Telepsykiatri

Udbredelsesprojektet (2012-2014)

Juni 2015

Udarbejdet af
Lone Høiberg, projektleder, MedCom
Stephanie Bernth Ahrenkiel, konsulent, MedCom

Resumé

Projektet "Demonstration og Udbredelse af Telepsykiatri" er et af de fem initiativer i den nationale handlingsplan for Telemedicin[1]. Projektet blev gennemført i perioden 1. oktober 2012 til 31. december 2014. Denne rapport omhandler resultaterne og erfaringerne fra udbredelse af videokonferencer mellem psykiatriske sengeafsnit og ambulante voksenpsykiatriske enheder.

Udbredelsesprojektet har fra start af haft fokus på udskrivningskonferencer, men har også haft ønske om at understøtte andre former for videokonferencer, da erfaringerne fra spydspidsafprøvningen viste, at der var mange forskellige typer møder, der med fordel kunne afholdes via video. Der betyder, at projektet i denne evaluering måles på antallet af udskrivningskonferencer og netværksmøder, samarbejdet med retspsykiatrien, og til sidst hvordan den generelle anvendelse af videokonference i psykiatrien har været.

Ved hjælp af en stor afsluttende spørgeskemaundersøgelse og løbende indsamling af data fra det nationale videoknudepunkt er der indsamlet et kvantitativt datasæt. De kvalitative data er indsamlet ved hjælp af fokusgruppeinterviews afholdt i slutningen af projektperioden.

Alle relevante afdelinger, sengeafsnit og ambulatorier er kortlagt med hjælp fra hver region. Alle regioner er kommet i gang, men målopfyldelsen er forskellig. Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark har alle opnået målene for projektet rettidigt. Region Sjælland og Region Hovedstaden forventer at nå projektets mål inden udgangen af 2. kvartal 2015.

I udtrækket fra det nationale videoknudepunkt kan det ses, at der er en fremgang i anvendelsen af videokonferencer fra 2013 til 2014, både for videokonferencer mellem ambulatorier og sengeafsnit og for videokonferencer med retspsykiatrien.

Flertallet af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen mener ikke, at samarbejdet mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatrien er blevet bedre, dog mener størstedelen, at det er blevet lettere at planlægge møder, når de afholdes via video. I forhold til, hvorvidt patienterne har fået et bedre forløb, er det mere end halvdelen, der forholder sig neutrale, hvilket kan tyde på, at det er for tidligt i processen at udtale sig om den del.

Udstyret, som afsnittene og ambulatorierne bruger, er koblet op på en infrastruktur, der er testet op mod det nationale videoknudepunkt. Det er hovedsageligt storskærme, der er målt på, men deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen har angivet, at de også anvender andre typer af udstyr som pc-løsninger og videotelefoner.

I de få tilfælde, hvor videokonference ikke kan afvikles uden tekniske problemer, er problemerne oftest i forhold til lydkvaliteten og i forhold til at kalde op. Det er i interviewene nævnt, at anvendelsen af videoudstyr kræver tilvænning og fungerer bedre, når udstyret bruges som et redskab i dagligdagen.

De fleste af de deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, der har modtaget undervisning, har modtaget det via sidemandsoplæring. Det er kun 8 pct., der har modtaget undervisning i "adfærd foran en skærm". I forhold til, hvad deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen synes er

[1] National handlingsplan for udbredelse af Telemedicin, Fonden for Velfærdsteknologi, juni 2012

sværest ved udstyret, er nævnt at zoome billedet ind/ud, indstille billedskarphed og medtage selvbillede.

Resultaterne har vist, at placeringen af udstyret har betydning for, hvor meget det bliver brugt. Der skal være udstyr til rådighed for hvert afsnit. Hvor det i nogle tilfælde kan deles med andre afsnit, er det ikke muligt for fx lukkede psykiatriske afsnit. Placeringen på selve afsnittet er også vigtig. Det findes fx generende, hvis lokalet, hvor videoudstyret står, også bliver brugt til andet.

Spørgeskemaundersøgelsen har vist, at der er mange forskellige typer af møder, der kan afholdes via video på tværs af forskellige faggrupper. Ligegyldigt hvilken mødetype, så er der mange deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, der har nævnt, at rollerne som mødedeltager og mødeleder har fået en anden karakter ved videomøder end ved møder, hvor video ikke bruges. Der kræves mere disciplin ved et videomøde samt mere hensyn til de personer, der deltager via video. Der er fx mindre smalltalk ved videomøder i forhold til møder uden video. Der er også mange deltagere fra spørgeskemaundersøgelsen, der mener, at videomøder fungerer bedst, når der er mindre end 10 deltagere.

Udover videosamarbejdet mellem sengeafsnit og ambulatorier er der også mange af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, der samarbejder med mange kommuner og mener, at samarbejdet vil blive større, hvis det bliver over video.

Patienternes oplevelse af videokonference vurderes i denne rapport af behandlerne. De vurderes til at være trygge ved at deltage i videomøder. Trygheden kan komme af, at mange patienter er vant til computere i forvejen. Der er mange deltagere ved fokusgruppeinterviewene, der mener, at hvorvidt patienterne kan deltage i videomøder, afhænger ikke af, hvilken diagnose de har, men hvordan de har det på dagen for videokonference.

Det har vist sig, at det er ambulatorierne, der har de store transportbesparelser i forhold til sengeafsnittene. Der er i alt sparet kørselsgodtgørelse og frigivet arbejdstimer til en værdi på godt 134.000 kr. i 2014, hvilket er lavere end forventet, da der ikke har været afholdt så mange videokonferencer. Det er ved fokusgruppeinterviewene angivet, at der er mellem 2 og 50 pct. af møderne, der afholdes via video, så antallet af timer frigivet ved sparet transport kan stige i takt med en større udbredelse.

Af andre muligheder for yderligere udbredelse af videokonferencer er der flere, der har ønsket at have et større videosamarbejde med kommunerne. Socialrådgiverne er nævnt som mulige brugere af videokonference, da disse har et bredt netværk. Kriminalforsorgen er også nævnt som en mulig samarbejdspartner, såvel som de praktiserende læger.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion 5
1.2 Definitioner 6
2. Metode og opbygning 6
2.1 Kvantitative data 7
2.2 Kvalitative data 8
3. Projektorganisering og strategi 8
3.1 Projektorganisering 8
3.2 Projektdeltagere 9
3.3 Projektets mål og antagelser 10
3.4 Udbredelse og anvendelse 11
3.4 Kvalitetsløftsgevinster 14
4. Teknologi 16
4.1 Videoopsætning og infrastruktur 16
4.2 Videoudstyr og anvendelse 17
5. Brugerperspektiv 19
5.1 Tilgængelighed 19
5.2 Videomøder 20
6. Patienten 23
7. Økonomi 24
8. Konklusion og anbefalinger 28
8.1 Fremadrettede perspektiver for anvendelse af videokonference i psykiatrien 31

1. Introduktion

Regeringen, KL og Danske regioner har udarbejdet en national handlingsplan for Telemedicin[2] for at sætte fart på anvendelsen af telemedicin og starte national udbredelse af løsninger, som har størst potentiale. Projektet 'Demonstration og udbredelse af Telemedicin' er et af de fem initiativer i denne handlingsplan.

Det nationale Telepsykiatriprojekt[3] er gennemført i perioden 1. oktober 2012 – 31. december 2014 og indeholder demonstration af videokonference mellem psykiatriske sygehusafdelinger og kommuner og udbredelse af videokonference mellem psykiatriske sengeafsnit og ambulante voksenpsykiatriske enheder. I demonstrationsprojektet deltager Københavns Kommune, Lolland Kommune, Odense Kommune, Thisted Kommune og Horsens Kommune. Udbredelsesprojektet inddrager psykiatrien i alle regioner. Demonstrationsprojektet beskrives ikke yderligere i denne evaluering. Der henvises til evalueringen af Demonstrationsprojektet[4].

Udbredelsesprojektet har fra start haft udskrivningskonferencer som fokusområde for videokonferencerne. Derudover har projektet ønsket at understøtte kontakten mellem primærbehandler fra ambulantpsykiatrien og den indlagte patient via video, men også at psykiatrien kan anvende videokonference til andre formål som visitation mellem skadestue og sengeafsnit, behandlingskonferencer og morgenkonferencer for læger.

Projektet har i 2013 gennemført en spydspidsafprøvning med henblik på at justere løsningen inden national implementering. Spydspidsafprøvningen[5] har vist, at der er gennemført færre udskrivningskonferencer end forventet, men at der til gengæld afholdes netværksmøder undervejs i patientforløbet. Endvidere pegede erfaringerne på, at retspsykiatrisk ambulatorium har et meget bredt samarbejde med sengeafsnittene over store geografiske afstande. Dette har sammen med nye baselinemålinger dannet baggrund for beslutningen om at udvide projektets scope. Projektet måles derfor i denne evaluering på

- Udskrivningskonferencer og netværksmøder
- Samarbejde med retspsykiatrien
- Generel anvendelse af videokonference i psykiatrien

Opgørelsen af gevinsterne i projektet har taget afsæt i antallet af timer frigivet ved sparet transport og sparet kørselsgodtgørelse og er revideret efter udvidelse af projektets scope. Projektet har som baggrund for beregningerne antaget, at mødetiden for udskrivningskonferencer er den samme i videomøder og de konventionelt afholdte møder, og at tidsforbruget på parkering og modtagelse af eksterne mødedeltagere ved traditionelle møder udlignes med opstart af videokonferenceudstyr.

Ud over de økonomiske gevinster har projektet haft en formodning om at kunne indhente kvalitative gevinster primært i form af, at

- Styrke netværket omkring patienten i overgangsfasen, hvor der er risiko for tab af information.
- Patientens adgang til primærbehandler fra ambulantpsykiatrien er lettere tilgængelig.

[2] National handlingsplan for udbredelse af Telemedicin, Fonden for Velfærdteknologi, juni 2012
[3] Projektet 'Demonstration og udbredelse af Telepsykiatri' ejes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
[4] Telepsykiatri – Demonstrationsprojektet, juni 2015
[5] Erfaringerne fra spydspidsafprøvningen kan læses i Telepsykiatri via video – spydspidsafprøvning.

- Det er lettere at planlægge og koordinere netværksmøder, hvor flere relevante samarbejdspartnere mødes.

Projektet har haft en intention om at se på antallet af genindlæggelser i projektperioden. Det ønskede datatræk er beskrevet, men kunne ikke nå at blive trukket i projektperioden, hvorfor det ikke indgår i evalueringen.

Denne evaluering ser på udbredelsesdelen - implementering af videokonference i psykiatrien i alle regioner og sammenholder klinikernes erfaringer med at anvende videokonference i voksenpsykiatrien med de forventede effektiviseringer i arbejdstid baseret på transporttid og kvalitative gevinster.

1.2 Definitioner

I rapporten indgår en række begreber, som her afklares for at lette forståelsen.

Udskrivningskonference: *En udskrivningskonference er et møde mellem relevante parter, der afholdes forud for udskrivning af en patient. Udskrivningskonferencen skal sikre kontinuitet og sammenhæng i patientens pleje og behandling efter udskrivning fra hospital. Kompleksiteten i patientens samlede situation afgør, hvilke tilbud patienten har brug for og dermed også, hvilke samarbejdspartnere der bør deltage i udskrivningskonferencen.*

Netværksmøde**:** *Et netværksmøde er et møde mellem relevante parter, der afholdes, mens patienten er indlagt. Netværksmødet skal sikre kontinuitet og sammenhæng i patientens pleje og behandling. Kompleksiteten i patientens samlede situation afgør, hvilke tilbud patienten har brug for og dermed også, hvilke samarbejdspartnere der bør deltage i netværksmødet.*

Samarbejdsmøde: *Et samarbejdsmøde er et møde mellem samarbejdspartnere.*

Genindlæggelse: *En genindlæggelse foregår i perioden fra fire timer - 30 dage efter, at patienten udskrives fra en psykiatrisk afdeling. Den nye indlæggelse skal igen være akut på en psykiatrisk afdeling indenfor samme region. Patientens diagnose er underordnet, men for at der er tale om en genindlæggelse, skal diagnosen være den samme ved begge indlæggelser*.

