

Prosjektrapport

Etablering av nettverk innen pasientrettet telepsykiatri

Borghild Hanssen, Kjell Gullhav, Kurt Lyngved

Tittel: Etablering av nettverk innen pasientrettet telepsykiatri

NST-rapport: 06-2004

Prosjektleder: Kjell Gullhav

Forfattere: Borghild Hanssen, Kjell Øivind Gullhav, Kurt Lyngved

ISBN: 82-92092-53-6

Dato: 04.05.2004

Antall sider: 32

Emneord: Telepsykiatri

Oppsummering: Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom de ulike nivåene i psykiatrisk helsetjeneste og NST. Hensikten med prosjektet var å prøve ut videokonferanse som redskap i det pasienttrettede samarbeidet mellom psykiatritjenestene i 4 småkommuner i Troms og en psykiatrisk avdeling ved UNN, Tromsø. Målsetninger var å bedre tilbudet til pasientene gjennom en bedre kontinuitet i ansvarsgruppemøter, styrking av ettervernet, kompetanseheving i lokalmiljøet gjennom bedre tilgang på råd/veiledning, og styrking av kontakt med pårørende. Implementeringsprosessen i kommunene var også et fokus for evaluering. Alle sendinger gjennom et år ble registrert og deltakerne ble intervjuet. Videokonferanse ble vurdert til å være et nyttig redskap, og kan anbefales som redskap i psykiatrien i andre kommuner i Norge.

Utgiver: Nasjonalt senter for telemedisin
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 35
9038 Tromsø
Telefon: 77 75 40 00
E-post: info@telemet.no
Internett: www.telemet.no

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.telemet.no.

English summary

Title: Establishing networks in client centred telepsychiatry

Abstract: The project was in collaboration between the various levels of psychiatric health care. The objective was to establish a network of videoconferencing between the psychiatric service of 4 small communities in Troms and a ward at the central psychiatric hospital in the city of Tromsø. The aims were to better the quality of treatment through: Responsibility meeting via videoconferencing, post-discharge follow-up support, better access to specialist supervision and advices for the local carers, and more involvement of family members. Another goal was to study the technology implementation process in the local communities. All meetings during a year were registered, and interviews were conducted. Videoconferencing was valued very positively by the participants and can be recommended as a tool in psychiatric services in other communities in Norway.

Forord

Prosjekt "etablering av nettverk i pasientrettet telepsykiatri" har vært et samarbeidsprosjekt mellom kommunehelsetjenesten i 4 kommuner i Troms, spesialisthelsetjenesten ved psykiatrisk avdeling v/UNN, og Nasjonalt Senter for Telemedisin. Sosial og heledepartementet finansierte investeringene med utplassering av 5 videokonferansestudioer. Drivkraften for dette prosjektet har hovedsakelig vært ønsket om å bidra til bedre kvalitet i pasientarbeidet i psykiatrien. Dette gjennom mer kontinuitet i ansvarsgruppemøter og lettere tilgang på råd og veiledning for dem som var nærmest pasientene i deres hjemmemiljø, og mulighet for økt kontakt med pårørende. Gjennom bruk av kommunikasjonsteknologi ville forhåpentligvis den uttalte målsetning om å gi pasientene tilbud på "rett" omsorgsnivå, samt kontinuitet i behandlingen, kunne realiseres bedre uten uoverkommelig reisevirksomhet.

Problemet i mange pilotforsøk innen telepsykiatri er at erfaringene har vært gode, men at prosjektene ikke har blitt videreført. Gjennom å følge opp deltakerne i prosjektet gjennom et år, har vi fått noen nyttige innblikk i prosessen med å innføre ny teknologi i en etablert virksomhet, og hva man bør ta hensyn til for å lykkes.

Vi har lagt vekt på å få fram de konkrete erfaringene som kan ha overføringsverdi for andre kommuner og sykehusavdelinger. Det er vårt ønske at rapporten på denne måten skal kunne ha nytteverdi for helsepersonell, og bidra til å bedre samarbeid og samhandling mellom de ulike etatene i psykisk helsevern, til beste for pasientene.

Takk til prosjektkommunene og avdeling Sør 1 ved UNN for samarbeidet gjennom dette året og for å ha delt sine erfaringer med oss underveis.

Tromsø 15.03.04

Borghild Hanssen

Kjell Gullhav

Kurt Lyngved

Innhold

Sammendrag.....	9
1. Innledning	10
1.1 Bakgrunn for prosjekt "etablering av nettverk innen pasientrettet telepsykiatri"	10
1.2 Beskrivelse av prosjektet	10
1.3 Formål	11
1.4 Målsetninger.....	12
2. Metode 13	
2.1 Beskrivelse av informasjonsinnhenting og bearbeiding.....	13
3. Resultater.....	14
3.1 Informasjon fra registreringsskjemaene/loggene.....	14
3.2 Innhold i videokonferansesendingene	16
3.3 Resultater fra intervjuer og samtaler.....	19
3.4 Erfaringer pr. februar 2003.....	19
3.4.1 Kommunenes erfaringer:	19
3.4.2 Avdelingens erfaringer:	20
3.4.3 Vurderinger av nytte av VK på dette tidspunkt i prosjektperioden:.....	20
3.5 Erfaringer pr. november 2003 - bruk av VK utstyret og innhold i sendingene	21
3.5.1 Kommunenes erfaringer	21
3.6 Innføring av ny teknologi, praktiske erfaringer	22
4 Drøfting av resultatene.....	23
4.1 Omfang av videokonferansebruk	23
4.2 Vurdering av innhold i sendingene.....	24
4.3 Videokonferanse som arbeidsredskap.....	24
4.4 Implementering	25
4.5 Begrensninger i prosjektet	25
5 Konklusjon.....	26
6 Prosjektgruppas videre anbefalinger	26
7 Referanser	27
Vedlegg 1	28
Definisjon og beskrivelse av ansvarsgruppe (v/ avd. sør 1 UNN, februar 2004):.....	28
Vedlegg 2	29
PUNKTER TIL EVALUERINGSINTERVJUER	29
Vedlegg 3,	32
1.1 1. utgave av logg.....	32

Sammendrag

Bakgrunnen for prosjekt "Etablering av nettverk i pasientrettet telepsykiatri" var de nasjonale planer som foreligger for opptrapping av psykisk helsevern, og lokale planer for bedre samhandling mellom behandlingsnivåene i Helse Nord.

Hensikten med prosjektet var å prøve ut og implementere videokonferanse som arbeidsredskap i det pasientrettede samarbeidet mellom fire kommuner i Midt Troms og en psykiatrisk akuttpost ved UNN.

Målsetningene i arbeidet var å bedre kvaliteten på tilbudet pasientene fikk, gjennom at det skulle være lettere å få til ansvarsgruppemøter, gi bedre mulighet for kompetanseheving og bedre tilgang på råd/veiledning/undervisning for lokalt helsepersonell i distriktene.

Videre var det en målsetning å se på implementeringsprosessen i seg selv, og kartlegge forhold som virket inn på bruk.

Søknad om midler ble sendt fra NST til Sosial og helsedepartementet og prosjektet ble finansiert med 1 million til investeringer og drift ut år 2002. En første prosjektrapport ble sendt mars 2003, prosjektperioden ble deretter forlenget ut 2003 som et internt prosjekt ved NST.

Denne rapporten baserer seg på informasjon fra hele prosjektperioden, 15.10.02 -31.12.03. I alt 196 sendinger er registrert. Deltakernes erfaringer er samlet gjennom intervjuer, samtaler og oppfølgingsbesøk på ulike tidspunkt.

Erfaringene fra litt over ett års bruk av videokonferanse for pasientrettet samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de fire kommunene, er gode. Det er stor grad av tilfredshet med teknisk kvalitet og brukervennlighet, og av videokonferanse som arbeidsredskap. Det har vært hyppigere kontakt mellom nivåene i helsetjenesten. Alle kommunene har fått erfaring med å ha pasienter med på sendingene og erfaringene med dette er gode.

Kommunalt ansatte har kunnet benytte seg av eksisterende undervisningstilbud, samt rådgivning og veiledning ved behov, i et større omfang og på en mye lettere måte enn det som ellers hadde vært mulig.

Videokonferanse synes å være etablert og delvis implementert i kommunene og på den psykiatriske avdelingen. Når man får praktisk erfaring med videokonferanse blir mulighetene i verktøyet tydeligere for deltakerne. Men innføringsfasen tar tid. Det må opparbeides trygghet både i situasjonen og i forhold til teknisk håndtering. Det er viktig at utstyret er lett å betjene og lett tilgjengelig.

Personmessige og organisatoriske faktorer synes å ha virket sterkt inn på variasjon i frekvens av bruk gjennom året.

Prosjektgruppen anbefaler bruk av videokonferanse som arbeidsredskap i psykiatrisk virksomhet i lignende kommuner med lang vei til spesialistkompetanse.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjekt ”etablering av nettverk innen pasientrettet telepsykiatri”

Psykisk helsevern har de siste årene blitt gjenstand for en sterkere fokusering gjennom vedtatte planer og andre typer satsninger. I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 til 2006-ST.Prp. nr. 63 er et av hovedmålene å få et mer helhetlig og sammenhengende nettverk av tiltak og tjenester.

