749		108.615	157.115	145	1.188	172.327	172.327	145	172.327,43	157.115	
150	749		112.361	160.861	150	1.188	178.270	178.270	150	178.269,75	160.861	
155	749		116.106	164.606	155	1.188	184.212	184.212	155	184.212,08	164.606	
160	749		119.851	168.351	160	1.188	190.154	190.154	160	190.154,40	168.351	
165	749		123.597	172.097	165	1.188	196.097	196.097	165	196.096,73	172.097	

Bilag 2 (Transportomkostninger)

I bilag 2 har vi samling af hele analysen, der vedrører problemstillingen omkring transportomkostninger.

Telepsykiatri			Traditionel behandlingsform (patienten rejser fra Århus til Kastrup)		
		Antal konsultationer			Antal konsultationer
Personaleudgifter			Personaleudgifter		
Aflønning af psykiatere	kr 600,00	36	Aflønning af psykiatere	kr 600,00	36
Sekretærhjælp	kr 147,47	36	Sekretærhjælp	kr 147,47	36
Driftsudgifter			Transport omkostninger		
Internetopkobling	kr 249,00		Transportomk. fra Århus til Kastrup	kr 604,00	36
Fordelt på antal patienter pr. mdr.	kr 1,61	36	Transporttid 10 timer tur/retur (en arbejdsdag) <i>(beregnet med mindstelan i DK)</i>	kr 760,00	36
Omkostninger i alt		kr 26.966,57	I alt pr. konsultation:	kr 2.111,47	
I alt pr. konsultation	kr 749,07		Omkostninger i alt	kr 76.012,74	
Investering til teleudstyr			Omk. ved 36 konsultationer:		
Monitor	kr 6.500,00		Traditionel behandling:	kr 76.012,74	
Kamera	kr 40.000,00		Telepsykiatri:	kr 26.966,57	
Belysning og øvrig indretning	kr 2.000,00		Besparelse alene ved tolkebistand:	kr 49.046,17	
I alt investeringsudgifter:	kr 48.500,00		Investeringbehov for teleudstyr =	kr 48.500,00	

Breakeven punktet er fundet ved ca. 36 konsultationstimer med psykiateren



Data og udregninger for Bilag 2

Telepsykiatri				Traditionel behandlingsform			Breakeven punktet		
Antal konsultationer	Omkostninger pr.konsultation	Omkostninger med investeringsbehov		Antal konsultationer	Omkostninger pr. konsultation	Omkostninger i alt	Antal konsultationer	Omkostninger i alt traditionelt behandlingsform	Omkostninger i alt telepsykiatri
		Omkostninger i alt	investeringsbehov						
0	749	0,00	48.500	0	2.111	0,00	0	0,00	48.500
1	749	749	49.249	1	2.111	2.111	1	2.111,47	49.249
2	749	1.498	49.998	2	2.111	4.223	2	4.222,93	49.998
3	749	2.247	50.747	3	2.111	6.334	3	6.334,40	50.747
4	749	2.996	51.496	4	2.111	8.446	4	8.445,86	51.496
5	749	3.745	52.245	5	2.111	10.557	5	10.557,33	52.245
6	749	4.494	52.994	6	2.111	12.669	6	12.668,79	52.994
7	749	5.244	53.744	7	2.111	14.780	7	14.780,26	53.744
8	749	5.993	54.493	8	2.111	16.892	8	16.891,72	54.493
9	749	6.742	55.242	9	2.111	19.003	9	19.003,19	55.242
10	749	7.491	55.991	10	2.111	21.115	10	21.114,65	55.991
11	749	8.240	56.740	11	2.111	23.226	11	23.226,12	56.740
12	749	8.989	57.489	12	2.111	25.338	12	25.337,58	57.489
13	749	9.738	58.238	13	2.111	27.449	13	27.449,05	58.238
14	749	10.487	58.987	14	2.111	29.561	14	29.560,51	58.987
15	749	11.236	59.736	15	2.111	31.672	15	31.671,98	59.736
16	749	11.985	60.485	16	2.111	33.783	16	33.783,44	60.485
17	749	12.734	61.234	17	2.111	35.895	17	35.894,91	61.234
18	749	13.483	61.983	18	2.111	38.006	18	38.006,37	61.983
19	749	14.232	62.732	19	2.111	40.118	19	40.117,84	62.732
20	749	14.981	63.481	20	2.111	42.229	20	42.229,30	63.481
21	749	15.731	64.231	21	2.111	44.341	21	44.340,77	64.231
22	749	16.480	64.980	22	2.111	46.452	22	46.452,23	64.980
23	749	17.229	65.729	23	2.111	48.564	23	48.563,70	65.729
24	749	17.978	66.478	24	2.111	50.675	24	50.675,16	66.478
25	749	18.727	67.227	25	2.111	52.787	25	52.786,63	67.227
26	749	19.476	67.976	26	2.111	54.898	26	54.898,09	67.976
27	749	20.225	68.725	27	2.111	57.010	27	57.009,56	68.725
28	749	20.974	69.474	28	2.111	59.121	28	59.121,02	69.474
29	749	21.723	70.223	29	2.111	61.232	29	61.232,49	70.223
30	749	22.472	70.972	30	2.111	63.344	30	63.343,95	70.972
31	749	23.221	71.721	31	2.111	65.455	31	65.455,42	71.721
32	749	23.970	72.470	32	2.111	67.567	32	67.566,88	72.470
33	749	24.719	73.219	33	2.111	69.678	33	69.678,35	73.219
34	749	25.468	73.968	34	2.111	71.790	34	71.789,81	73.968
35	749	26.218	74.718	35	2.111	73.901	35	73.901,28	74.718
36	749	26.967	75.467	36	2.111	76.013	36	76.012,74	75.467
37	749	27.716	76.216	37	2.111	78.124	37	78.124,21	76.216
38	749	28.465	76.965	38	2.111	80.236	38	80.235,67	76.965
39	749	29.214	77.714	39	2.111	82.347	39	82.347,14	77.714
40	749	29.963	78.463	40	2.111	84.459	40	84.458,60	78.463
41	749	30.712	79.212	41	2.111	86.570	41	86.570,07	79.212
42	749	31.461	79.961	42	2.111	88.682	42	88.681,53	79.961
43	749	32.210	80.710	43	2.111	90.793	43	90.793,00	80.710

Her er uddrag af data for analysen i forhold til de ekstra "transportomkostninger". Som vi også pointerer i rapporten, er break-even punkt fundet ved 36 konsultationer. Analysen forløber op til 250 konsultationer.