En relevant afdeling: *En voksenpsykiatrisk afdeling, hvor afstanden mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatrien er minimum 30 minutters kørsel tur/retur.*

Primærbehandler: *Varetager kontakten til patienten og de pårørende. Er ansvarlig for planlægning og udførelse af behandling og sygepleje til patienten. Primærbehandler har den koordinerende funktion i forhold til interne og eksterne instanser og samarbejdspartnere.*

2. Metode og opbygning

Evalueringen tager afsæt i en mini-MTV og afdækker følgende områder: teknik, organisation, patientperspektiv og økonomi. Domænet organisation er behandlet i afsnittet "Projektorganisering og strategi". Der er indsamlet både kvalitative og kvantitative data, herunder gennemført interviews og spørgeskemaundersøgelse samt indsamlet statistisk materiale fra videoinfrastrukturen i Region Sjælland og det nationale videoknudepunkt. Endvidere er der anvendt dokumentation fra projektets møder undervejs.

2.1 Kvantitative data

Statistisk materiale

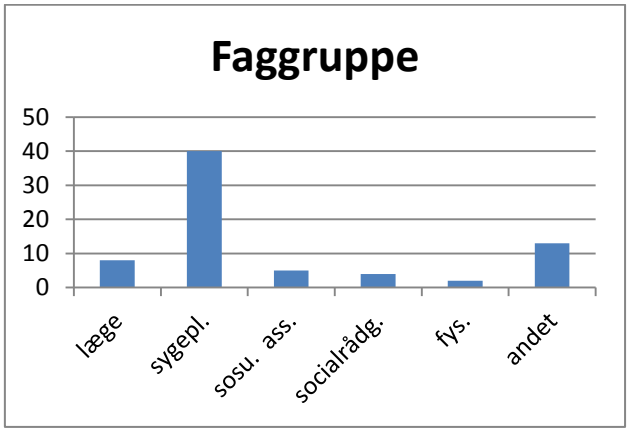
Der er løbende trukket trafikstatistik via det nationale videoknudepunkt over anvendelsen af videokonference i voksenpsykiatrien. Da Region Sjælland ikke er koblet op på statistikmodulet, har de selv trukket tilsvarende data.

Det statistiske materiale viser videokonference anvendt via dedikeret videoudstyr. Der er ikke medtaget data over videokonferencer anvendt fra brugernes computere, da deres videonummer ikke er kendt af projektet. Det er vurderet for omfattende at identificere hver enkelt bruger og verificere, om brugeren er ansat på en voksenpsykiatrisk afdeling.

Spørgeskemaundersøgelse på psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier

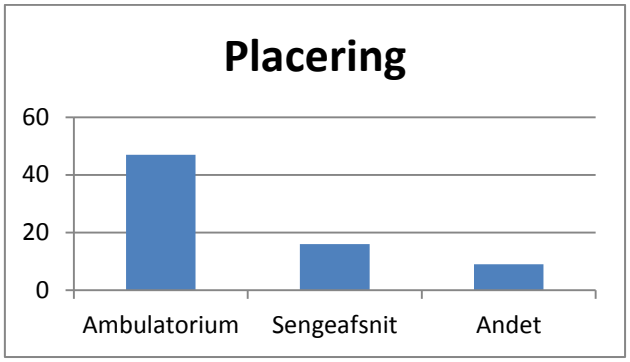
Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i december 2014 på psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier, som anvender og har erfaring med videokonference i deres arbejde. Projektet har sendt spørgeskema til 140 deltagere i regionspsykiatrien og modtaget 72 besvarelser fra Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland. Det giver en svarprocent på 51. Følgende faggrupper er repræsenteret: Psykologer, læger/psykiatere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeut, fysioterapeut, sekretær og socialrådgiver.

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen er at afdække, hvordan videokonference anvendes i psykiatrien samt indhente erfaringer omkring brugernes oplevelser ved at anvende videoudstyr i kommunikationen med deres samarbejdspartnere. Endeligt at indhente erfaringer om muligheder og barrierer ved at bruge videokonference i psykiatrien.



Figur 1 Spørgeskemaundersøgelsens besvarelser fordelt på faggrupper.[6]

[6] Andet repræsenterer ergoterapeut, primærbehandler, psykolog og sekretær.



Figur 2 Spørgeskemaundersøgelsens deltageres placering.[7]

Spørgeskemaundersøgelse blandt implementeringsgruppens regionale projektledere
Der er sendt spørgeskema ud til seks regionale projektledere og modtaget fem besvarelser. Formålet er at afdække den regionale projektleders oplevelse og vurdering af projektet. Deres erfaringer er medtaget i rapporten.

2.2 Kvalitative data

Fokusgruppeinterview
Der er gennemført et fokusgruppeinterview i fire regioner. Fokusgruppeinterviewene har så vidt muligt bestået af deltagere fra både ambulantpsykiatrien og sengeafsnit. Hvor det ikke har været muligt, er der efterfølgende afholdt fokusgruppeinterview eller enkeltinterview. De 11 interviewdeltagere repræsenterer afdelingssygeplejersker, sygeplejersker, primærbehandlere i ambulantpsykiatrien, social- og sundhedsassistent og administrativt personale. De har alle bidraget med at uddybe implementering, anvendelse og informationsbehov omkring videokonference i psykiatrien.

Endvidere er der gennemført et interview med projektlederne i Region Hovedstaden med det formål at få læring af de udfordringer, projektet har været igennem i regionen.

3. Projektorganisering og strategi

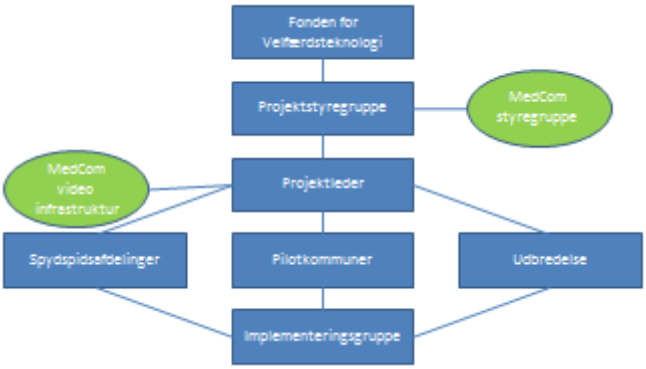
I dette afsnit beskrives projektets organisering og mål samt omfang af udbredelse og anvendelse af videokonference i psykiatrien. Endvidere sammenholdes de antagelser, der ligger til grund for projektets start med klinikernes erfaring.

3.1 Projektorganisering

Demonstration og udbredelse af Telepsykiatri er ejet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og støttet af Fonden for Velfærdsteknologi med 1.4 millioner kr.

Projektets styregruppe har repræsentanter fra Fonden for Velfærdsteknologi, Bedre Psykiatri, regionspsykiatrien, kommuner, RSI og MedCom. MedCom har projektledelsen og er linket til MedComs styregruppe. Projektstyregruppens overordnede formål er at sikre fremdrift.

[7] Andet dækker over placering i administration, ledelse, visitation og mobilteam.



Figur 3 viser projektorganiseringen

Implementeringsgruppen består som minimum af en regional projektleder og en repræsentant fra hver pilotkommune, som skal sikre lokal implementering og fremdrift. Enkelte regioner har valgt at medtage kontaktpersonen fra deres spydspidsafdeling. Implementeringsgruppens formål er at sikre lokal fremdrift, udveksle erfaringer samt bidrage med input til evalueringsmodel, beskrivelse af datatræk for genindlæggelser m.m.

Projektet har fået teknisk assistance fra MedComs videoteknikere til enkelte pilotkommuners opsætning af videoinfrastruktur samt ved generel information til implementeringsgruppen.

3.2 Projektdeltagere

Alle fem regioner har indgået forpligtende samarbejdsaftaler med MedCom og deltager i projektet, som har koncentreret sig om implementering af videokonference i voksenpsykiatrien. Fra start har MedCom i samarbejde med regionerne kortlagt alle relevante afdelinger, sengeafsnit og ambulatorier i hver region ud fra transportafstand mellem sengeafsnit og ambulatorium.

Hver region har valgt egen projektorganisering og implementeringsstrategi for at sikre tilpasning af det nationale projekt til de regionale arbejdsstrukturer. Der er gennemført spydspidsafprøvning med henblik på at justere løsningen inden implementering.

Region	Antal afdelinger	Relevante afdelinger	Antal sengeafsnit	Relevante sengeafsnit	Antal ambulatorier	Relevante ambulatorier
Hovedstaden	9	5	72	25	36	18
Sjælland	4	4	22	18	21	15
Syddanmark	6	5	35	22	19	12
Midtjylland	9	5	36	25	18	10
Nordjylland	3	-	17	3	14	-
Total	**31**	**19**	**182**	**93**	**108**	**55**

Tabel 1 Oversigt over totale og relevante afdelinger, afsnit og ambulantpsykiatrier i voksenpsykiatrien i hver region.

Region Hovedstaden

Projektledelsen er placeret i regionspsykiatrien. I foråret 2014 har projektet fået ny projektleder. Efterfølgende har regionspsykiatrien tilført projektet ekstra ressourcer, så der det sidste halvår har været to projektledere. Projektet har ledelsesopbakning i regionspsykiatrien, men har haft mange tidskrævende processer i samarbejdet på tværs af interne organisationer.

Region Sjælland
Projektledelsen er placeret i regionspsykiatrien. I foråret, sommeren og efteråret 2014 har projektet fået ny regional projektleder. Ledelsesopbakningen kunne have været mere tydelig, specielt i overgangene med ny projektleder.

Region Syddanmark
Projektledelsen er placeret i regionspsykiatrien. Frem til juni 2014 har projektet været organiseret i planlægningsafdelingen, men er derefter overdraget til Telepsykiatrisk Center. Projektet fik i den forbindelse ny projektleder. Projektet har haft ledelsesopbakning i hele projektperioden.

Region Midtjylland
Projektledelsen er placeret i Psykiatri og Social, Region Midtjylland. Projektet har haft ledelsesopbakning i hele projektperioden. Regionen har inden projektstart arbejdet med implementering af videokonference i psykiatrien. Der er stort fokus på at gøre det let for medarbejdere og ledere at afholde videomøder.

Region Nordjylland
Projektledelsen er placeret i regionspsykiatrien under HR og Kvalitet. Psykiatrien i Region Nordjylland er organiseret med sengeafsnit og ambulatorier placeret på samme matrikel. Der er derfor ikke nogen særlig transporttid mellem sengeafsnit og ambulatorier og derfor ingen relevante afsnit/ambulatorier. I projektet har Region Nordjylland valgt at implementere videokonference mellem samarbejdende sengeafsnit, hvor der er store geografiske afstande.

3.3 Projektets mål og antagelser
Målet for projektet er, at alle relevante voksenpsykiatriske afdelinger anvender videokonference i koordinering af samarbejdet mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatrien for at understøtte det tværfaglige samarbejde og for at sikre kontinuitet og høj kvalitet i patientforløbene i voksenpsykiatrien.

Projektet har arbejdet hen mod implementering af et virtuelt samarbejde mellem voksenpsykiatriske sengeafsnit og ambulantpsykiatri gennem anvendelse af videokonference til

- Konferencer i forbindelse med udskrivning (inkl. patient og evt. pårørende)
- Løbende kontakt mellem primærbehandler fra ambulantpsykiatrien og den indlagte patient
- Anden anvendelse af videokonference, fx visitation mellem skadestue og sengeafsnit, behandlingskonferencer og netværksmøder.