Gjennomgangstemaet i Stortingsmeldingen er fokus på behandlingstilbud i nærheten av brukerne. I samme melding ble det lagt opp til videre desentralisering av de psykiatriske tjenestene med kompetanseoverføring fra de store sentralinstitusjonene til distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og kommunene.

I en rapport fra arbeidsgruppe, juli 2002, Helse Nord med tittel ”-SAMHANDLING er godt for helsa!” sies det følgende om psykisk helsevern i nord: ”Opptrappingsplanen for psykisk helse omfatter også tjenestetilbudet i kommunene. En viktig utfordring vil derfor være planlegging og gjennomføring av samarbeid og samordning av tjenestetilbud mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, slik at pasientene får en mer forutsigbar og stabil kontakt”. Her vektlegges kontinuitetsprinsippet i behandling.

Bruk av telemedisin, herunder videokonferanse, kan være et viktig hjelpemiddel i satsningen på å flytte helsetjenester dit folk bor og skape mer kontinuitet for pasienter som trenger tilbud på flere nivåer. ”Si @”, statlig tiltaksplan 2001-2003, for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren vektlegger viktigheten av å tilpasse tjenesten til riktig behandlingsnivå. Dette innebærer at brukeren får et behandlingstilbud nærmest mulig eget bosted, og samhandlingen mellom de ulike nivåer og etater blir vektlagt også her.

Innen telemedisin er videokonferanse et av de mest brukte verktøy. Videokonferanse (VK) er et samlebegrep for toveis/flerveis samtidig lyd- og bildeforbindelse. Deltakerne er geografisk atskilt, men kan likevel se og høre hverandre samt anvende undervisningsverktøy som pc, whiteboard og lysark. Betegnelser som bildetelefon eller lyd-/bildekonsferanser brukes ofte om dette. Videokonferanser kan benyttes mellom to eller flere parter, både nasjonalt og internasjonalt. Bruk av videokonferanse skjer i dag innenfor flere områder av helsevesenet. Områder videokonferanse primært benyttes til er møtevirksomhet, kompetanseheving/overføring, faglig veiledning og klinisk virksomhet.

Denne kommunikasjonsformen har gjennom en rekke studier vist seg å være et hensiktsmessig redskap også i psykiatrien, da omtalt som telepsykiatri. Både kvaliteten på arbeidet og brukeraksept av telepsykiatri er gjennomgående god i de studier som finnes. (Wootton, Yellowlees and McLaren: ”Telepsychiatry and e-Mental Health”, Royal Society of medicine Press Ltd, 2003). Videokonferanse har vært brukt i psykiatrien i Nord Norge siden midten av 1995. En survey av bruk (Gammon m.fl. 1996) viste at de som brukte det var gjennomgående fornøyde og at over halvparten av sendingene forløp uten tekniske problemer.

1.2 Beskrivelse av prosjektet

Høsten 2002 ble det startet opp et prosjekt i Troms der man ville utvikle og implementere bruk av videokonferanse for å bedre samarbeidet mellom de ulike nivåene innenfor psykisk helsevern: det psykiatriske sykehuset, DPS og det lokale hjelpeapparat i brukerens/pasientens hjemkommuner. Initiativet til dette prosjektet kom fra post Sør 1, Allmennpsykiatrisk avdeling, UNN, som i sine

virksomhetsplaner fremhevet telepsykiatri som et viktig redskap både i forhold til pasienter og samarbeidspartnere.

NST ble kontaktet og søknad utformet i felleskap.

Søknad om midler til prosjektet ble sendt fra NST til Sosial og helsedepartementet 28. februar 2002, og 10. mai 2002 i ble det innvilget 1 mill til investeringer i videokonferanseutstyr og drift av videokonferansestudioer ut året. I løpet av høsten 2002 ble det plassert ut videokonferanseutstyr i 4 kommuner, samt ved avdeling Sør 1 ved Åsgård. I kommunene ble modell Tandberg 880 NPP benyttet og på avdelingen Tandberg 880 NPP MS. 6 ISDN linjer a 64 Kbps ble benyttet for å få en akseptabel kvalitet.

15.10.02 begynte deltakerne i prosjektet å registrere bruk av utstyret.

Prosjektdeltakere:

- 1. Spesialisthelsetjenesten representert ved post Sør 1, Allmennpsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord Norge.**
(Ulike kategorier helsepersonell)
- 2. Kommunehelsetjenesten representert ved kommunene Bardu, Lenvik, Målselv og Salangen.**
(Ulike kategorier helse- og sosialpersonell, samt IT-personell)
- 3. Nasjonalt senter for Telemedisin (NST)**
(Prosjektledelse, psykiatriske fagspesialister, teknikere og undervisningskoordinatorer)

I første omgang varte prosjektperioden kun ut 2002. De første sendingene startet som overfor nevnt i midten av oktober, og fram til jul ble det registrert 28 sendinger. Erfaringene så langt var gode, men perioden med registreringer var altfor kort til å kunne si noe om implementering. En sluttrapport for den eksternfinansierte delen av prosjektet ble levert medio mars 2003. (Gullhav K, Hanssen, B og Lyngved K: Etablering av nettverk i pasientrettet telepsykiatri. Et pilotprosjekt. NST- rapport mars 2003)

Perioden med registreringer og oppfølging ble forlenget som et internt NST prosjekt ut 2003. Vi ønsket at alle prosjektdeltakerne skulle få nok erfaringer med bruken av videokonferanseutstyret til å kunne vurdere nytteverdien av det i deres hverdag. Noen av kommunene er ganske små og det er veldig variabelt hvor mange psykiatriske pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten til enhver tid. Deltakerne fikk låne utstyret ut 2003, og dersom det ble benyttet tilstrekkelig ville kommunene få overta dette vederlagsfritt.

Prosjektperioden som i det følgende vil bli beskrevet, omfatter tidsrommet 15.10.02 -31.12.03.

1.3 Formål

Formålet med prosjektet var, som nevnt, å utvikle og implementere bruk av videokonferanse for å bedre samarbeidet mellom de ulike nivåene i psykisk helsevern og styrke de lokale nettverk. Post Sør 1, UNN psykiatrisk avdeling har som tidligere nevnt i sine virksomhetsplaner fremhevet telepsykiatri som et viktig arbeidsredskap. Gjennomføring av arbeid knyttet til ansvarsgruppemøter og individuelle planer forutsetter et utstrakt samarbeid med lokalt behandlings- og omsorgsapparat, pasienter og pårørende. (for en definisjon av ansvarsgruppe, se vedlegg 1)

Et slikt samarbeid på tvers av nivåer og over store geografiske avstander krever mye tid og ressurser. Ofte lar det seg ikke gjøre å avikle møter så ofte som man burde. Ved bruk av telemedisinske løsninger som videokonferanse vil det la seg gjøre å gjennomføre dette samarbeidet med langt mindre

omkostninger. Mulighet for hyppigere møter vil også bedre kvaliteten på arbeidet, da kontinuitet er et bærende og sentralt prinsipp i all psykiatrisk behandling.

Det er videre et uttalt mål i alle sentrale helsepolitiske planer at behandling alltid bør gis på lavest mulig effektive omsorgsnivå. En forutsetning for dette er kompetanseheving i 1.linjen, og bistand fra spesialisthelsetjenesten. Veiledning, rådgivning og undervisning, samt tverrfaglig samarbeid er områder som kan styrkes i betydelig grad gjennom bruk av videokonferanse.

1.4 Målsetninger

I prosjektsøknaden ble målsetningene beskrevet på følgende måte:

"Å finne fram til ulike løsninger som kunne ivareta brukernes/pasientenes behov ved å:

- I. Danne ansvarsgrupper i distriktene/kommunene som ved bruk av videokonferanse kan holde jevnlig kontakt med fagpersonell både ved de distriktpspsykiatriske sentre og eventuelt sentrale institusjoner. Målet var å skape trygghet både for pasient/bruker, hjelpepersonell og pårørende, og derigjennom forebygge unødige (re-) innleggelser.*
- II. På sikt vil det være et mål at de lokale ansvarsgrupper også gjennomførte ettervernsamtaler med pasienter som har vært innlagt på psykiatrisk institusjon.*
- III. Styrke pårørendekontakten gjennom bruk av videokonferanse. For å ivareta pasientens behov og behandling på lavest mulig omsorgsnivå er det viktig med gode informasjonsrutiner til; og godt samarbeide med pårørende.*
- IV. I tillegg var det et mål at utstyret ble implementert og forankret i kommunene på en måte som gjorde det enkelt for andre i helsetjenesten å bruke det."*(Søknad av 28.februar 2002)

Det var videre en uttalt målsetning at pasientens individuelle behandlingsplan ikke bare skulle utarbeides sammen med pasienten etter innleggelse, men at også pårørende og lokalt forankret behandlingsapparat burde involveres på et tidlig tidspunkt.

I forhold til evalueringen ble disse målsetningene justert etter drøftinger med deltakerne. Bl.a. ble det viktig å få fram at videokonferanse ikke var en forutsetning for å danne nye ansvarsgrupper, disse var etablert i utgangspunktet.

Med utgangspunkt i de overnevnte målsetninger ble følgende spørsmål satt opp som grunnlag for evaluering ved prosjektslutt:

1. Hvor mye ville videoutstyret bli brukt?

2. Hva ville innholdet i sendingene være? Et mål her var at drift av ansvarsgrupper i de kommunene prosjektet omfatter skulle oppleves lettere fordi videokonferanse muliggjør hyppigere og jevnere kontakt med DPS (Distrikt Psykiatriske Sentre) og spesialisthelsetjenesten her representert ved post Sør 1, UNN. Dette antok vi ville øke kvaliteten i behandlingen gjennom å skape mulighet for mer kontinuitet. Et annet mål var at pårørendekontakten skulle økes.

3. Hvordan fungerte videokonferanse vurdert ut i fra tilfredshet med teknisk kvalitet og egnethet som arbeidsredskap?

4. Hvordan er videokonferanseutstyret implementert og forankret i kommunene? Vi ønsket å få informasjon om prosessen ved innføring av denne type teknologi i en praktisk hverdag i kommunene og i en sykehusavdeling. Var utstyret enkelt nok i bruk, og hvordan ble opplæring og booking

organisert? Våre antagelser var at det ville være avgjørende for anvendelsen at brukerne opplevde praktisk nytte av utstyret, at det var enkelt nok i bruk, og at denne lot seg tilpasse den totale organiseringen av tjenesten. Et annet mål på implementering kan være at andre deler av helse- og sosialtjenesten som kunne ha nytte av utstyret, hadde tilgang til, og brukte det.

2. Metode

2.1 Beskrivelse av informasjonsinnhenting og bearbeiding

Prosjektdeltakere var avdeling Sør 1 ved psykiatrisk avdeling, Åsgård, UNN og den kommunale psykiatritjenesten i kommunene Bardu, Lenvik, Salangen og Målselv. Kommunene ble valgt ut på bakgrunn av beleggstall ved Sør 1 foregående år.

De fire kommunene varierer i størrelse (Ca 2.000 til 11.000 innbyggere). Avstanden til psykiatrisk sykehus er fra 1,5 til 3 timers kjøring. Organiseringen av psykiatritjenestene i de fire kommunene er ganske lik. De har alle en psykiatritjeneste med lokalisering på det lokale helse og sosialsenteret i kommunene. Størrelsen på kommunene, organisering av de lokale tjenestene samt avstanden til spesialisttilbud tilsier at erfaringene i prosjektet i stor grad vil kunne ha overføringsverdi til svært mange kommuner i distrikts Norge.

Vi ønsket å se på en del kvantitative mål som antall sendinger, innhold i sendingene og brukertilfredshet. For dette formål ble det brukt registreringsskjemaer for hver sending. I tillegg ønsket vi å vurdere prosessen med innføring av videokonferanse i en virksomhet, og å få tak i de konkrete erfaringene hver enkelt satt med. For å få informasjon om disse forhold valgte vi en kvalitativ tilnærming: Et semistrukturert intervju, samt kontakt med deltakerne underveis ved telefon og besøk.

Deltakerne i prosjektet har fylt ut en logg/registreringsskjema for hver sending som er gjennomført (se vedlegg 1). Loggskjemaer ble distribuert pr. post og deltakerne kopierte selv opp etter hvert som de trengte flere. De utfylte skjemaene ble sendt oss samlet pr. post tre ganger i løpet av prosjektperioden. Loggen ble forbedret i mars 2003 for å få helt tydelig registrert om pasienten var med eller ikke. Til sammen har vi mottatt 196 utfylte loggskjemaer for perioden 15.10.02 til 31.12.03. De aller fleste var godt utfylt og ingen ble forkastet.

Prosjektgruppen gjennomførte i februar 2003 intervjuer/evalueringssamtaler med deltakerne i kommunene via videokonferanse, samt ved Sør 1 på Åsgård. Intervjuguiden (se vedlegg 2) fungerte som en huskeliste for samtale. 2-3 personer fra hver deltakerinstans var med og samtale var på om lag 1 times varighet. Hensikten med samtale var å få fram mer utfyllende beskrivelser av deltakernes erfaringer og opplevd nytteverdi av videokonferanse som arbeidsredskap. Dette var i en tidlig fase av prosjektet.

I juni 2003 og i oktober 2003 var 2 i prosjektgruppen fra NST på en oppfølgingsrunde i kommunene. Hensikten var å fange opp eventuelle problemer samt få en oversikt over bruken av videokonferanse og erfaringene som var gjort så langt.

I november 2003 arrangerte vi et en dags avslutningsseminar for deltakerne her i Tromsø. Alle fikk legge fram sine erfaringer fra dette året. Grunnet sykdomsforfall ble de få deltakere som kom, men vi fikk skriftlige oppsummeringer fra dem som ikke møtte.

I tillegg har det vært telefonkontakt underveis med deltakerne.

Data fra loggskjemaene ble kodet og analysert i SPSS. Oppsummeringene fra intervjuer og annen kontakt er skrevet ut på bakgrunn av notater vi gjorde underveis. Vi var alltid to som gikk gjennom disse.

3. Resultater

3.1 Informasjon fra registreringsskjemaene/loggene

Bruksområder for sendingene slik de er registrert på registreringsskjemaene/loggene er valgt presentert i tabellform. Hovedskillet i sendingene går på sendinger med eller uten pasient til stede, og på om sendingene er psykiatrirelatert knyttet til enkeltpasienter, eller mer generell rådgivning og undervisning. Det framgår av fotnotene hvordan kategoriene er slått sammen.

TABELL 1:

Registrert bruk av videokonferanse i perioden 15.10.02 – 31.12.03

Antall innleggelses, antall videokonferansesendinger, og registrerte bruksområder for sendingene. Kommunevis fordeling.					
Deltakere (antall innbyggere i kommunen pr.des.2003)	Antall innleggelses på Sør 1 fra hver kommune i perioden	Antall sendinger med registrert bruksområde psykiatri m. pasient ¹	Antall sendinger med reg. bruksområde psykiatri u. pasient ²	Antall sendinger med reg. bruksområde rådgivning/veiledning, undervisning og annet ³	Totalt antall sendinger i perioden ⁴ (%)
Bardu (3841)	45	6	33	8	48 (24,5)
Lenvik (11049)	97	1	8	28	38 (19,4)
Målselv (6854)	42	11	7	6	25 (12,8)
Salangen (2260)	18	5	5	13	23 (11,7)
Sør 1, UNN		19	32	10	62 (31,6)
Totalt (%)	202	42 (21,8)	85 (44,5)	65 (33,7)	196 (100)

Missing= 4 (2 %) på disse variabler

¹ Innleggelse/forvern, utskrivning, paragrafvurdering, klinisk behandling, ansvarsgruppemøter hvor pasient er til stede i studioet det rapporteres fra.

² Veiledning og rådgivning i forhold til enkeltpasienter, samt ansvarsgruppemøter, innleggelse/forvern, klinisk behandling hvor det kan være pasient i studio hos den andre part.

³ Generell rådgivning og/eller veiledning og deltakelse i diverse fagundervisning.

⁴Hvert studio registrerte hver sending. Som oftest med hverandre, men mange av sendingene med eksterne aktører.

Kommentarer til TABELL 1:

Antall innlagte pasienter fra hver kommune i perioden er tatt med som et referansegrunnlag å diskutere bruk av videokonferanse opp mot. Med flere innleggelsler vil vi forvente mer møtevirksomhet, også videokonferansemøter. Antall pasienter er en av de variablene som kan forklare variasjon i bruk av videokonferanse.

Det ble i februar oppdaget noe underrapportering ved gjennomgang av skjemaer opp mot informasjon i intervjuer i Målselv kommune. Det kan ikke utelukkes at dette har forekommet i de andre kommunene også, og antall sendinger kan derfor være noe høyere enn det framkommer i tabellen.

Det er verdt å merke seg at det er antall sendinger som er registrert, og ikke antall møter. Kategorien "psykiatri u. pasient" vil altså omfatte både de sendingene der pasienten er tilstede i møtet; men på den andre siden; og de sendingene der pasienten ikke er tilstede på noen av sidene. Hvert enkelt møte innenfor disse kategoriene vil altså være "dobbelregistrert" som to sendinger, men under ulike kategorier når det gjelder innhold. Cirka 42 av de 85 registrerte sendingene innenfor kategorien "psykiatri u. pasient" vil være med pasient tilstede i det andre studioet.

Kategorien "undervisning" inkluderer sendinger fra ekstern part som ikke har levert noen logg til oss, og dermed er det ikke nevneverdig grad av "dobbelregistreringer" av disse sendingene.

TABELL 2.