I evalueringen er der ikke gennemført tidsmålinger på traditionelle udskrivningskonferencer sammenholdt med udskrivningskonferencer afholdt via video. Det er antaget at de to mødetyper har samme mødelængde. Denne antagelse er kvalificeret i spørgeskemaundersøgelsen. Deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen er bedt om at vurdere, om de oplever, at mødetiden er den samme ved konventionelle møder som ved videomøder. Størstedelen af deltagerne (57 pct.) har ikke taget stilling. Af de resterende er der lidt flere, som er enige (26 pct.) i antagelsen om, at mødetiden er den samme end uenige (17 pct.).

Knap halvdelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen (47 pct.) forholder sig også neutrale til antagelsen om, at den sparede tid på parkering og modtagelse af eksterne mødedeltagere ved brug af videokonference opvejes af tidsforbrug til klargøring af videoudstyr. Der er lidt flere deltagere (34 pct.), der er enige end uenige i antagelsen (19 pct.). Blandt de deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, som har prøvet at kalde op via video, bruger 87 pct. oftest 1-5 minutter på at starte videoudstyret op hvilket ud fra antagelsen betyder at der er 1-5 min. til at parkere og komme ind på afsnittet.

En så stor neutral holdning til projektets antagelser tolkes hen mod, at det i voksenpsykiatrien stadig er meget nyt at anvende videokonference i voksenpsykiatrien og derfor er svært at svare på. Intet tyder på, at antagelserne ikke kan holde, og de vil fortsat danne grundlag for beregningerne af effektiviseringsgevinsterne og andre gevinster.

3.4 Udbredelse og anvendelse

Projektet har et mål på udbredelse og skal implementere videokonference på alle relevante afdelinger i voksenpsykiatrien. Brugen af videokonference måles på generel anvendelse i voksenpsykiatrien, i retspsykiatrien og mellem sengeafsnit og ambulatorier.

Projektet har været afhængigt af, at regionerne har videoudstyr på de afdelinger, som de har udpeget som relevante. Undervejs i projektet har hver region estimeret eget behov for indkøb af udstyr.

Region	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Estimeret	27	0	27	0	0
Indkøbt	10	1	18	0	2

Tabel 2 Oversigt over estimeret og indkøbt videoudstyr for hver region.

Der er ikke indkøbt helt så meget videoudstyr som estimeret, men mere end projektet fra start har forudset som nødvendigt.

Udbredelse

Der er regionale forskelle på udbredelsen af videokonference i voksenpsykiatrien og derved målopfyldelsen. Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland har opnået målene for projektet rettidigt. Region Sjælland og Region Hovedstaden forventer at nå projektets mål inden udgangen af 2. kvartal 2015.

Region	Relevante afdelinger	Implementerede afd.	Udbredelse af afd. i pct.	Relevante sengeafsnit	Implementerede sengeafs.	Udbredelse af sengeafs. i pct.	Relevante amb.	Implementeret videokonf. i amb.	Udbredelse af amb. i pct.
Hovedstaden	5	1	20 %	25	5	20 %	18	6	33 %
Sjælland	4	1	25 %	18	10	56 %	15	4	27 %
Syddanmark	5	5	100 %	22	22	100 %	12	12	100 %
Midtjylland	5	5	100 %	25	25	100 %	10	13	130 %

Nordjylland	-	-	-	3	3	100 %	-	-	-
Nationalt	**19**	**12**	**63 %**	**93**	**65**	**70 %**	**55**	**35**	**64 %**

Tabel 3 Udbredelsesgrad (Antal implementerede/Antal relevante) af videokonference i voksenpsykiatrien fordelt på regionsniveau

Region Nordjylland adskiller sig fra de øvrige regioner ved at have sengeafsnit og ambulatorier fysisk placeret på samme matrikel. De har derfor ingen relevante afdelinger, da transporttiden mellem afsnit og ambulatorier er under 15 minutter hver vej. Region Nordjylland deltager i projektet med at implementere videokonference med sengeafsnit, som samarbejder mellem Thy/Mors, Frederikshavn og Brønderslev.

Retspsykiatri

Retspsykiatrien er et tværgående speciale i alle regioner, som samarbejder med regionens sengeafsnit, kommuner og kriminalforsorgen. Hver region har et eller to retspsykiatriske ambulatorier, og deres opsøgende team deltager i udskrivningskonferencer, opstartsmøder, besøger patienter under indlæggelse, og de besøger patienterne hjemme. Derudover afholdes der administrative møder, fx mellem retspsykiatrier, der fysisk er placeret på flere matrikler.
Region Hovedstaden og Region Sjælland har endnu ikke implementeret videokonference på deres retspsykiatriske afdelinger.

Anvendelse

Videokonference anvendes i stigende grad i voksenpsykiatrien. Der har været en tendens til, at videokonference fra en pc-løsning foretrækkes i ambulatorierne. Det har ikke været muligt at medtage statistik over pc-løsninger, da opgaven med at identificere de enkelte brugere, i forhold til hvilket afsnit eller ambulatorium, de er knyttet til, er for stor. Region Midtjylland skønner fx, at de har 800 brugere, der har en softwareklient i psykiatrien. Dette betyder at antallet af opkald der registreres i videoknudepunktet og dermed er medtaget her, systematisk er undervurderet.

Måned	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedtotal
2013-1	6	69		1		76
2013-2	13	94	2	94		203
2013-3	3	70	56	102		231
2013-4	9	61	59	113		242
2013-5	11	63	54	158		286
2013-6	7	61	57	161		286
2013-7		42	56	98		196
2013-8	12	79	61	103		255
2013-9	20	90	63	143		316
2013-10	7	94	70	147		318
2013-11	4	107	66	120		297
2013-12	6	91	58	95		250
2013	**98**	**921**	**602**	**1.335**		**2.956**
2014-1	13	107	82	133	55	390
2014-2	11	98	68	115	33	325
2014-3	6	116	81	120	71	394
2014-4	3	92	63	60	31	249
2014-5	9	84	57	121	43	314
2014-6	7	95	74	97	65	338
2014-7	3	38	79	67	6	193
2014-8	8	80	56	95	78	317
2014-9	7	125	76	164	41	413
2014-10	7	124	96	199	58	484
2014-11	5	100	89	163	39	396
2014-12	4	64	65	92	15	240
2014	**83**	**1.123**	**886**	**1.426**	**535**	**4.053**

Måned	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedtotal
Total	181	2.044	1.488	2.761	535	7.009

Tabel 4 Ovenstående skema viser antal opkald over 5 minutter foretaget fra psykiatrien på storskærme og fordelt pr. region. Antal kald i 2013 er ikke muligt at få oplyst for Sjælland

Tallene i ovenstående skema viser både administrative og kliniske opkald i voksenpsykiatrien undtagen kald foretaget fra en softwareklient på en pc. Der skelnes ikke mellem videokald til administrativ og klinisk brug. Region Hovedstaden og Region Sjælland har ikke udbredt videokonference til alle relevante afdelinger og har derfor færrest videokald.

Projektet har haft et ønske om at se på antal videokald mellem sengeafsnit og ambulatorier, da disse kald indeholder udskrivningskonferencer og netværksmøder. Der er gennemført 722 videokald mellem ambulantpsykiatri og sengeafsnit fordelt på 309 videokald i 2013 og 413 videokald i 2014.

			Opkald til		
År	Region	Opkald fra	Ambulatorium	Sengeafdeling	Hovedtotal
2013	Hovedstaden	Ambulatorium		3	3
		Sengeafdeling		8	8
	Nordjylland	Ambulatorium		1	1
		Sengeafdeling			
	Midtjylland	Ambulatorium	5	5	10
		Sengeafdeling	17	1	18
	Syddanmark	Ambulatorium	32	187	219
		Sengeafdeling	96	27	123
2013 Total			**150**	**232**	**382**
2014	Hovedstaden	Ambulatorium		12	12
		Sengeafdeling			
	Nordjylland	Ambulatorium		8	8
		Sengeafdeling	2		2
	Midtjylland	Ambulatorium	1	15	16
		Sengeafdeling	20	2	22
	Syddanmark	Ambulatorium	37	53	90
		Sengeafdeling	242	128	370
	Sjælland	Ambulatorium	97	23	120
		Sengeafdeling	38	80	118
2014 Total			**437**	**321**	**758**
Hovedtotal			**587**	**553**	**1140**

Tabel 5 Opkald mellem ambulatorier og sengeafsnit pr. region via storskærme

Ovenstående tabel viser, at det er Region Sjælland og Region Syddanmark, som har flest videomøder mellem sengeafsnit og ambulatorier. Region Nordjylland har meget få videokald mellem sengeafsnit og ambulatorier, hvilket er i overensstemmelse med, at deres ambulatorier og sengeafsnit er placeret på samme matrikel. Region Hovedstaden har endnu ikke implementeret videokonference fuldt ud. Region Midtjylland anvender i høj grad videokald via pc-løsninger, som ikke er med i statistikken.

Et af målene for dette projekt er samarbejdet mellem retspsykiatrien og de psykiatriske afdelinger. De retspsykiatriske sengeafsnit og ambulatorier har samarbejdspartnere, der er spredt ud over store afstande og på tværs af sektorer, da der er få retspsykiatriske afdelinger og ambulatorier i hver region. I nedenstående tabel kan der ses en stigning i brugen af videomøder mellem retspsykiatriske sengeafsnit og ambulatorier samt psykiatriske afdelinger og ambulatorier.

Opkald fra region	Opkald fra Type	Opkald til speciale	Opkald til Type	2013	2014	Hovedtotal
Nordjylland	Sengeafdeling	Retspsykiatri	Ambulatorium		1	1
Midtjylland	Sengeafdeling	Retspsykiatri	Ambulatorium	2		2
			Sengeafdeling		2	2
Syddanmark	Ambulatorium	Retspsykiatri	Sengeafdeling	33	5	38
	Sengeafdeling	Retspsykiatri	Ambulatorium	77	223	300
			Sengeafdeling	2		2
#I/T (ukendt)	#I/T (ukendt)	Retspsykiatri	Ambulatorium	7	5	12
			Sengeafdeling	2	27	29
Hovedtotal				**123**	**263**	**386**
Opkald til region	**Opkald til Type**	**Opkald fra speciale**	**Opkald fra Type**	**2013**	**2014**	**Hovedtotal**
Nordjylland	Sengeafdeling	Retspsykiatri	Ambulatorium	1		1
Syddanmark	Ambulatorium	Retspsykiatri	Sengeafdeling	77	223	300
	Sengeafdeling	Retspsykiatri	Ambulatorium	33	4	37
			Sengeafdeling	4		4
#I/T (ukendt)	#I/T (ukendt)	Retspsykiatri	Ambulatorium	108	29	137
			Sengeafdeling	83	37	120
Hovedtotal				**306**	**293**	**599**

Tabel 6 oversigt over kald mellem retspsykiatrien og den øvrige psykiatri i regionen

Det kan ses, at det primært er retspsykiatrien der kalder op til de psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier. Desuden er der størst aktivitet mellem sengeafsnit og ambulatorier i forhold til sengeafsnit imellem. Der ses stor aktivitet hos Region Syddanmark i både 2013 og 2014. I 2014 har der været en stor indsats for at få videoudstyr på alle psykiatriske afdelinger og ambulatorier.

Igen er det ikke alle pc-løsninger der er medtaget og dette kan undervurdere antallet af opkald i de regioner hvor pc-løsningen er mere udbredt.

3.4 Kvalitetsløftsgevinster

Projektet har i opstartsfasen defineret gevinster, som kan forventes at give et kvalitetsløft ved at omlægge konventionelle møder i voksenpsykiatrien til videomøder, specielt med fokus på udskrivningskonferencer og netværksmøder.