Registrert bruk av videokonferanse i perioden 15.10.02-31.12.03

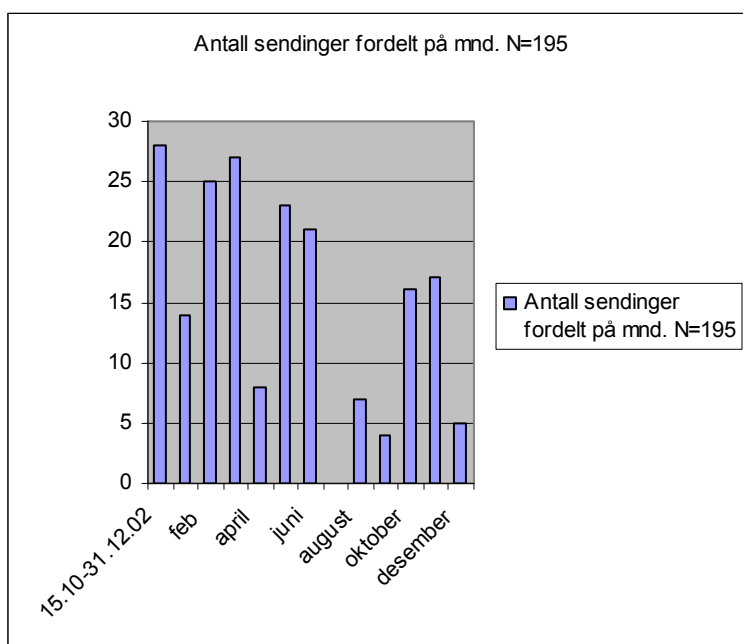
**Antall og prosentvis fordeling av bruksområder innad i hver kommune og avdeling.
Kategorier lik tabell 1, se fotnoter
(%)**

Kommune/avd.	Psykiatri m.pasient	Psykiatri u.pasient	Rådgivning, veiledning, undervisning	Totalt
Bardu	6 (12,8)	33 (70,2)	8 (17,0)	47(100)
Lenvik	1 (2,7)	8 (21,6)	28 (75,7)	37(100)
Målselv	11 (45,8)	7 (29,2)	6 (25,0)	24(100)
Salangen	5 (21,7)	5 (21,7)	13 (56,5)	23(100)
Sør1,UNN	19 (31,1)	32 (52,5)	10 (16,4)	61(100)
Totalt	42 (21,8)	85 (44,0)	65 (33,7)	192(100)

Missing = 4(2)

Kommentarer til TABELL 2:

Som vi ser er det veldig stor variasjon i hvor stor andel av det totale antall registrerte videokonferanser de ulike innholdskategoriene utgjør innad i hver kommune. En av kommunene har brukt videokonferanse hovedsakelig til undervisning/annet (75 % av sendingene). To av kommunene og Sør 1 har i hovedsak brukt videokonferanse til psykiatrisk virksomhet med og uten pasient (83-85 % av sendingene). En kommune har brukt videokonferanse til psykiatrisk virksomhet i omtrent halvparten av sendingene (43,4 %).



FIGUR 1: Registrert bruk av videokonferanse i perioden 15.10-02 -31.12.03

Kommentarer til FIGUR 1: På 195 av 196 returnerte utfylte registreringsskjemaer var dato utfylt. Det er gjennom prosjektperioden stor variasjon total antall registrert bruk av videokonferanse pr. måned. Denne variasjonen finner vi også dersom man går inn på kommune nivå. Totalt sett er videokonferanse mest brukt i vårhalvåret.

3.2 Innhold i videokonferansesendingene

Hvem tok initiativ til møtene: Totalt sett var 43 % av videokonferansemøtene på eget initiativ, i 39 % den andre parts initiativ. Det var en større andel av sendingene fra Sør 1 som var forhåndsavtalte (23 %) enn for tre av kommunene hvor bare 2-5 % var dette. For en av kommunene hvor undervisning utgjorde mesteparten av videokonferansebruken var 47 % av sendingene forhåndsavtalte. Fra de andre kommunene rapporteres litt mer eget enn annen parts initiativ, i likhet med avdelingen, unntatt en kommune som rapporterer omtrent halvt om halvt med initiativ.

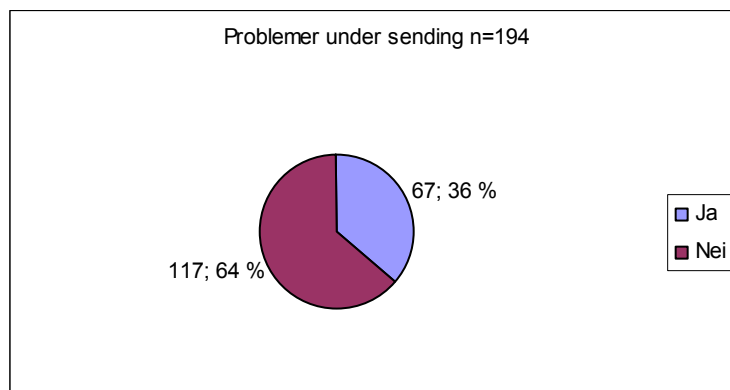
Innhold i møtene: 12 ulike kategorier kunne registreres, mulig med flere kryss. Nesten alle har krysset av bare en kategori, noen få for to og bare et loggskjema hadde tre kryss. Foruten å skåre kategoriene hver for seg, ble de delt inn i tre hovedkategorier som i *Tabell 1*. Hver sending fikk da en hovedkategoriskåre uavhengig av hvor mange kategorier de hadde krysset av på.

Psykiatri med og uten pasient til stede utgjør 66,3 % av sendingene. (Se *Tabell 1*). Under kategorien "psykiatri m. pasient" kommer: Innleggelse/forvern, utskrivning/ettervern, paragrafvurdering, rådgivning/veiledning, klinisk behandling, ansvarsgruppemøte, kontakt m pårørende. Under "kategorien psykiatri u. pasient" kommer: Rådgivning/veiledning, samarbeidsmøte, kontakt m. pårørende. Ansvarsgruppemøte vil registreres som "psykiatri u. pasient" dersom pasienten er tilstede i "motpartens" studio. Under kategorien "rådgivning, veiledning, undervisning" kommer: Deltakelse i undervisning av alle slag også for andre enn psykiatritjenesten, og generelle råd og veiledning med sikte på å heve kompetansen i psykiatri, ikke knyttet til en bestemt pasient. 33,7 % rapporterer slikt innhold i sendingene (Se *Tabell 1*).

Innleggelse/forvern var aktuell problemstilling i 2 % av de rapporterte sendingene. 10,8 % registrerer mulig innleggelse som et aktuelt tema, og i halvparten av disse tilfellene unngås innleggelse. Men i omtrent 90 % av alle sendingene er ikke innleggelse et aktuelt tema.

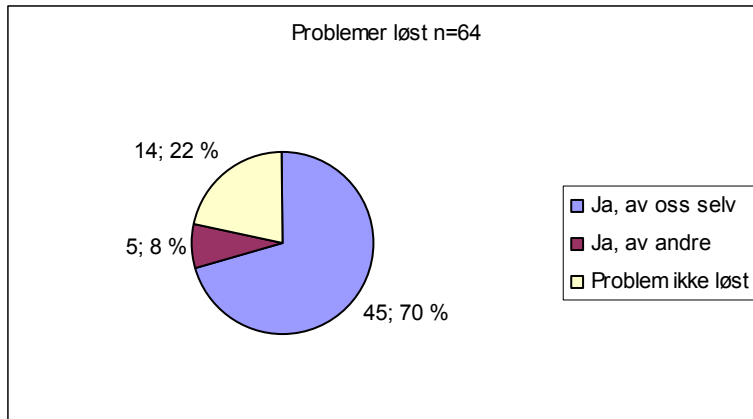
Utskriving/ettervern var tema i 15 %. 21 % av sendingene var ansvarsgruppemøter. I 3 % av tilfellene var pårørende til stede under sending sammen med pasienten, på 2 % er det rapportert kontakt med pårørende uten at pasienten er til stede. 14 % rapporterer rådgivning og 17,6 % samarbeidsmøte uten pasient til stede.

FIGUR 2: Registrerte tekniske problemer under sending



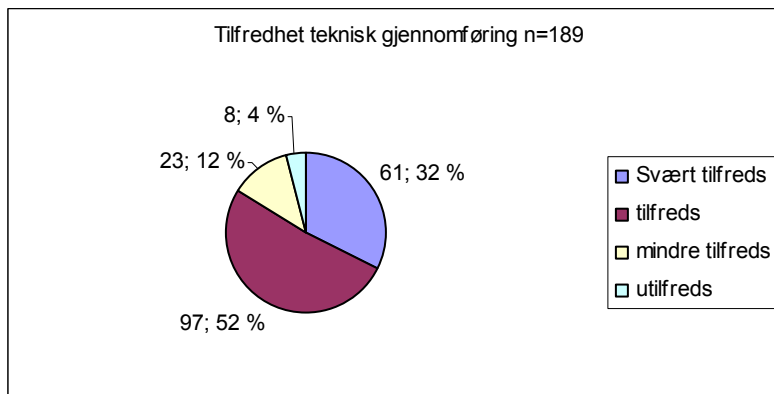
Figuren viser andel sendinger med og uten problemer. De tekniske problemene som ble registrert var problemer under oppkobling, brudd under sending, dårlig lyd eller dårlig bilde. I 36 % av sendingene var det registrert ett eller flere slike problemer, 64 % av sendingen var helt problemfrie.

FIGUR 3: Ble de tekniske problemene løst?