- Styrke netværket omkring patienten i overgangsfasen mellem indlæggelse og ambulant behandling, hvor der er risiko for tab af information
- Patientens adgang til primærbehandler fra ambulantpsykiatrien er lettere tilgængelig
- Videokonference anvendes til andre formål end udskrivningskonferencer
- Øget tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

- Lettere at planlægge og koordinere netværksmøder, hvor flere relevante samarbejdspartnere mødes

Videokonference anvendes i stigende grad i voksenpsykiatrien med knap 3000 videokonferencer i 2013 og 4000 videokonferencer via storskærm i 2014 (se Tabel 4). Omkring en tiendedel af disse videokonferencer i voksenpsykiatrien sker mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatri og formodes at være udskrivningskonferencer eller netværksmøder.

Flertallet af de adspurgte i evalueringen vurderer, at det er blevet lettere at planlægge møder, når deltagerne kobles op via video. Derudover nævner flere af spørgeskemadeltagerne, at flere kan deltage i møderne, og at det er lettere at få møderne i stand.

Flertallet af deltagerne (65 pct.) i spørgeskemaundersøgelsen oplever ikke, at samarbejdet mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatrien er blevet bedre ved brug af videokonference. Af de deltagere i spørgeskemaundersøgelsen (35 pct.), der oplever et bedre samarbejde mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatrien, nævnes primært; at video giver mulighed for at ses, at der er større mulighed for, at ambulantpsykiatrien kan deltage i møderne på sengeafsnittet, at lægerne lettere kan deltage i konferencer, samt at der opstår færre misforståelser, fordi parterne er samlet og får en bedre dialog omkring samarbejdet.

Lidt over halvdelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen (54 pct.) forholder sig neutrale til, om patientens forløb er blevet bedre koordineret mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatri, når møderne holdes via video. Der er lidt flere, som er enige i, at patientforløbene koordineres bedre via video end der er uenige.

Lidt under halvdelen af spørgeskemadeltagerne (43 pct.) oplever, at ambulantpsykiatrien deltager i flere møder via video. Samtidig forholder en stor del (43 pct.) sig neutrale til spørgsmålet.

Patientens forløb er blevet bedre koordineret mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatri ved videomøder?		
Meget enig	6 pct.	32 pct.
Enig	26 pct.	
Neutral	54 pct.	54 pct.
Uenig	6 pct.	14 pct.
Meget uenig	8 pct.	

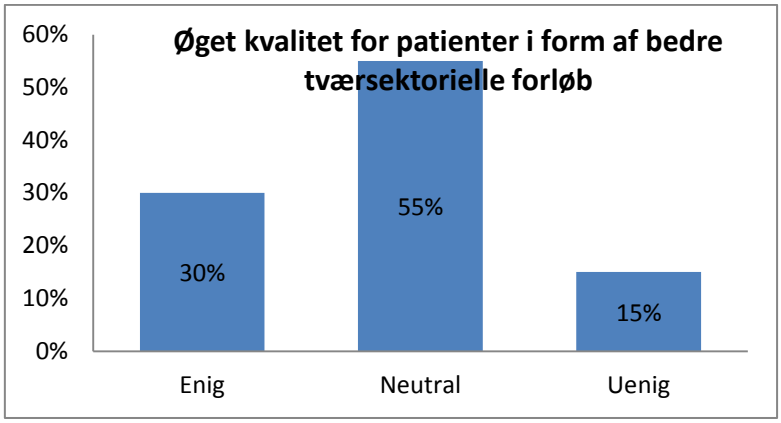
Tabel 7 Bedre koordinering mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatri ved videomøder

Ambulantpsykiatrien deltager i flere videomøder?		
Meget enig	8 pct.	43 pct.
Enig	35 pct.	
Neutral	43 pct.	43 pct.
Uenig	8 pct.	14 pct.
Meget uenig	6 pct.	

Tabel 8 Øget deltagelse af ambulantpsykiatrien

At så stor en andel af deltagerne forholder sig neutralt på ovenstående spørgsmål, tolkes som, at det er for tidligt i processen at udtale sig om, hvilket også er den forklaring, flere deltagere i interviewene har givet på spørgsmålene.

Øget kvalitet for patienter i form af bedre koordinerede forløb mellem sektorerne.
Størstedelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen (83 pct.) har en arbejdsplads, der samarbejder med kommunerne. Af de deltagere, som har et tværsektorielt samarbejde, forholder over halvdelen sig neutrale til, om de oplever øget kvalitet i samarbejdet.



Figur 4 besvarelsernes fordeling blandt de deltagere, som har et samarbejde med kommunerne

Delkonklusion:

- Med udgangen af 2. kvartal 2015 forventes Region Sjælland og Region Hovedstaden også at have opfyldt projektmålene.
- Der er implementeret videokonference i retspsykiatrien i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark.
- Der er en stigning i brugen af videoudstyr fra 2013 til 2014 både i psykiatrien og i retspsykiatrien.
- Videokonferencer opleves at medføre en øget kvalitet i behandlingen og bedre koordination mellem sengeafsnit og ambulatorier.

4. Teknologi

I dette afsnit beskrives det tekniske set up; videoinfrastruktur og videoudstyr, samt brugernes oplevelse af at anvende videoudstyr i deres dagligdag.

4.1 Videoopsætning og infrastruktur

MedCom har etableret det nationale videoknudepunkt i 2009, hvor det primære formål er kommunikation med andre videoinfrastrukturer, fx regionernes og sekundært at give organisationer mulighed for at registrere sig ind på videoinfrastrukturen i MedCom en periode, indtil deres egen løsning er klar. Det har fra start været et issue at kunne genbruge lokale videokonferenceløsninger, uafhængigt af platforme. Det nationale videoknudepunkt har været i drift siden januar 2013 som en fællesoffentlig, tværsektoriel videoinfrastruktur. Det nationale videoknudepunkt har flere funktioner, herunder:

- Sikre videokonferencer af høj kvalitet, dvs. at videoudstyret er understøttet af videostandarderne H323 og SIP.
- Understøtter sikkerheden ved endepunktskryptering.
- Understøtter kommunikation mellem videoudstyr på forskellige platforme
- Fælles videoadressebog
- Statistikmodul
- Stiller virtuelle møderum til rådighed (flerpartsvideokonferencer)

Alle regioner har etableret en videoinfrastruktur, som deres videoudstyr er koblet op på, og alle har testet op mod det nationale videoknudepunkt. Regionerne har via udbud indgået

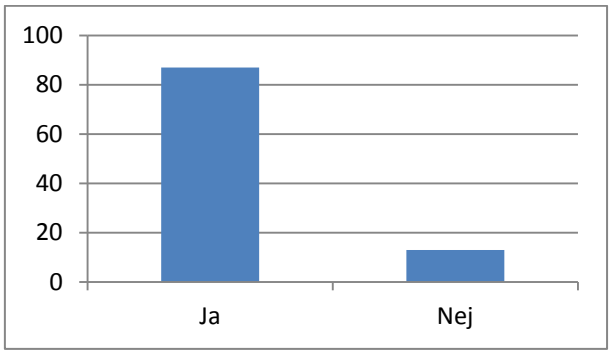
aftaler med leverandører af videoudstyr. Projektet har ikke indflydelse på, hvilket udstyr den enkelte region anvender. I projektet er der hovedsagligt anvendt dedikeret videoudstyr via store skærme eller softwareløsninger til en pc med tilhørende web-cam og bordhøjtaler.

Videoudstyr	Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er fordelingen mellem de tre typer videoudstyr.
Dedikeret videoudstyr med store skærme	76 pct.
Videotelefon	7 pct.
Softwareløsning til pc	40 pct.

Tabel 9 Videoudstyr, som spørgeskemaundersøgelsens deltagere anvender

4.2 Videoudstyr og anvendelse

I spørgeskemaundersøgelsen har 87 pct. af deltagerne anvendt videokonference i mere end seks måneder, og 75 pct. har gennemført flere end fem videokonferencer i deres nuværende job.



Figur 5 Om respondenterne vil anbefale videokonference til andre i procent

Flertallet af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen (72 pct.) oplever, at videokonferencer kan afvikles uden tekniske problemer. Når der er problemer med det tekniske set up, er det oftest lydkvaliteten og opkaldsproblemer, som nævnes. Blandt spørgeskemadeltagerne oplever størstedelen (75 pct.), at de får hjælp, når der er problemer med videoudstyret. Flere af deltagerne fra både interviews og spørgeskemaundersøgelsen understreger, at det er vigtigt for brugen af videokonference, at teknikken virker.

Flere deltagere både i interviewene og spørgeskemaundersøgelsen nævner ulempen ved at glemme funktionerne i videoudstyret, når der går for lang tid imellem, de anvender udstyret. Deltagerne fra interviewene beskriver, at de har manualer liggende ved videoudstyret, og at det giver en god støtte. Nogle afdelinger har også en sekretær, som er superbruger og hjælper med opkaldene via video. Flere deltagere fra både spørgeskemaundersøgelsen og interviewene har givet udtryk for, at det også er en god hjælp at have en kollega, de kan spørge om hjælp.

"Når først forskrækkelsen over at skulle bruge teknikken har lagt sig, er det en stor hjælp".
(Deltager i spørgeskemaundersøgelsen)

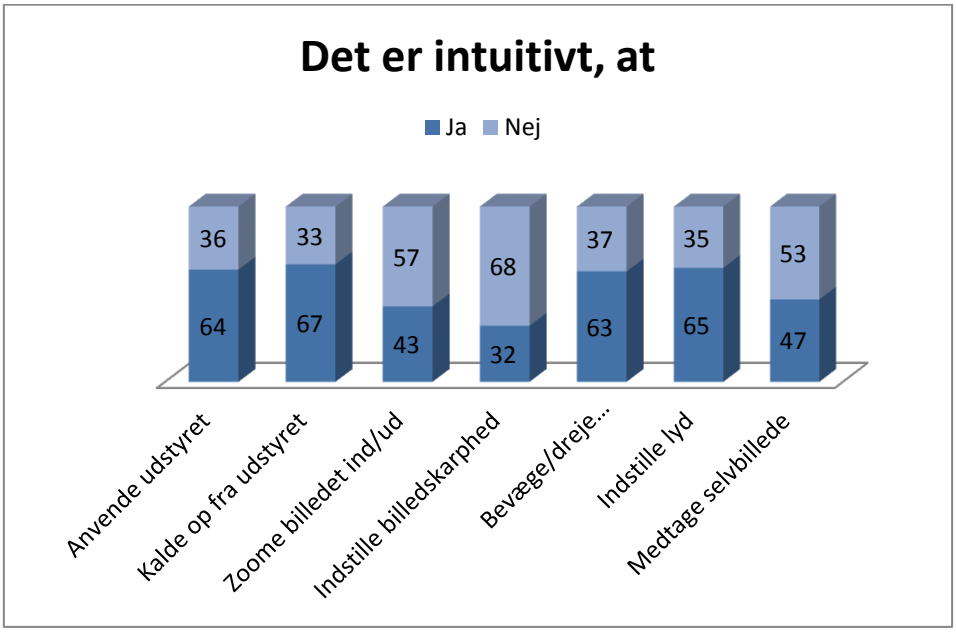
Nogle af de udfordringer omkring anvendelsen af videokonference, som beskrives i interviewene, er manglende afslutning på virtuelle møder, og at samarbejdspartnere ikke kender eget videonummer. Manglende afslutning af virtuelle videomøder medfører gener for de næste brugere af det virtuelle møderum, da de ikke kan afslutte det videoudstyr, som ikke er afsluttet, og de ser lokalet, som huser videoudstyret, der ikke er afsluttet.

Flere deltagere i spørgeskemaundersøgelsen giver udtryk for, at anvendelsen af videoudstyr kræver tilvænning, og at videomøderne fungerer bedre, når udstyret først bruges som et redskab i dagligdagen.

Undervisning
Blandt deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen har 38 pct. ikke modtaget undervisning i brug af videoudstyret. De deltagere, der har modtaget undervisning, har oftest modtaget sidemandsoplæring. Kun otte pct. har modtaget undervisning i 'Adfærd foran en skærm'. Samme billede tegner sig for deltagerne i interviewene.

> *"Jeg oplever indimellem, at deltagerne… ikke er opmærksomme på, at der er deltagere på video. Man er ikke kendt med teknikken. Det er som regel kun en enkelt, der ved, hvordan det fungerer, og der larmes utrolig meget, hvilket påvirker lydkvaliteten".*
>
> *(Deltager i spørgeskema)*

I spørgeskemaundersøgelsen er deltagerne spurgt, om de finder det intuitivt at anvende videoudstyr. Det synes 64 pct. Ifølge deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen er det sværeste at finde eget selvbillede, zoome og indstille billedets skarphed.



Figur 6 Spørgeskemaundersøgelsens deltageres svar i procent

Af alle deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen har 83 pct. kaldt op via videoudstyret, heraf bruger knap halvdelen 1-3 minutter på at starte videoudstyret op, og 40 pct. bruger 4-5 minutter. Der er flere forklaringer til tidsforbruget med at kalde op; brugerens manglende erfaring, langsom pc, tid til opstart af udstyr og mindre tidsforbrug til at få forbindelse.

Flere deltagere fra interviewene supplerer med, at de har haft god gavn af at være blevet klædt på teknisk, da de ikke selv har tid til at udforske detaljerne i anvendelsen af udstyret. Der er funktioner, de ikke selv ville have fundet frem til uden undervisning.

Delkonklusion:

- Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er der flest, der bruger storskærme. Derudover er der også en del, der anvender pc-løsninger.

- Alle regioner har en videoinfrastruktur, der er testet op mod det nationale videoknudepunkt.
- De fleste deltagere i spørgeskemaundersøgelsen oplever, at videokonference kan afholdes uden tekniske problemer.
- Den mest udbredte undervisningsform er sidemandsoplæring, og der er meget få, der har modtaget undervisning foran en skærm.
- Noget af det sværeste ved udstyret er at medtage selvbillede, indstille billedskarphed og zoome billedet ind/ud.

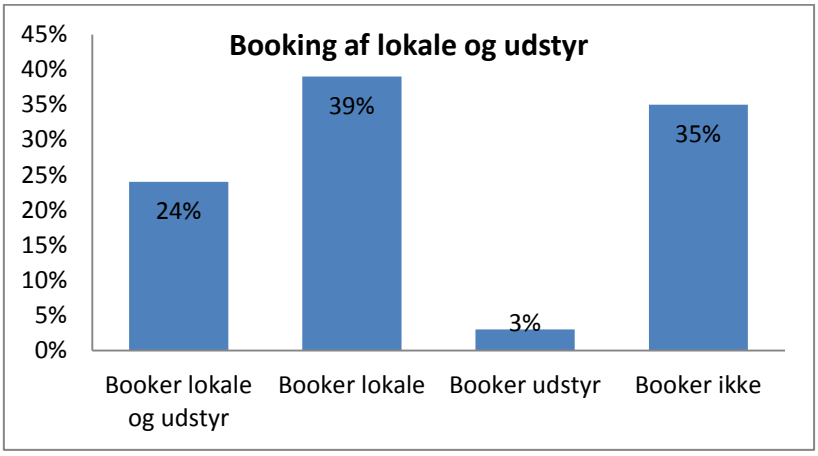
5. Brugerperspektiv

Projektet har været med til at sætte fokus på anvendelse af videokonference i voksenpsykiatrien, specielt i samarbejdet mellem ambulantpsykiatri og sengeafsnit. Mange afdelinger har allerede videoudstyr tilgængeligt, men der er meget stor forskel på, hvor meget det er anvendt i klinikken. I dette afsnit beskrives møder afholdt via videokonference i psykiatrien, herunder mødetyper, mødekultur og rollernes påvirkning under et videomøde.

5.1 Tilgængelighed

Booking af udstyr og lokale

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at det er meget forskelligt, om videoudstyr og mødelokale skal bookes. Kun en meget lille procentdel booker videoudstyr som det eneste. Samme billede tegner sig blandt deltagerne i interviewene.



Figur 7 Fordelingen af booking i spørgeskemabesvarelserne i pct.

I alle besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen bliver lokalerne, hvor udstyret er placeret, brugt til andet end videomøder. Det, oplever 40 pct. af alle deltagerne, er generende.

"Der er ikke videoudstyr i alle mødelokaler: hvis vi skal have videokonference, skal vi i flere tilfælde gå ret langt for at komme til et lokale med det rette udstyr."

(Deltager i spørgeskemaundersøgelsen)

Kun 34 pct. af de adspurgte i spørgeskemaundersøgelsen oplever at have fået tilstrækkelig information omkring ændrede arbejdsgange, mens 15 pct. har den modsatte oplevelse. Halvdelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen forholder sig neutrale, hvilket kan tolkes som, at de ikke har manglet informationen.

Placering af videoudstyr
Gennem opfølgningsmøder i projektet er det blevet tydeligt, at tilgængelighed til videoudstyr er en afgørende faktor for anvendelsen, fx er det svært for en patient på et lukket/skærmet afsnit at deltage i videomøder, hvis ikke udstyret er i afsnittet. For andre afsnit er det tilstrækkeligt, at udstyret er placeret i afsnittets bygning. Der er også en deltager fra interviewene, som selv bruger videoudstyr, men resten af afsnittet gør ikke, da der ikke er udstyr i huset. De skal gå til en anden bygning for at bruge videoudstyr, så bliver det ikke brugt.

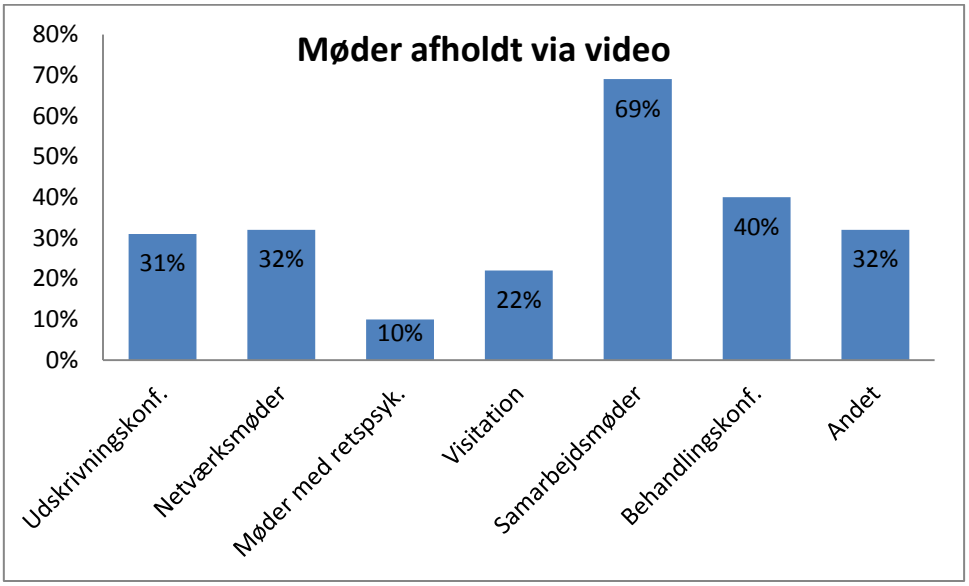
5.2 Videomøder

Flere deltagere fra både spørgeskemaundersøgelsen og interviewene giver udtryk for, at det er bedst at mødes face-to-face, men hvor det ikke kan lade sig gøre, er videokonference et godt alternativ.

Nulpunktsmålingerne har vist, at udskrivningskonferencer/netværksmøder generelt afholdes ved behov og ikke som planlagte møder. Dette understøttes af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen.

Derimod er der andre planlagte møder, der afholdes via video, fx daglige visitationsmøder og lægernes morgenmøder.

Mødetyper
Videoudstyr kan anvendes til mange forskellige møder og konferencer. I regionerne anvendes de både internt, men også på tværs af regioner og til kommuner.



Figur 8 Typer af videomøder, deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen har medvirket i.

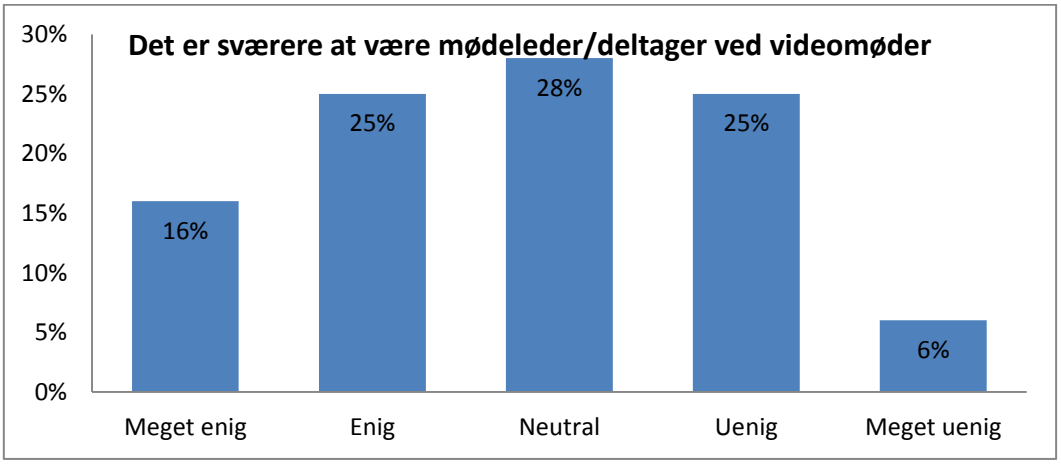
Deltagerne i både spørgeskemaundersøgelsen og interviewene nævner også, at videoudstyret bruges til visitation på tværs af flere specialer omkring demensudredning, lægernes morgenkonference, undervisning og tolkning.

Der er eksempler på samarbejde, som ikke var kommet i stand uden brug af videokonference. Eksempelvis fortæller en deltager i et interview, at de har en patient, som ikke taler dansk. Der er en psykiater, som taler patientens modersmål i en afdeling, som de normalt ikke

samarbejder med, som tager samtalerne med denne patient over video. Det ville ikke have været muligt uden videokonference, da afstanden mellem de to afdelinger er for stor.

Videokonference kunne ifølge deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewene potentielt også anvendes af socialrådgiveren, som har mange kontakter ud i kommunernes jobcentre. Derudover til støttekontaktpersoner, sagsbehandler, rusmiddelcenter, bosteder og hjemmeplejen i kommunen, den praktiserende læge og kriminalforsorgen.

Mødeleder/deltager
I spørgeskemaundersøgelsen er det ikke entydigt, om det er blevet lettere eller sværere at være mødeleder/mødedeltager.



Figur 9 Fordeling af besvarelser på, om det er blevet sværere at være mødeleder/deltager ved videomøder.

En bruger beskriver det sådan:

"Det er anderledes at være mødeleder på video, men ikke sværere eller ringere. Man skal blot være mere bevidst om kommunikationen."

(Deltager i spørgeskemaundersøgelsen)

Deltagere i interviewene supplerer omkring mødelederrollen med, at de oplever, at mødelederen styrer dagsorden og talerække, men ikke adfærden på mødet. De oplever megen baggrundsstøj, som skramlen med kopper og hvisken mellem mødedeltagere på videomøder.