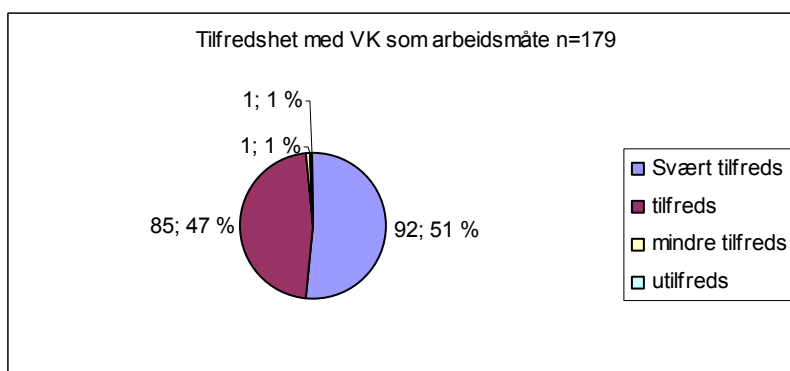
På 64 av de 67 skjemaene hvor det var krysset av for "ja" på tekniske problemer, var løsningene registrert. 70 % løste problemene selv, mens i 22 % av tilfellene forble problemene uløst sendingen igjennom. Dette dreide seg hovedsakelig om dårlig lyd og/eller bildekvalitet.

FIGUR 4: Tilfredshet med teknisk gjennomføring



På 189 av 196 returnerte skjemaer var tilfredshet med teknisk gjennomføring krysset av på en 4 punktskala. I 84 % av sendingene rapporterer deltakerne at de er svært tilfreds eller tilfreds med teknisk gjennomføring.

FIGUR 5: Tilfredshet med videokonferanse (VK) som arbeidsmåte



På 179 av 196 skjemaer var det krysset av for tilfredshet med videokonferanse som arbeidsmåte i hvert enkelt tilfelle, på en firepunktsskala. Av de som hadde besvart dette spørsmålet er så å si alle (98 %) svært tilfreds eller tilfreds med bruk av videokonferanse i det aktuelle tilfellet. Også dersom vi tar med de 9 % som ikke har besvart dette, blir andelen svært tilfredse og tilfredse nesten 90 %.

3.3 Resultater fra intervjuer og samtaler

Informasjon fra deltakerne, gitt muntlig i intervju i februar, besøk i oktober og avslutningsseminar i november utfyller og supplerer dataene fra registreringsskjemaene. (Se vedlegg 2 for intervjuguide). Erfaringene som kom fram blir her presentert kronologisk. De er systematisert i forhold til temaer vedrørende ulike sider av bruken og delt opp i beskrivelse av kommunenes erfaringer og avdelingens erfaringer. I tillegg er det tatt med et eget avsnitt med informasjon som beskriver selve prosessen med å innføre ny teknologi i en helsetjenestehverdag og oppsummering av praktiske erfaringer som kan være nyttig for andre å få del i.

3.4 Erfaringer pr. februar 2003

3.4.1 Kommunenes erfaringer:

Alle kommunene hadde fått noe erfaring i bruk av videokonferanseutstyret.

To av kommunene hadde ikke benyttet utstyret til kontakt med avdeling Sør 1 da det kun hadde vært innlagt en til to pasienter fra disse kommunene i prosjektperioden, og disse ble utskrevet innen kontakt mellom instansene hadde blitt etablert (det skal bemerkes at dette ble oppfattet som korrekt av den ene kommunen) Lavt belegg fra disse kommunene ble oppfattet som tilfeldig.

Videokonferanser (VK) hadde vært brukt til en rekke formål: Ansvarsgruppemøter, forberedelse av utskriving, veiledning generelt, og veiledning i direkte pasientrelaterte problemstillinger. Ved en anledning fant det sted et møte med en utskrevet pasient som deltaker. Pasienten hadde ønsket dette for justering av medisin, og kommunalt personell mente at dette møtet hadde virket forebyggende i forhold til eventuelt ny innleggelse. Alternativene til bruk av VK hadde vært telefon eller reising.

Bardu og Målselv kommune hadde gjennomført ettervernsamtaler hvor Sør 1 deltok via VK. Uten utstyret ville ikke Sør 1 ha deltatt. Eventuelt måtte personalet ha anvendt en hel arbeidsdag til dette møtet. Personale fra Sør 1 måtte ha reist ut til kommunene og pasientene, eller kommuneansatte og pasient måtte ha reist til Sør 1. I Bardu og Målselv hadde det også vært avholdt møter hvor pårørende har vært med i hjemkommunen og pasienten innlagt ved Sør 1.

En målsetning i prosjektet var at VK utstyret skulle implementeres i kommunene på en slik måte at alle deler av helse og sosialtjenesten som kunne ha nytte av utstyret, hadde tilgang til og brukte det. I kommunene hadde flere ulike instanser anvendt utstyret. Lenvik og Salangen hadde hovedsakelig anvendt VK til andre formål i tjenesten enn psykiatri. I flere kommuner hadde barnevernet brukt VK studioet. I en kommune var det brukt til veiledning i en konkret sak. Barneverntjenesten så stor nytte i VK, og de så mulighetene for å bruke utstyret i forhold til oppfølging av flyktningbarn, fosterbarn og i forhold til ansvarsgruppemøter generelt.

Utstyret hadde ved et tilfelle blitt brukt av tolketjenesten i forhold til flyktninger. Alternativet hadde vært å reise til Brønnøysund, noe som ville ha medført to dagers reise for ett møte.

Sosialetaten har brukt utstyret i alle kommunene. En kommunelege har brukt utstyret jevnlig, og det er også planlagt at andre kommuneleger skal gjøre det samme.

Områdegeriatrik senter i Lenvik hadde hatt fagmøter med Bardu og Målselv vedrørende forestående utskriving av pasienter til disse kommunene. Prosjekt "omsorg ved livets slutt" hadde hatt pasientrettet faglig veiledning fra kreftavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord Norge. Helsesøstere og legesekretærer hadde i en kommune brukt utstyret jevnlig til deltakelse i veiledningsgrupper og undervisning.

3.4.2 Avdelingens erfaringer:

Bruk av VK hadde vært et alternativ til reising i mange tilfeller. De hadde en opplevelse av at bruk av VK hadde ført til hyppigere kontakt med samarbeidspartene enn før, samt at det har vært litt mindre reising, men det fantes ikke tall på dette enda. Initiativ til møtene hadde stort sett vært avdelingens. På spørsmål om hvor tilgjengelig avdelingen var dersom en av kommunene ønsket et raskt møte, svarte de at det stor sett burde kunne latt seg gjøre i løpet av samme dag, gitt at de aktuelle personer ikke var bortreist eller lignende.

Vedrørende ansvarsgruppemøter bekreftet Sør 1 at VK hadde vært anvendt til dette før, under og etter opphold. Ved et tilfelle hadde dette antagelig vært med på å unngå en re- innleggelse, avdelingen bekreftet med dette kommunens opplevelse av samme situasjon.

3.4.3 Vurderinger av nytte av VK på dette tidspunkt i prosjektperioden:

Opplevelsen av VK som arbeidsredskap var at dette var veldig nyttig, og et godt hjelpemiddel for for eksempel planlegging før utskriving.

VK ble oppfattet av de fleste som et middel til å holde en tettere kontakt med pasienten enn det man ellers hadde greid. Det ble poengtert fra en kommune at det kunne være veldig nyttig å holde hyppig kontakt med pasienten fra kommunens side, når pasienten for eksempel var tvangsinnlagt. Kontakt i denne fasen kunne forebygge at et lokalt tillitsforhold ble "ødelagt". Kontakt via VK kunne være med på å opprettholde tillit og å hindre misforståelser ved for eksempel tvangsinnleggelser.

VK kunne også brukes til å "ufarliggjøre" Sør 1 ved å bearbeide opplevelser fra innleggelser der. Eksempel som ble nevnt var om en pasient som var veldig sår i etterkant av en innleggelse, lett kunne få kontakt med personalet igjen uten å måtte reise. En kunne da ordne opp i eventuelt misforståelser med personell fra alle involverte parter og sortere opplevelsene.

God tilgjengelighet "på den andre siden" ble framhevet fra flere kommuner som en viktig forutsetning for vellykket bruk av VK. Dette var ikke noe problem når det gjaldt de planlagte møtene. Det hadde ved noen anledninger vært lang ventetid på å få tilbakemelding om når det passet for avdelingen å avvikle mer spontane møter. Deltakerne var alle klare på at de så på VK som et supplement og ikke erstatning for andre møteformer, men de mente at reiseaktiviteten trolig ville synke. Det var en allmenn oppfatning at det var mye å hente på at det kunne bli et naturlig arbeidsredskap for flere. Forventninger om økt deltakelse fra primærlegene sin side var uttalte i et par av kommunene.

På spørsmål om fordeler og ulemper med VK møter svarte de fleste at en fordel var at man kan få et nødvendig møte ganske fort. Ulempen var at en del av den "menneskelige" kontakten ikke var der. Dette var særlig følbart når folk ikke har truffet hverandre før.

En av informantene trakk frem fordeler med VK sammenlignet med ansikt til ansikt kontakt, nemlig bedre struktur og mer effektive møter. Deltakerne unngikk å snakke i munnen på hverandre, møtte bedre forberedt og strukturerte, møter tok kortere tid, og VK bidro til en mer skjerpet kommunikasjon.