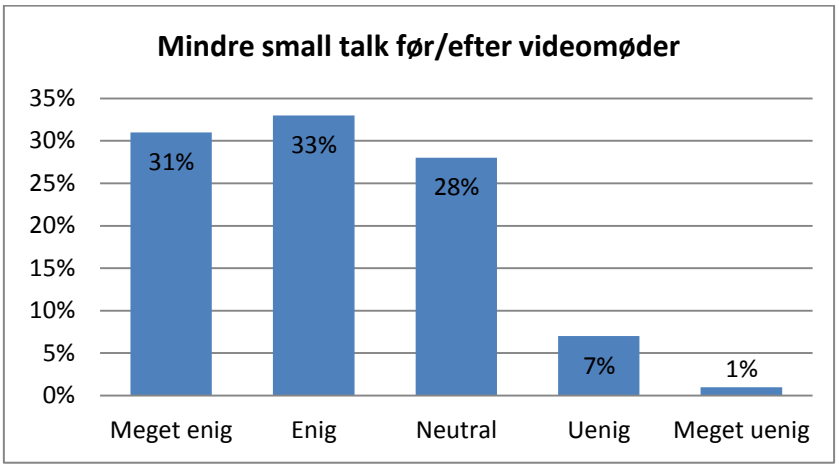
Som mødedeltager pointerer flere deltagere fra både spørgeskemaundersøgelsen og interview, at det er sværere at være 1-2 mødedeltagere på en skærm, når størstedelen af mødedeltagerne sidder i samme lokale. Deltagerne bag skærmen oplever i de situationer, at de let bliver glemt og overset.

Placering foran skærmen er også nævnt som et issue af flere deltagere i spørgeskemaundersøgelsen. De påpeger vigtigheden af, at alle kan se hinanden, og at kameraet er indstillet og zoomet ind, så deltagerene bag skærmen ses bedst muligt.

Mødekultur
Flere deltagere i spørgeskemaundersøgelsen og i interviewene mener, at videomøder fungerer bedst, når de antalsmæssigt ikke bliver for store (<10). Ved store videomøder oplever deltagerne, at det bliver sværere at høre, hvad der bliver sagt og sværere at komme til orde.

Hvis der er mange videoenheder koblet op på samme møde, oplever flere deltagere, at det bliver svært at læse det non-verbale kropssprog, fordi videobillederne bliver små. Det medfører, at mere skal italesættes.

Et flertal af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen mener, at der er mindre smalltalk op til/ efter videomøder end ved konventionelle møder. Smalltalk under møderne opleves af flere deltagere i spørgeskemaundersøgelsen og i interviewene meget generende ved videomøder. En deltager fra interviewene supplerer med, at den aftagende smalltalk ved videomøder afføder, at der ikke afklares så meget i de uformelle rum. Det vil der så være brug for at kompensere for på andre måder og tidspunkter.



Figur 10 Mindre smalltalk op til/efter afholdelse af videomøder

Der er et klart flertal af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, der mener, at det kræver mere mødedisciplin at afholde videomøder. Flere af deltagerne i både interview og spørgeskemaundersøgelsen nævner i forbindelse med mødedisciplin vigtigheden af, at alle mødedeltagere er klar til tiden, at kun én mødedeltager taler ad gangen, og at alle holder sig til emnet. Flere deltagere i evalueringen nævner, at videokonference effektiviserer møderne.

En deltager har beskrevet udfordringerne med videomøder sådan:

"Vores udfordring med videokonference, det er vores mødekultur… Hvis det virkelig er komplekse sager, vil jeg stadigvæk foretrække at mødes ansigt til ansigt, men man kan nå rigtig langt med videokonference… men, det handler om, at man træner sig i en mødestruktur/kultur, når det foregår over skærm."

(Deltager i interview)

Samarbejde
Deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen og interviewene samarbejder med mange kommuner. Flere af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen skriver, at det er alle kommuner i egen region, de har samarbejde med. Flertallet i spørgeskemaundersøgelsen mener, at de vil opnå et større samarbejde med kommunerne ved at mødes over video.

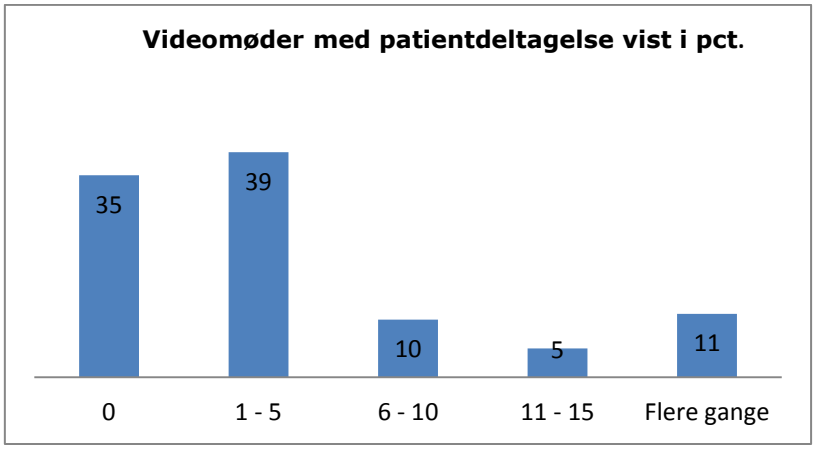
Endvidere har flere af deltagerne i evalueringen nævnt, at det er en fordel at kende hinanden inden brug af videomøder, bl.a. fordi det sociale netværk ikke udvikles så let ved brug af video. Flere deltagere ser det som en fordel, at videokonference er med til at sætte ansigt på samarbejdspartnere, som de ikke kender.

Delkonklusion:

- Mange deltagere i spørgeskemaundersøgelsen skal booke lokale og ofte også udstyret. Lokalet bruges i mange tilfælde til andet end videomøder, og det er generende for 40 pct. af deltagerne.
- Der skal være opmærksomhed på placeringen af udstyret. Er udstyret ikke forholdsvis nemt tilgængeligt, bliver det brugt mindre.
- Videokonferencer kan bruges til mange typer af møder, og deltagerne har flere forslag til, hvilke andre typer møder der kan konverteres til videokonference.
- Rollerne som mødedeltager og mødeleder har ændret sig ved brug af video. Der kræves større disciplin til møderne og større hensyn til hinanden – specielt dem, der deltager via video.
- Nogle deltagere mener, det non-verbale sprog forsvinder ved brug af videokonferencer.
- Der er stort samarbejde med kommunerne, og flertallet i spørgeskemaundersøgelsen mener, at videokonference vil medvirke til, at samarbejdet mellem kommune og regionspsykiatrien bliver større.

6. Patienten

Dette afsnit beskrives ud fra behandlernes vurdering af patientens oplevelse af at anvende videokonference ved møder. Datagrundlaget i dette afsnit er mindre end i de øvrige afsnit, da godt en tredjedel af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen ikke har haft patienter med ved videomøder. Lige knap halvdelen af deltagerne har haft 1-10 videomøder, hvor patienten har deltaget.



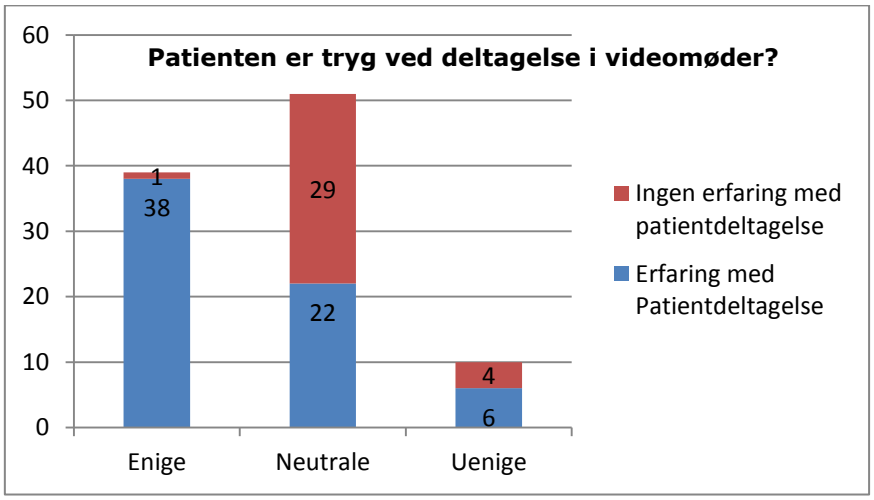
Figur 11 Antal afholdte videomøder med patient for hver deltager i spørgeskemaundersøgelsen

Størstedelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, der har haft patienter med ved videomøder, oplever, at patienterne er trygge ved at deltage i videomøder. Denne vurdering deles af fokusgruppedeltagerne.

Når man har prøvet det [videomøder, red.] nogle gange, så slapper man selv mere af, og dermed slapper patienterne typisk også mere af.

(Deltager fra interview)

Der er flere, der i fokusgruppeinterviews har kommenteret på, at patienter, der er vant til computere, også har nemmere ved at deltage i et videomøde.



Figur 12 Respondenternes vurdering af patienters tryghed ved at deltage i videomøder i procent

Videokonference har ifølge deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen været anvendt til patienter med følgende diagnoser: Skizofreni, mani, depression, affektiv personlighedsforstyrrelse, demens og autisme. I besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen er der ikke noget entydigt billede, der indikerer, at det er diagnosen, der afgør, om patienten kan deltage i en videokonference. Derimod påpeger flere deltagere, at det afhænger mere af, hvordan patienten har det den pågældende dag end af diagnosen.

Ifølge spørgeskemaundersøgelse er det langt størstedelen af patienterne, der informeres mundligt om, at mødet afholdes som videomøde. En lille del af patienterne informeres skriftligt, mens 15 pct. ikke informeres. Det er vigtigt, at patienten er informeret om det forestående videomøde.

Flere deltagere i spørgeskemaundersøgelsen mener, at videokonference med patientdeltagelse fungerer bedst, når patient og behandler kender hinanden på forhånd.

I fokusgruppeinterviewene er det også nævnt, at videomøder er gode i de situationer, hvor en patient inden udskrivelse kan få sat ansigt på den primærbehandler i ambulantpsykiatrien, som overtager behandlingen efter udskrivelse.

Delkonklusion:

- Patienter kan som udgangspunkt godt deltage i videokonferencer. Det er afhængigt af deres tilstand på dagen og ikke deres diagnose.

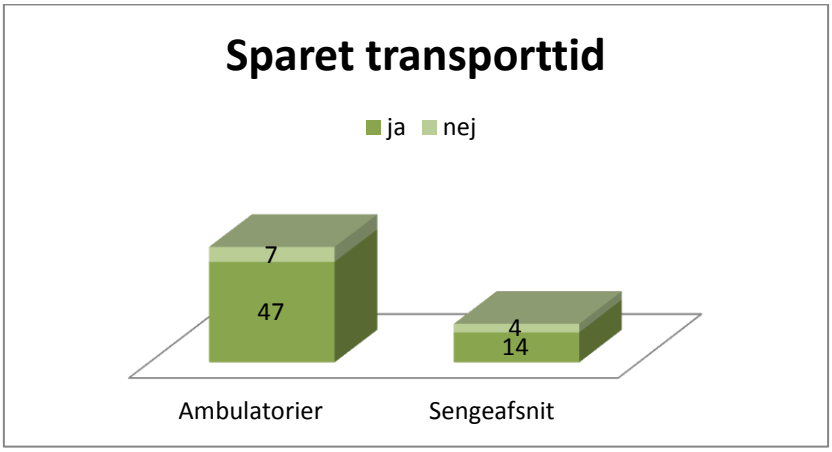
7. Økonomi

Effektiviseringsgevinster og andre gevinster i udbredelsesprojektet bliver præsenteret i dette afsnit. Derudover kigges der på, om det er sengeafsnit eller ambulatorier, der oftest sparer tid på transport.

Projektet har identificeret økonomiske potentialer i form af mere effektiv anvendelse af medarbejdernes arbejdstid samt reducerede omkostninger til kørselsgodtgørelse.

Transporttid
Deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen sparer i gennemsnit 55 minutter hver vej på transporttid. Der er store variationer i sparet transporttid, lige fra 1 minut – 300 minutter hver vej. Alle deltagerne i denne evaluering er enige om, at mindre transporttid er den store gevinst ved at anvende video.

Ifølge deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen er det medarbejderne i ambulatorierne, som oftest sparer tid på transport og dermed frigiver tid til andre opgaver.



Figur 13 Oversigt over, hvem der sparer transporttid

Antagelser og forudsætninger for business case
Ud over antagelserne nævnt i afsnit 3.3 er det i forhold til udregning af værdien af frigivet transporttid yderligere antaget, at alle registrerede møder kunne og ville være afholdt som fysiske møder. Hvorvidt muligheden for at anvende videokonference har været en afgørende faktor for, om møderne er blevet afholdt, er svært at vurdere.

Det er en konservativ antagelse, at mødetiden er den samme for de to mødeformer. Det er i fokusgruppeinterviews og spørgeskema svaret, at mødetiden har en tendens til at være kortere, når video benyttes, da smalltalk forsvinder, og videomøderne bliver mere effektive. Selv om dette er iagttaget, afsættes der alligevel samme tid til videomøder, som de ville have gjort til samme møde uden video.

Udgifter til videoudstyr
Alle regioner har inden projektstart selv indkøbt videokonferenceudstyr. Det er forskelligt, hvor meget. Eksempelvis har Region Midtjylland 106 videoanlæg og omkring 800 jabber-klienter. Der er tidligere indkøbt videoudstyr til psykiatrien i forbindelse med teletolkeprojektet, men ofte med mindre skærme, som ikke har været brugbare til store videomøder.

Estimat over manglende udstyr	**Antal videokonferenceudstyr**	**Pris**	**Total**
Region Hovedstaden (25-30)	27	75.000	2.025.000

Region Sjælland	0		0
Region Syddanmark (25-30)	27	75.000	2.025.000
Region Midtjylland	0		0
Region Nordjylland	0		0
Total			4.050.000

Tabel 10 Estimeret behov for indkøb af videokonferenceudstyr i forbindelse med implementering af telepsykiatri

Undervejs i projektet har to regioner estimeret behov for at indkøbe ekstra videoudstyr. Efter afslutning af udbredelsesprojektet er regionerne spurgt om, hvor meget udstyr de har købt ind i projektperioden, og hvad det har kostet. Som det kan ses af de to tabeller, har regionerne med den nuværende udbredelse ikke købt så meget videoudstyr, som de har estimeret i projektperioden.

Region	Indkøbt antal videoudstyr	Stk. pris	Total
Hovedstaden	10	85.000	850.000
Sjælland	1	Ikke oplyst	?
Syddanmark	6 2 10	100.000 70.000 1.500	755.000
Midtjylland	0	0	0
Nordjylland	2	Ikke oplyst	?
Total			**1.605.000**

Tabel 11 Videokonferenceudstyr, der er indkøbt i forbindelse med projektet

Effektiviseringer

Anvendelse af videokonferencer i voksenpsykiatrien giver mere effektiv anvendelse af de relevante medarbejderes arbejdstid som følge af mindre transporttid for det kliniske personale. Hertil kommer sparet kørselsgodtgørelse.

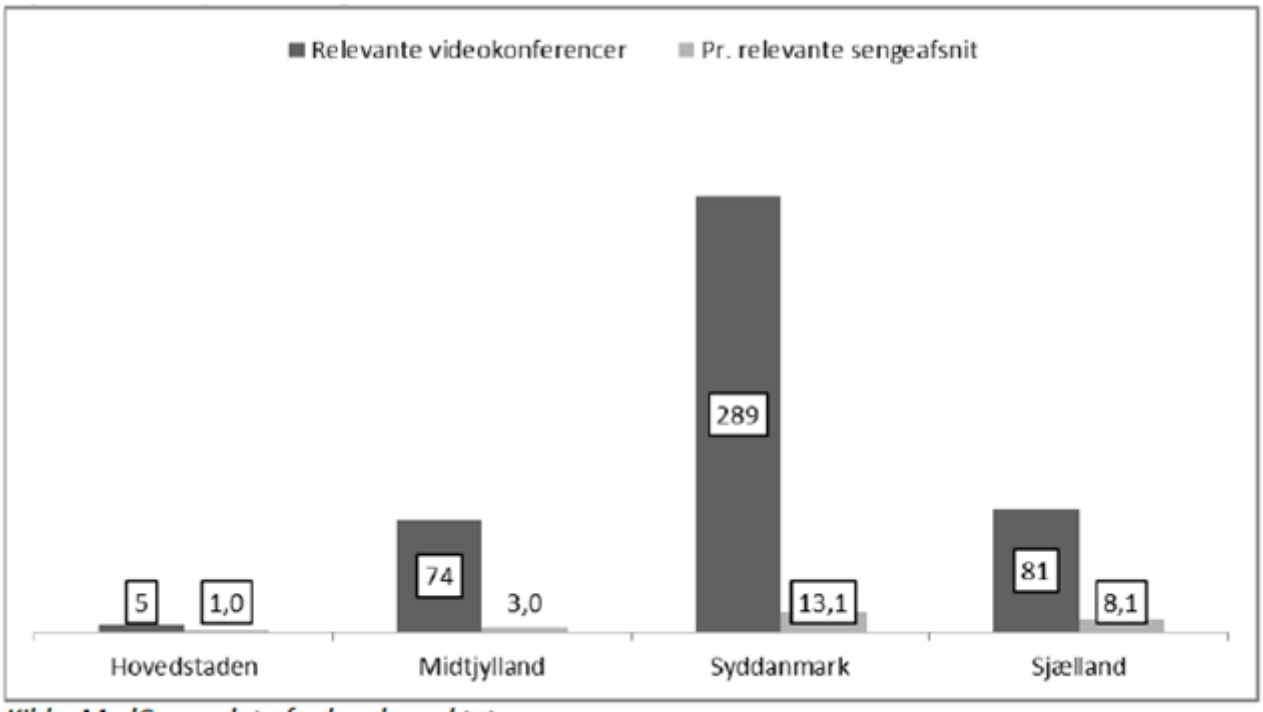
Der tages udgangspunkt i to lønsatser som baggrund for værdien af effektiviseringerne. For møder mellem sengeafsnit og ambulatorier er der taget udgangspunkt i en sygeplejerskes løn, og for møder mellem retspsykiatrien og psykiatrien er der taget udgangspunkt i et gennemsnit af sygeplejerskers, socialrådgiveres og socialpædagogers løn.

Transporttiden udregnes ved hjælp af Google Maps. Transporttiden er indhentet både uden trafik og med normal typisk trafik en onsdag kl. 10.00.

Realiserede effektiviseringer

Der har været en udgift på i alt 1.605.000 kr. til udstyr i forbindelse med projektet. Det er i business casen fra marts 2015 antaget, at der ikke er behov for at investere i mere udstyr for at kunne udbrede brugen af videomøder yderligere. Omkostninger til udstyr er ikke medregnet i business casen.

Antallet af møder, de relevante afdelinger har haft, er afbilledet i nedenstående figur. De samlede effektiviseringer er beregnet på baggrund af disse tal. Disse tal er kun på baggrund af de videonumre, der er blevet opgivet på storskærme. Det betyder at brugen af pc-løsninger ikke er medregnet. Det har betydning for antallet af videomøder i de regioner, der benytter pc-løsningen, f.eks. Region Midtjylland.

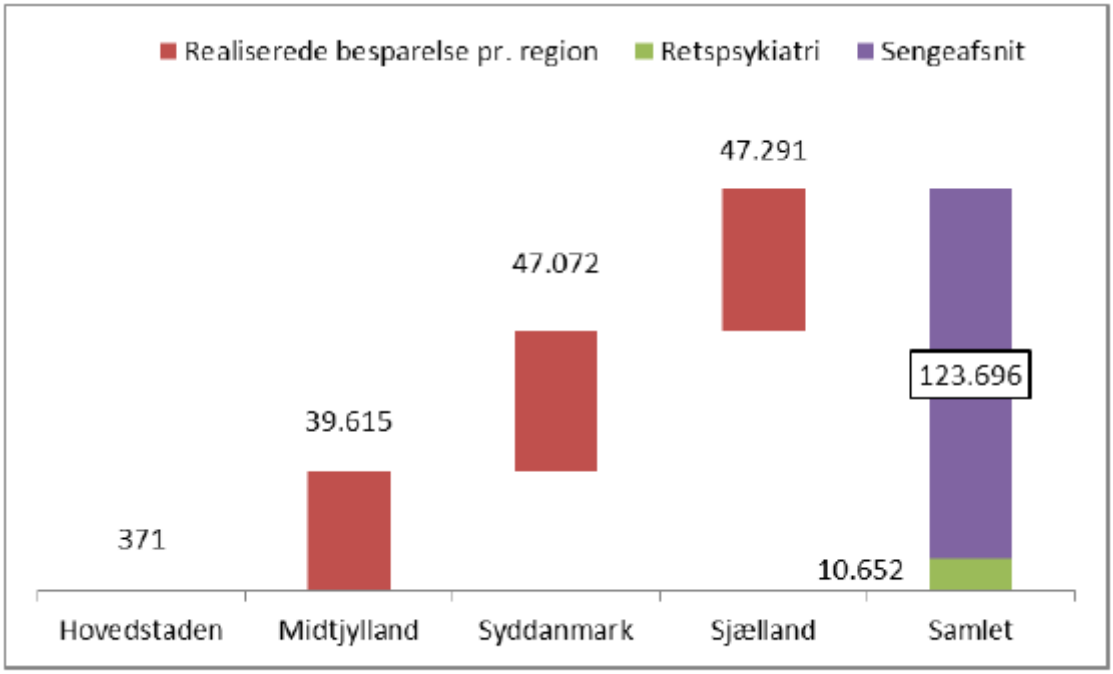


Kilde: MedCom – data fra knudepunktet

Figur 14 Antal videomøder i relevante sengeafsnit samt videomøder pr. relevant sengeafsnit - fra business casen marts 2015

De realiserede effektiviseringer er baseret på antallet af møder, sparet transporttid og den sparede kørselsgodtgørelse. Udbredelsen i 2014 har realiseret en effektivisering for alle regioner til en værdi af godt 134.000 kr., der kan ses i figur 14. Effektiviseringen er primært indhentet ved videomøder mellem sengeafsnit og ambulatorier, hvor en mindre del er hentet fra samarbejdet mellem retspsykiatriske ambulatorier og sengeafsnit.

Ifølge business casen fra maj 2014 forventedes der en samlet besparelse på 1.807.795 kr. per år ved at omlægge udskrivningskonferencer og møder med retspsykiatrien til videomøder. I denne business case er der en forudsætning om, at der tilsammen afholdes 2816 udskrivningsmøder og samarbejdsmøder med retspsykiatrien per år.



Kilde: MedCom – data fra knudepunktet, fldnet, Skat, Google maps og Implement

Figur 15 Realiseret og samlet besparelse per region

Da omkostningerne ikke bliver medregnet, er business casen positiv fra start af[8]. Effektiviseringspotentialet og det økonomiske potentiale er endnu ikke fuldt ud realiseret, da der ikke er fuld udbredelse i alle regioner.

8. Konklusion og anbefalinger

Overordnet er konklusionen på Telepsykiatriprojektets udbredelsesdel, at videokonference er et godt redskab i voksenpsykiatrien – et godt alternativ til at mødes på traditionel vis. Brugerne oplever, at det giver god mening at anvende videokonference i psykiatrien. To regioner mangler at implementere videokonference på de sidste relevante afdelinger. Begge regioner forventer at nå målet inden udgangen af 2. kvartal 2015. Derudover er der stadig et uudnyttet effektiviseringspotentiale for anvendelsen af videoudstyret.

Der er en tendens til, at når videokonference først er implementeret og bliver et dagligdags redskab, så bruger afdelingerne udstyret til flere af deres samarbejdspartere, men de tænker også videre og bruger videokonference på nye måder.