Noen ulemper var at VK ikke gav den samme nærheten som ansikt til ansiktsmøter. VK møter ble ofte kortere enn ansikt til ansiktsmøter, og dermed så mistet en litt av den sosiale biten før og etter møtet. Ansiktsuttrykk og små nyanser i kroppsspråk kunne være vanskelig å oppfatte på VK. Verbal kommunikasjon kom i fokus. Det var ikke lett å se hvordan folk reagerte på ulike utsagn, og det var lett å bli avsporet ved for eksempel lydproblemer som ekko.

Det ble nevnt av flere at det kunne være aktuelt å bruke VK mer til undervisningsformål. Fra avdelingens hold kom det fram ønske om at flere administrative møter ved UNN kunne vært avholdt via VK for å spare reisetid mellom Breivika området og Åsgård (6 km reise en vei).

Ved spørsmål fra vår side om de kunne gi noen gode råd til nye brukere ble følgende vektlagt fra alle deltakerne: Det viktigste var å få erfaring med bruk av mediet, bli flinkere til å bruke dette og bli trygg i situasjonen. Alle deltagerne ønsket å fortsette med bruk av VK, og de regnet med å se nye bruksområder etter hvert. Generelt sett opplevde vi som intervjuere, en veldig positiv holdning til videre bruk av VK

3.5 Erfaringer pr. november 2003 - bruk av VK utstyret og innhold i sendingene

3.5.1 Kommunenes erfaringer

Fra kommunene ble det rapportert om at VK stadig var i bruk. Noen rapporterte en noe treg oppstart etter ferien. Det var fremdeles flere etater som brukte VK studioet i alle kommunene.

I et par kommuner ble VK brukt mye til undervisning. Stadig flere er blitt vant til å bruke utstyret. I en kommune hadde man ikke erfaring med å ha pasient med på møter, i to av kommunene hadde man fått en del erfaring med dette, og det opplevdes positivt. Det ble rapportert om få, men gode, erfaringer med å ha med pårørende. I en kommune ble en spesiell episode i forbindelse med å ha pasient med i studio trukket fram. Pasienten "på andre siden" begynte å gråte, det var vanskelig for dem som var i et annet studio å vite hvordan man skulle forholde seg. Det ble påpekt viktigheten av at også pasienten fikk mulighet til å bli trygg i studio før sending, og at behovene var veldig individuelle. Noen pasienter syntes det var spennende, andre følte det kunstig å ha kontakt via skjermen. Noen følte seg tryggere, fordi det ikke var så mange i samme rom.

Det ble rapportert om mindre reising og dette var deltakerne gjennomgående veldig fornøyd med. I to av kommunene mente deltakerne at man kunne dokumentere reduserte reisekostnader. To av kommunene rapporterte økt møtevirksomhet noe som opplevdes som en forbedring av samarbeidet. En positiv erfaring var at kommunelegene nå var med på ansvarsgruppemøter når de ble avholdt via VK. Flere kommuner rapporterte at tilgang til VK studio hadde lettet samarbeidet med avdeling Sør 1 mye. Et eksempel på dette var muligheten til å ha forberedende møte med sykehuset når man vurderte at det gikk mot en tvangsinnleggelse. Det opplevdes mye lettere å gi komparente opplysninger om pasientens fungering via VK, enn på telefonen. Et annet eksempel var at pasient som hadde vært innlagt, etter eget ønske kunne få snakke med personalet ved avdelingen etter at han/hun var utskrevet. For de kommunalt ansatte opplevdes det positivt å kunne ha kontakt med pasienten under oppholdet, uten å måtte reise.

En kommune trakk fram at råd og veiledning i forhold til enkeltpasienter eller psykiatri generelt fungerte bra via VK. Fordeler var at det tok kort tid å organisere, flere kunne være med og få samme informasjon, og det kunne være hyppigere møter noe som førte til større faglig utbytte.

VK møter var også brukt i interkommunalt samarbeid i overføring av pasient fra en kommune til en annen, med god erfaring.

VK møtene oppleves gjennomgående som strukturerte og effektive. Ulempen var, som nevnt tidligere, at man gikk glipp av avslappende og personlig "bli kjent" prat.

3.5.2 Avdelingens erfaringer:

Representanter fra avdelingen uttalte at de gjerne skulle ha brukt VK mer til internundervisning og at de gjerne skulle hatt pasientene mer med på møtene.

Avdelingen hadde god erfaring med ad hoc møter ved behov. Det var atskillig enklere å imøtekomme slike behov ved bruk av VK studioet enn å skulle finne tid til å møtes fysisk. Det var en erfaring at VK møter fungerte best når man har møtt deltakerne før.

Det var mindre bruk av VK studio høsten 2003 enn før sommeren. Dette skyldes i hovedsak to forhold: Avdelingen flyttet rent fysisk i juni, og studio var lenge ikke i bruk i forbindelse med dette. Flere i behandlerteamet sluttet, bl.a. en psykiater og en psykolog som hadde brukt VK mye. Det ble mer reising utover høsten, da de som var nyansatt hadde behov for å treffe samarbeidspartnere i kommunene

3.6 Innføring av ny teknologi, praktiske erfaringer

Overordnet, så er det en viktig erfaring som ble trukket fram av alle i kommunene og avdelingen: Innføring av ny teknologi tar tid. Det tar tid å bli trygg i studio og lære seg det tekniske. Det ble også framhevet betydningen av at det var teknisk enkelt å bruke utstyret og at tilgjengeligheten var god.

Andre gode råd fra deltakerne i kommunene:

Viktig å legge vekt på å skape trygghet og tillit i studio. Viktig å "kvalitetssikre" den fysiske utformingen av studio. (farger, belysning, lydtetthet mot andre rom etc.) Viktig å ha "kjøreregler" for oppstart og avslutning av møter, og huske å presentere alle på hver side. Gjerne zoome inn alle i hele rommet dersom det er pasienter med, slik at de ser helt klart hvem som deltar på andre siden, og at det ikke er andre der, enn dem de ser.

Ha alternative løsninger for kontakt klart, i tilfelle teknologien svikter. Viktig å zoome inn den som til enhver tid snakker, da oppleves denne som nærmere.

Erfaringer vedrørende opplæring og organisering kan oppsummeres slik:

De som begynte å bruke utstyret først ble "lærere" for andre etater. Ingen av kommunene hadde organisert noen systematisk opplæring for eksempel i forhold til nyansatte eller studenter, instruksjon og veiledning ble gitt av dem som hadde erfaring. Det ble imidlertid identifisert et kontinuerlig opplæringsbehov.

Booking av studio skjedde på ulike måter, enten via en bok som hang på døra til studioet, eller via en fagperson som fungerte som kontaktperson. De fleste synes dette fungerte bra, men en kommune trakk fram at det ville bli problematisk hvis mange andre etater skulle bruke studioet, at man da hadde trengt et bedre system.

Alle deltakerne var klare på at de ville fortsette å bruke VK utstyret.

4 Drøfting av resultatene

4.1 Omfang av videokonferansebruk

En målsetning for prosjektet var at VK skulle bli tatt i bruk i psykiatritjenesten i kommunene. Denne målsetningen kan sies å være oppfylt. Alle deltakerne har vært med gjennom hele prosjektperioden, og fått erfaring med varierte bruksområder for videokonferanse. Alle kommunene har nå fått overta utstyret vederlagsfritt.

Det er vanskelig å si om bruken av videokonferanse per i dag, etter ett års prosjektperiode, er på det nivået man kan forvente. For å kunne vurdere dette burde vi hatt "base-line" mål på møtevirksomhet knyttet til pasientbehandling før VK ble en mulighet.

Et av de forhold som kunne ha virket inn på bruk, er antall pasienter som var innlagt til enhver tid fra hver kommune. Dette så ikke ut til å samsvare i særlig grad i løpet av året under ett. Antall innleggelses i forhold til antall sendinger viste også stor variasjon. Antall innleggelses på avdeling Sør 1 samsvarte også lite med kommunestørrelsen. Det var i mange tilfeller enkeltpasienter som stod for gjentatte innleggelses.

Registreringene via loggskjemaer for hver sending viste at det var en betydelig variasjon i hvor mye utstyret er brukt gjennom året. Dette viste seg også på kommunenivå. Det er grunn til å tro at den variasjonen vi ser, reflekterer at "trykket" på psykiatritjenester veksler veldig mye i løpet av året i små kommuner. Sannsynligvis er behovene for møter i stor grad også individuelle fra sak til sak. .

Det har generelt sett vært færre sendinger pr. mnd i høsthalvåret enn i første halvdel av 2003. Vi vet ikke om dette reflekterer en generell lavere møtevirksomhet, eller bare mindre bruk av VK for dette formål. Det kan også være et uttrykk for at arbeidstiden denne perioden har vært preget av MER pasientarbeid og mindre tid til for eksempel deltakelse i undervisning (noe som utgjør totalt en stor andel av sendingene).

Fra avdelingens side har vi imidlertid informasjon om organisatoriske forhold som førte til mindre bruk i en periode: Fysisk flytting av avdelingen (de var i forbindelse med dette uten oppkoblingsmuligheter en god stund) og stor utskifting av ledende personale.

Dette vil nødvendigvis også ha gitt seg utslag i lavere antall registrerte sendinger fra kommunenes side også, da "hovedmotparten" var avdelingen.

Det er grunn til å tro at disse personalmessige og organisatoriske forhold er en av hovedgrunnene til registrert mindre bruk i høsthalvåret.