Effektiviseringsgevinster i udbredelsesprojektet indhentes specielt på transportbesparelser. Gevinsten følger antallet af møder, som omlægges til videomøder. Transportbesparelsen tilfalder som oftest ambulantpsykiatrien, da det er personalet derfra, der tager ind til møderne og derved har haft transportudgifterne. I 2014 havde effektiviseringerne af arbejdstiden en værdi på godt 134.000 kr. Dette er baseret på den nuværende udbredelse og anvendelse af videokonferencer. Der er stadig et uudnyttet effektiviseringspotentiale, da ikke alle relevante møder afholdes via videokonference, og to regioner endnu ikke er helt i mål med udbredelse.

[8]Omkostningerne medregnes ikke, da udgifter til drift, vedligeholdelse og udskiftning af udstyr forventes at være uafhængig af brugen af udstyret.

Fra 2013 til 2014 kan der blandt andet ses et øget brug af videokonference i voksenpsykiatrien, og at videokonference anvendes til mange forskellige typer af møder internt i regionerne og på tværs af regioner. Det er forskelligt, om videomøder afholdes som faste planlagte møder, ved behov eller begge dele. Videokonference anvendes også tværsektorielt i mindre grad, men det efterspørges af brugerne.

Generelt er videoudstyret intuitivt at anvende og kræver ikke megen undervisning at tage i brug. Sidemandsoplæring synes tilstrækkeligt, men det kræver en manual ved udstyret. Når så stor en andel af brugerne ikke har modtaget undervisning i videoudstyrets funktioner, anbefales det, at gængse funktioner som fx zoom og selvbillede vises i manualen, så manualen kan være med til at optimere videomøderne. Endvidere anbefales, at minimum én person i afsnittet har en større teknisk viden, som de øvrige brugere kan spørge til råds for at få en bedre videooplevelse.

Meget få deltagere har modtaget undervisning omkring adfærd foran en skærm. Det kommer til udtryk ved, at der er mange, der oplever meget baggrundsstøj/skramlen med ting under møderne, hvilket er forstyrrende. En lille pjece om adfærd foran en skærm anbefales at få plads sammen med manualen til udstyret.

Det er et krav, at videoudstyret skal virke og være tilgængeligt for at blive anvendt som et dagligdags redskab. Der er meget videoudstyr i regionerne. Det anbefales at vurdere anvendelsesbehovet inden indkøb af nyt videoudstyr, men også at vurdere, om allerede indkøbt videoudstyr med fordel kan omplaceres/omfordeles[9].

Det er vigtigt at informere om, at arbejdsgangene ændrer sig, når videokonference indføres, blandt andet fordi der er mange, der skal booke både lokale og videoudstyr, men videoudstyret skal også startes op og være klar.

Anvendelse af videokonference mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatrien gør det lettere at koordinere netværksmøder og udskrivningskonferencer, da transporttiden kan udelades. Det er endnu for tidligt at afklare, om videokonference giver øget kvalitet i samarbejdet mellem ambulantpsykiatrien og sengeafsnittene.

Mødekulturen er med til at danne rammerne for mødet, også ved brug af videomøder. Mødekulturen ved videomøder ændrer sig ved, at møderne bliver mere disciplinerede. Der er mindre smalltalk før, under og efter møderne. Det er opfattelsen, at disciplinen er nødvendig ved videomøder, men at den også medfører, at videomøderne opleves mere effektive.

Der er ikke noget entydigt resultat for, om det er blevet sværere at være mødedeltager eller mødeleder på et videomøde. Mødeledere skal nu fordele opmærksomheden mellem dem, der deltager via video og dem, der deltager fysisk. Dette synes specielt vigtigt i videomøder, hvor der er få deltagere bag skærmen.

De patienter, som har deltaget i videokonference, vurderes at være trygge ved mødeformen. Det anbefales, at fagpersonalet vurderer, om patienten kan deltage i et videomøde. Intet tyder på, at det er diagnoseafhængigt, om patienten kan deltage i videomøder - det er mere afhængigt af, hvordan patienten har det den pågældende dag.

[9] Opdateret business case – Estimering af økonomiske potentiale ved udbredelse af Telepsykiatri, Marts 2015

I spørgeskemaundersøgelsen blev det gjort klart, at hvorvidt patienterne har lyst til at deltage og er trygge ved deltagelse i video, afhænger også af, hvor afslappede personalet er omkring videomøderne, samt om teknikken fungerer. Dette gør også, at det er endnu vigtigere for behandlerne, at video virker, når en patient skal deltage i et videomøde.

Der er en tendens til, at brugerne vurderer, at videomøder med deltagelse af patienter fungerer bedst, hvis patient og behandler kender hinanden på forhånd. Samtidig er der god gavn af videomøder, hvor patienten inden udskrivelse får sat ansigt på den primærbehandler i ambulantpsykiatrien, som overtager behandlingen efter udskrivelse.

Det bliver endnu vigtigere for behandlerne, at videokonference fungerer optimalt, når patienterne deltager, da patienterne bliver påvirket af, hvor trygge behandlerne føler sig.

Det er et krav, at videoudstyret skal virke og være tilgængeligt for at blive anvendt som et dagligdags redskab. Lokalet, hvorfra der afholdes videomøder, bruges også til andet end videomøder. Det opleves som generende for en stor del af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen. Fra opfølgningsmøderne er det tydeligt, at tilgængeligheden af udstyret er vigtigt for graden af anvendelsen.

Anvendelse af videokonference mellem sengeafsnit og ambulantpsykiatrien gør det lettere at koordinere netværksmøder og udskrivningskonferencer, da transporttiden kan udelades. Det er endnu for tidligt at afklare, om videokonference giver øget kvalitet i samarbejdet mellem ambulantpsykiatrien og sengeafsnittene.

På baggrund af resultaterne fra denne rapport er der til hvert område i rapporten opstillet nogle anbefalinger.

Område	**Anbefalinger**
Teknik	
Brugerne oplever forringet lydkvalitet som en af de hyppigste årsager til en dårlig videooplevelse.	I de manualer, der er udarbejdet og ligger ved udstyret, tilføjes trinvis løsning ved dårlig lyd.
Brugerne oplever opkaldsproblemer, herunder at kende eget og modtagers videonummer.	Sæt udstyrets videonummer med en label på udstyret eller vis i manualen, hvordan videonummeret kan vises. Lav en guide til intern og national adressebog.
Meget få har modtaget undervisning i Adfærd foran en skærm.	Udlever en lille vejledning til brugerne, når de får udstyret, som kan ligge sammen med de øvrige manualer.
Videoudstyr skal placeres tilgængeligt for at blive et dagligdags redskab.	Vurdér altid anvendelsesbehovet inden indkøb af nyt videoudstyr. Vurdér om der er videoudstyr, som med fordel kan omplaceres, så det udnyttes bedre.
Videoopkobling via internet.	Videokonference har stadig bedst kvalitet ved brug af fastnetforbindelse.
Mange oplever, at det er en god hjælp, hvis der er en kollega, der kan spørges om hjælp.	Ofte vil en kollega, der er superbruger, hjælpe sine kollegaer, der er mindre rutinerede i at bruge video, og dermed bidrage til en god oplevelse med videomøder.
Brugerperspektiv	

Lokalerne, hvor udstyret er placeret, bliver brugt til andet end videokonferencer.	Det er vigtigt for brugen af videomøder, at lokalerne, hvor videoudstyret er placeret, er tilgængelige og ikke skal konkurrere med møder, hvor der ikke anvendes video.
Ofte bliver et videoudstyr ikke anvendt, hvis det står for langt væk.	Fra afsnit til afsnit skal det vurderes, om der skal være videoudstyr kun til en afdeling, eller om udstyret kan deles af flere afdelinger.
Nogle mødedeltagere oplever, at mødeledere ikke styrer generende støj eller placering foran skærm på mødet.	En mulig løsning kunne være, at mødelederne fik undervisning i, hvordan de skulle håndtere sådan nogle situationer.
Flertallet i spørgeskemaundersøgelsen mener, at de vil opnå et større samarbejde med kommunerne ved at mødes over video	Det er vigtigt at tænke på, hvilke samarbejdspartnere der kan samarbejdes med over video. Der kan være mange gevinster at hente.
Patientdeltagelse i videomøder	
Inden patienten deltager i et videomøde, vurderes det, om patienten kan deltage, og patienten informeres om det møde, vedkommende skal deltage i.	Det sundhedsfaglige personale vurderer fortsat, om patienten er i stand til at deltage i videomødet. Patienten informeres fortsat om, at mødet foregår med deltagere via video, og at videomødet ikke optages.
Patienternes deltagelse i videomøder	Patienterne skal vurderes fra gang til gang. Det afhænger af deres tilstand på dagen og ikke deres diagnose.
Økonomi	
Det er ikke sikkert, det er nødvendigt at købe helt nyt udstyr til sin afdeling - der kan stå ledigt udstyr i en anden afdeling	Det kan give afkast at undersøge, hvorvidt der er ledigt udstyr i andre afdelinger, der kan flyttes til egen afdeling.

8.1 Fremadrettede perspektiver for anvendelse af videokonference i psykiatrien

Der er stadig mulighed for at udbrede videokonferencer yderligere i regionerne. I dette afsnit vil der blive kigget på, hvilke faktorer der er blevet nævnt i forhold til yderligere udbredelse af videomøder mellem regionens samarbejdspartnere.

En af de største fordele ved videokonferencer anses at være, at man nemmere kan få kontakt til sine samarbejdspartnere, mens en af de største ulemper ved at anvende videomøder er, at alle kommuner ikke har videoudstyr, så de kan deltage i videomøder og dermed spare transporttid.

Der er et ønske om at have et større videosamarbejde med kommunerne, fordi det er lettere at få flere nøglepersoner med til videomøder. Det blev også nævnt, at et øget samarbejde giver større forståelse for hinandens speciale og arbejdsområder. Specielt er områderne hjemmepleje, botilbud og rusmiddelcentre nævnt som samarbejdspartnere.

Socialrådgiverne, der er tilknyttet psykiatriske afdelinger på sygehusene, er også nævnt som mulige brugere af videomøder, da socialrådgiverne har et stort samarbejde til flere områder i kommunerne. Her vil en pc-løsning være tilstrækkelig, da der som regel kun vil være deltagelse af socialrådgiveren og patienten.

En anden instans, der er nævnt som mulig samarbejdspartner, er kriminalforsorgen, som både samarbejder med retspsykiatrien og almenpsykiatrien om patienter med en dom.

Til sidst er de praktiserende læger også nævnt flere gange som mulige samarbejdspartnere. For såvel praktiserende læger som for ambulatorier er der en udfordring med, at der ikke er mange praktiserende læger, der er på video. Personalet på ambulatorierne måles på antal ydelser pr. måned. Derfor er det svært at få ambulatorier til at deltage i et videomøde. Der er enighed blandt deltagerne i de forskellige interviews om, at det vil give et løft i behandlingen, hvis de behandlere fra ambulatorierne, der kender patienten bedst, kan deltage i videomøder, samt hvis de praktiserende læger kan deltage i videomøder i de tilfælde, hvor de skal overtage patienten efter udskrivelse.

Der er endnu nogle områder, hvor videomøder vil give god mening i forhold til øget kvalitet i behandlingen samt sparet transporttid for patienten.

Referencer

MedCom [Maj 2014]. Revideret Business case.

Implement [Marts 2015]. Opdateret Business case.

MedCom [September, 2014]. VDX – en videoservice på Sundhedsdatanettet(SDN).

MedCom [Februar, 2014]. Evaluering af spydspidsafprøvning.

National handlingsplan for udbredelse af Telemedicin, Fonden for Velfærdteknologi, juni 2012

Telepsykiatri – Demonstrationsprojektet, juni 2015