Til nå er det bare 4 kommuner som har hatt mulighet til å samarbeide med avdelingen via VK. Avdeling Sør 1 betjener totalt 13 kommuner. På direkte forespørsel fra oss mener avdelingen at de har kapasitet til å kunne ha VK forbindelse med alle disse kommunene, og at dette totalt sett vil gi en stor tidsbesparelse for dem.

4.2 Vurdering av innhold i sendingene

Bruksområdet for videokonferanser viste stor variasjon fra kommune til kommune. Totalt sett utgjorde psykiatrisk virksomhet litt over 66 % av sendingene. Ca 22 % av sendingene var med pasient til stede. Pårørende har ved enkelte tilfeller vært med på møter. Dette omfanget er lavt. Men erfaringene rapporteres å være positive

21 % av sendingene var registrert som ansvarsgruppemøter. I intervjuer og samtaler med deltakerne kom det fram en klar opplevelse av at det hadde blitt lettere å avholde regelmessige ansvarsgruppemøter. Det ble også framhevet at det å avholde disse møtene på VK har ført til at legene nå deltok. Det er vanskelig for oss å si om det har vært en øking i antall ansvarsgruppemøter, eller om pasientene i større grad er med på møter nå enn tidligere, da vi ikke har mål for hvordan dette var tidligere. Men ut i fra en totalvurdering av informasjon fra registreringene og intervjuene, synes målsetningen om hyppigere og mer jevnlig kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenivået å være nådd.

Vurdering av innleggelse var en aktuell problemstilling i ca 10 % av sendingene. I halvparten av disse tilfellene ble innleggelse unngått. Det er ikke mulig ut i fra våre data å si om det å kunne få til et møte hurtig via VK, har ført til avverginge av flere innleggelser. En av informantene fremhever at det er lettere å gi komparente opplysninger og en grundig beskrivelse av pasient og situasjon, via VK enn på telefon. Ut ifra dette kan man tenke seg at vurderingene rundt behov for innleggelse kan gjøres bedre via VK. En slik bedre vurdering vil antagelig i noen tilfeller føre til at innleggelser kan unngås fordi det lokale hjelpeapparat kan få nødvendig støtte til å håndtere problemene på lokalt plan. I andre tilfeller kan det tenkes at vurderingen blir motsatt, at pasienten bør innlegges.

4.3 Videokonferanse som arbeidsredskap

Det ble rapportert om svært stor grad av tilfredshet med både teknisk kvalitet og VK som arbeidsredskap. Den tekniske siden av driften ble antatt å være en kritisk variabel for bruk. Det viste seg at ca 2/3 av sendingene forløp uten noen som helst tekniske problemer, i de andre tilfellene handlet dette om dårlig lyd og/eller bildekvalitet eller problemer med oppkopling.

I 70 % av sendingene med problemer, totalt 45 sendinger, ble problemene løst av partene. For eksempel kan dette dreie seg om å få den andre part til å ringe opp. I 22 % av tilfellene ble problemene ikke løst men sendingene ble gjennomført med for eksempel lydproblemer som ekko eller litt dårlig bilde. Kun i 5 av de totalt 196 sendinger som er registrert var det nødvendig med teknisk assistanse utenifra.

Når det gjelder tilfredshet med VK som arbeidsmåte i det enkelte tilfelle, så rapporterte 98 % at de var svært tilfreds eller tilfreds. Det er grunn til å anta at økende erfaring har ført til at personalet ble flinkere til å vurdere når VK var et egnet alternativ eller ikke. Det kunne derfor ha vært nyttig å ha fått registrert de tilfeller der VK er vurdert men funnet ikke egnet, og i tilfelle hvorfor ikke. Gjennom intervjuer/samtaler har vi fått eksempler på dette: "Noen pasienter har ikke evne til slikt teknisk samvær, de føler det kunstig og umenneskelig". En slik registrering ville kunne gjøres i den enkelte pasients journal.

Gjennom intervjuene gav de fleste deltakerne uttrykk for en holdning om at man bør tilstrebe seg på å møtes ansikt til ansikt til ansikt ved første gangs kontakt, og det synes å være en erfaring at VK fungerte bedre når man har møttes tidligere.

Problematikk rundt nærhet/distanse ved å møtes via VK ble eksemplifisert gjennom beskrivelse av enkeltepisoder. Eksempelvis som da en pasient begynte å gråte i studio i den andre enden. Det er lett å tenke seg at de som sitter i motsatt studio kan føle seg hjelpeløse i forhold til det å ikke ha noen mulighet til å trøste vedkommende, selv om det var andre i studio sammen med pasienten der hun var.

Den økte distansen kunne i dette tilfelle oppleves stressende, mens i andre tilfeller kan den være positiv, som når helsepersonell trakk fram at for noen pasienter kunne det være lettere å delta på et møte når det ikke var så mange fysisk tilstede i samme rom.

I alle kommunene var det andre etater som også har brukt VK studioet. Gjennom intervjuer og samtaler kom det fram en udelt positiv oppfatning av å ha dette arbeidsredskapet tilgjengelig.

4.4 Implementering

Når det gjaldt faktorer som virket inn på implementering av utstyret trakk deltakerne fram fire forhold: Betydningen av å få erfaring med bruk over tid, det å bli trygg i studio, at utstyret var veldig lett tilgjengelig og enkelt i bruk. Noen mente at kommunen burde hatt flere studioer.

Booking og opplæring fungerte ulikt på de ulike plasser og var ikke systematisert i særlig grad. Booking av studio skjedde ved hjelp av en bok på døra på studioet, eller gjennom kontaktpersoner. Opplæring og instruksjon til nye brukere ble gitt av dem som hadde noe erfaring, når det var aktuelt å bruke studioet. Ansvar for opplæring var ikke plassert hos noen og det var heller ikke noe skriftlig eller videobasert materiell som omhandlet videokonferanse som verktøy. Bruk av VK studioene er altså fremdeles ganske personavhengig, og det mangler en del rutiner rundt driften til å kunne beskrive redskapet som implementert i den øvrige virksomhet.

Variasjonen i bruk gjennom året kan tyde på at personmessige og organisatoriske forhold som utskifting av nøkkelpersonell virker inn på bruksfrekvensen av et slikt nytt verktøy.

I Lenvik og Salangen er utstyret brukt en del ganger av andre etater i helse og sosialtjenesten, men dette har ikke vært tilfelle i de andre kommunene. Felles bruk synes ikke å være etablert som en praksis i kommunene enda.

4.5 Begrensninger i prosjektet

For å kunne si noe på tallnivå om bruk av VK over ett år har virket inn på møtehyppighet etc. måtte vi ha hatt en del baseline mål for virksomheten i utgangspunktet.

Vi har fra intervjuer og samtaler rapportering om bedre samarbeid og mer kontinuitet i arbeidet. Det hadde vært nyttig om det hadde vært lagt inn noen registreringer som kunne ha vært brukt i en kostnad-nytte analyse. Selv om det er et generelt inntrykk at reisetid og utgifter er spart kan vi ikke tallfeste dette. Registreringsloggen burde for dette formål hatt kategorier for alternativ til VK i hver enkelt sending.

Det er vanskelig å tallfeste verdien av mer deltakelse i undervisning, mer jevnliges samarbeidsmøter og mer rådgivning/veiledning. Men utvilsomt er dette forhold som er med på å heve kvaliteten av det

arbeidet som gjøres, og kanskje også bidra til økt jobbtilfredshet og færre utskiftninger av arbeidstakere på småsteder.

Vi har gjennom loggene og intervjuer/samtaler fått et inntrykk av helsepersonellet sine opplevelser og erfaringer. Vi har imidlertid ikke registrert pasienttilfredshet eller intervjuet pasientene direkte. Helsepersonell rapporterer imidlertid om god aksept i de tilfeller pasienter har vært med. Men dette burde inkluderes i en logg for hver sending.

5 Konklusjon

Erfaringer fra litt over ett års bruk av videokonferanse for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fire kommuner i Troms, er gode. Brukerne rapporterer om stor grad av tilfredshet, og utstyret er brukt for en rekke formål i alt i 196 registrerte sendinger.

VK har vist seg å være et stabilt og brukervennlig verktøy fra et teknisk ståsted. Kommunale helsearbeidere har kunnet benytte seg av eksisterende undervisningstilbud, rådgivning og veiledning over VK og dermed økt sin kompetanse. Samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten synes å være bedret gjennom hyppigere og mer regelmessig kontakt en det som hadde vært mulig på annet vis. Dette kan man hevde har ført til et bedre tilbud til pasientene.

Andre etater i kommunene har også benyttet seg av VK utstyret, men dette er ikke etablert praksis. Hvor mye VK blir brukt synes å henge sammen med både praktiske, organisatoriske og personalmessige forhold. Et eksempel på dette er mindre bruk i høsthalvåret, noe som nok kan skyldes flere forhold, men også helt klart er et resultat av personalutskiftninger og flytting av avdeling til nytt bygg.

6 Prosjektgruppas videre anbefalinger

Erfaringene så langt tilsier at man kan anbefale andre på kommunalt nivå, som har lange reiseavstander til spesialisthelsetjenesten, å satse på videokonferanse som arbeidsredskap i psykiatrien. Dette vil også være fordelaktig for de mer sentrale spesialistinstusjoner. VK gir store muligheter for økt kompetanseheving i kommunene gjennom økt tilgang til råd og veiledning innen psykiatri, og deltakelse i fjernundervisning.

Utstyret må være enkelt og driftsikkert og tilgjengeligheten god. Det blir viktig med oppfølging og teknisk støtte, og å beregne god tid på innføringsprosessen. Brukene må ha tid til å opparbeide trygghet og kompetanse på to områder: Trygghet i studiosituasjonen og på det å kommunisere via TV skjermen, og trygghet på selve den tekniske håndteringen av utstyret.

Det er nyttig å registrere bruken, dette kan enklest gjøres med et loggskjema pr. sending. Uti fra erfaringene i dette prosjektet, bør man registrere bruk og bruksområder i alle fall ett års tid.

Man bør også registrere pasienttilfredshet, samt alternativer til videokonferanse, ved hver sending. En slik registrering vil kunne utgjøre en del av grunnlaget for seinere kostnad-nytte analyser.

7 Referanser

Gammon D, Bergvik S, Bergmo T, Pedersen S. Videoconferencing in psychiatry: A survey of use in northern Norway. *Journal of Telemedicine and Telecare* 1996; 2; 192-198

Gullhav K, Hanssen, B og Lyngved K: Etablering av nettverk i pasientrettet telepsykiatri. Et pilotprosjekt. NST- rapport mars 2003.

Helsedepartementet: St.prp. nr.63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

Helse Nord: "SAMHANDLING er godt for helsa!" Rapport fra arbeidsgruppe, juli 2002

Sosial og helsedirektoratet: Statlig tiltaksplan 2001-2003, Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren "Si @!"

Wootton R, Yellowless P og MacLaren P (ed) *Telepsychiatry and e-mental health*. Royal Society of Medicine press Ltd, 2003.

Vedlegg 1

Definisjon og beskrivelse av ansvarsgruppe (v/ avd. sør 1 UNN, februar 2004):

Ved innleggelse av pasienter med behov for bistand / hjelp fra flere tjenester på både 1., 2. og / eller 3. linje nivå er det hensiktsmessig å opprette ansvarsgruppe, hvis det allerede ikke er en fungerende ansvarsgruppe.

Ansvarsgruppen består av pasient, nærmeste pårørende hvis pasienten ønsker det, og representanter fra de tjenester pasienten i betydelig grad har kontakt med. Dette kan være fastlege, hjemmetjeneste, psykiatrisk tjeneste, sosialkontor, barnevern, a-etat, skole, habiliteringsenhet, psykiatrisk poliklinikk, distrikts psykiatrisk senter, psykiatrisk avdeling og kriminalomsorg i frihet eller andre. Ved enkelte tilfeller hvor instanser ikke er inne i forhold til pasientens situasjon over tid, kan ansvarsgruppen innkalle instanser til et eller flere møter for å avklare enkelt situasjoner og lignende.

Pasientens rolle er viktig i gruppen. I den grad det er mulig er det ønskelig at pasienten selv er deltakende eller selv tar ansvar for innkallelse og gjennomføring av møter.

Det opprettes normalt en koordinator for ansvarsgruppen, som vanligvis er den pasienten har mest kontakt med. Denne personen vil primært være i hjemkommunen til pasienten. Ansvaret til koordinatoren er å innkalle til regelmessige ansvarsgruppemøter, administrere møter og skrive referat fra møter. Koordinator skal ikke ha hovedansvar for eventuelle ting som blir avtalt i ansvarsgruppen, men ha en oversikt over hvem som gjør hva. Det dreier seg altså om et koordineringsansvar i forhold til de oppgaver som skal gjøres.

Hensikten med ansvarsgruppemøter er å ivareta og tilrettelegge pasientens behov og rettigheter på alle tjenestenivå. Ut fra lovverket, har alle pasienter med behov for langvarig og koordinert tilbud rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det er naturlig at denne kan utarbeides på slike møter.

Vedlegg 2

PUNKTER TIL EVALUERINGSINTERVJUER

Pasientrettet telepsykiatriprosjekt

Dato og sted:

Deltakere i intervjuet:

Hvilket utstyr finnes?

Hvor mye er det brukt? (Ca antall sendinger)

Til hvilket formål: (Kryss av)

- *Klinisk konsultasjon m. pasienter
 - 1.gangs vurdering/kartlegging
 - Oppfølging/ettervern
 - Annen konsultasjon
- *Fagmøter uten pasienter tilstede
- *Veiledning av fagpersoner
- *Undervisning/ opplæring
- *Administrative møter

Hvem har vært deltakere? (kryss av)

- Pasient/klient
- Primærlege
- Pårørende
- Psykiater
- Sykepleier/hjelpepleier
- Psykolog
- Sosialarbeider/konsulent
- Arbeidsgiver
- Lærer
- Studiotekniker
- Andre

Hvem har tatt initiativ?

Brukes noen annen teknologi for utveksling av informasjon om pasienter/tiltak?

Beskrivelse av problemer under bruk og om/hvordan de har vært løst:

- Ikke oppnådd kontakt
- Kontakt falt ut underveis
- Problemer med lyd kvalitet
- Problemer med bildekvalitet

Organisatoriske problemer

Ble problemene løst? Av hvem?

Vurdering av nytte:

På hvilken måte synes dere at videokonferanse har vært et nyttig verktøy?

Hvis videokonferanse ikke hadde vært tilgjengelig hva hadde alternativene vært (noter antall under hvert punkt)

-Vi hadde reist

-De andre hadde reist til oss

-Brukt telefon

-Brukt post

-Ingen kontakt

Vurdering av kvalitet på kommunikasjonen:

Beskriv med egne ord, kvaliteten /særtrekkene med kommunikasjon via TV skjerm i forhold til ansikt-til-ansikt kontakt

Tilfredshet:

Hvor fornøyd er dere alt i alt på en skala fra 1-5 (Svært fornøyd, fornøyd, usikker, misfornøyd, veldig misfornøyd (Dette er også svart på ved hver enkelt registrering)

Ønsker dere å bruke videokonferanseutstyret framover?

1) Hvis ja, hva er hovedgrunnen?

Vil dere da bruke det til

-de samme formål som til nå

-nye formål (beskriv)

Tror dere at dere kommer til å bruke det slik dere ønsker?

Hvis nei, hva er grunnene?

2) -hvis dere ikke ønsker å bruke utstyret videre, hva er hovedgrunnene?

Hvis dere skulle gi gode råd til andre som skulle starte opp med VK, hva ville de rådene være?

Punkter vi ønsker å få vite noe mer om, ut i fra målene som er satt i prosjektbeskrivelsen:

1)Har det funnet sted ansvarsgruppemøter ved bruk av videokonferanser?

Hvor mange slike møter?

På hvilket tidspunkt av behandlingsforløpet? (Under innleggelsen, etter utskrivning)

Hva er deres erfaringer med dette?

Hvem har deltatt på møtene?

Har dere erfaring med at slike møter har forebygget re-innleggelser?

Hvis ikke slik erfaring, tror du/dere at videokonferanser kan ha en slik funksjon?

2) Har videokonferanse vært brukt til å holde kontakt med pårørende under behandlingsoppholdet?

3) Har utstyret vært brukt til andre formål i helsetjenesten? I tilfelle hvilke? Kan dere gi en beskrivelse av omfang, formål og deltakere?

Vedlegg 3,

1. utgave av logg

Brukslogg for videokonferanse – Helsesenteret i/Avd.						
Dato: _____ Starttidspunkt: _____ Slutt tidspunkt: _____ Totalt antall minutt: _____						
Antall og stillingsbenevnelse(r) på bruker(e)her: _____						
Sending med (f.eks en eller flere kommuner → skriv kommunenavn): _____						
Initiativtaker til møtet (dvs kommune/DPS/Sør 1 etc.): _____						
Møtets innhold (flere kryss mulig):						
• Innleggelse/forvern:				<input type="checkbox"/>		
• Utskriving/ettervern:				<input type="checkbox"/>		
• § - vurdering:				<input type="checkbox"/>		
• Rådgiving/veiledning:		<input type="checkbox"/>				
• Undervisning:				<input type="checkbox"/>		
• Klinisk behandling:				<input type="checkbox"/>		
• Kontakt med pårørende:				<input type="checkbox"/>		
• Annet (spesifiser): _____						
Unngås innleggelse?						
Ikke aktuelt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
Problem under bruk:						
		Ja	<input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
Hvis ja, hvilket problem:		Problem løst:				
		Ja		Nei		
• Under oppkopling:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
• Brudd under sending:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
• Dårlig lyd:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
• Dårlig bilde:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
• Behov for hjelp av teknisk personell:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Annet (spesifiser): _____						
Tilfredshet teknisk gjennomføring:						
Svært tilfreds	<input type="checkbox"/>	Tilfreds	<input type="checkbox"/>	Mindre tilfreds <input type="checkbox"/>	Utilfreds <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>
Tilfredshet med videokonferanse som arbeidsmåte i dette tilfellet:						
Svært tilfreds	<input type="checkbox"/>	Tilfreds	<input type="checkbox"/>	Mindre tilfreds <input type="checkbox"/>	Utilfreds <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>