

Möten på distans

Telepsykiatri och patientstöd

Gunnar Lundberg

I denna artikel presenteras den del av telepsykiatri där användning av bildtelefoni möjliggör möten på distans mellan patienter och behandlare. Tekniken används framför allt för att överbrygga geografiska avstånd. Telepsykiatriska möten innebär ett speciellt kommunikationssätt med möjligheter och begränsningar. Telepsykiatri kan bidra till effektivisering men implementering av tekniken är inte problemfri. Att utgå ifrån ett ökat användande av videospelningar kan vara ett sätt att starta arbete med telepsykiatri.

Gunnar Lundberg är leg läkare och specialist i psykiatri, verksam vid Partnerskap för Vård, Stockholm.

Kontakt: Gunnar Lundberg, Partnerskap för Vård, Grevturegatan 40, 114 38 STOCKHOLM, e-post: 22132302@telia.com

Inledning

Telepsykiatri har definierats som användande av telekommunikation för att sätta patienter i kontakt med sjukvården i syfte att genomföra uppgifter som diagnostik, utbildning, behandling, konsultation, utbyte och lagring av journaluppgifter, forskning och andra aktiviteter relaterade till psykiatrisk sjukvård (1). I denna artikel presenteras den del av telepsykiatri där användning av bildtelefoni möjliggör möten på distans mellan patienter och behandlare.

Psykiatri kan anses vara en specialitet väl lämpad för telemedicinska aktiviteter. En stor del av den kliniska verksamheten som diagnostik, behandlingsutvärdering och delar av själva behandlingen bygger på möten mellan behandlare, patient och patientens

nätverk. Om vissa av dessa möten, med bibehållen kvalitet, kunde ersättas av möten via bildtelefoni skulle vården effektiviseras. Läkartid skulle kunna utnyttjas bättre. Patienten skulle i vissa fall kunna tjäna mycket tid och även få en bättre bedömning om telepsykiatri börjar användas i större skala (2).

Telepsykiatri idag

Telepsykiatri används idag främst för att överbrygga geografiska avstånd. Vissa delar av Norge (3), USA, Australien (4) och Finland (5) är områden där telepsykiatri används. Att förflytta behandlare eller patient för ett möte faller på det långa avståndet. Man kan säga att alternativet till det telepsykiatriska mötet är inget möte alls. Om det som i Ålands skärgård kan ta en dag i restid

Socialmedicinsk tidskrift nr 6/2003

för att träffa doktorn sätter man inte upp alltför många återbesök.

Psykiatri inom kriminalvården i USA har också funnit fördelar med telepsykiatri (6). Det finns en rymningsrisk om en intern transporteras till ett sjukhus. Behovet av psykiatrisk bedömning kan uppstå relativt akut men det är alltför få fall för att motivera läkare på plats. Att en psykiater är knuten till ett antal kriminalvårdsanstalter via telepsykiatri har visat sig vara ett kostnadseffektivt alternativ.

I Sverige är användningen av telepsykiatri begränsad. Försöksverksamhet och erfarenhet av telepsykiatri finns bland annat i Västmanland, Örebro, Uppsala och Västerbotten. Skillnaden i användande av telepsykiatri mellan Sverige och våra grannländer Norge och Finland är påtaglig. Det kan bero på längre geografiska avstånd. I Nordnorge med upptagningsområde för psykiatri i Tromsö är avstånden längre än i Sverige. En annan faktor kan vara att norska och finska företag arbetat aktivt med utveckling av bildtelefoni. Någon motsvarighet har inte funnits i Sverige.

Det telepsykiatriska mötet

Bildtelefonin kan användas till möten av flera slag.

- En till en, till exempel mellan läkare och patient.
- Där en eller flera deltagare befinner sig på två eller flera platser. Familjesamtal där familjen varit spridd över en kontinent har kunnat genomföras via bildtelefoni.

Det telepsykiatriska mötet (förkortas fortsatt TPM) mellan behandlare och patient liknar och skiljer sig från ett vanligt möte (In Real Life = IRL). En hel del information går givetvis förlorad i ett TPM. Luktsinnet kan inte användas. Alkoholdoft, smutsodör,

Socialmedicinsk tidskrift nr 6/2003

ketondoft kan ibland vara viktiga kliniska pusselbitar. Färgerna blir inte nyanserade, sjuklig blekhet eller rodnad blir inte lika uppenbar.

Kommunikationssättet förändras ofta vid ett TPM. Deltagarna märker snabbt att häftiga rörelser och gestikulerande stör bilden. Klädstil kan påverka kommunikationen (bildkvaliteten) genom att mönstrade kläder tar mer av datakapaciteten. Samtalet blir ofta långsamt och tydligt. Man lär sig snabbt att låta den andre tala till punkt. Det går i princip inte att tala i mun på varandra. Båda parter i ett TPM får ett gemensamt ansvar för kommunikationen. Hör du mig? Ser du mig bra? Frågor som egentligen borde ställas vid varje möte mellan behandlare och patient. Samtalet blir ofta mindre polariserat då bildöverföringen fungerar som en tredje part som modifierar kontakten. Samtalet kan också sägas vara mer kognitivt arbetsamt än känslomässigt påfrestande. Patienten kan också känna sig tryggare på behörigt avstånd från behandlaren.

Men kan känslor överföras via TPM? Underförstått, måste det inte till ett äkta möte, IRL, för att få en känslomässig kontakt? Givetvis inte, vi kan beröras av Shakespeares texter, Beethovens musik, Bergmans filmer. Picassos målningar utan att ha träffat upphovsmännen personligen. Vi berörs av Guernica trots att vi inte var på plats när byn anfölls. Kanalerna för känslomässig påverkan är många och kraftfulla. Förälskelse över Internet är nu så vanligt att de flesta känner eller känner till någon som funnit sin partner på detta sätt. Informationen vid chattande måste definitivt skilja sig från ett möte IRL (och även TPM) men tycks vara känslomässigt laddad. Bristen på information kanske upplevs som positivt. Så länge man inte vet kan man önsketänka.

Det finns en likartad risk med TPM. Man

Att förmedla känslor

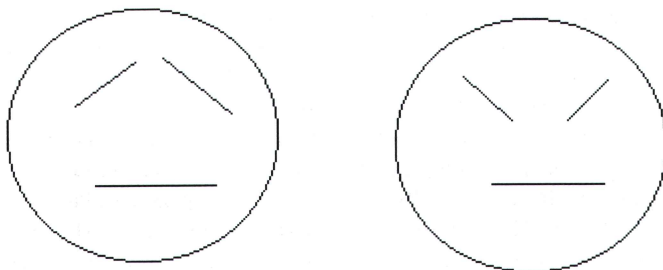


Bild 1

*Hur mycket information behöver vi innan vi börjar tolka in känslor i bilden?
Vilken utav cirkelarna är mildare till sinnet?*

får en känsla av närvaro och en lätt euforisk känsla av ett TPM. Det kan handla om förtjusning över att överbrygga avstånd. Vidare finns en risk att man omedvetet övertolkar den information man fått. Detta fenomen kan illustreras med bild 1 (se ovan). Identiska cirklar ger olika känslor beroende på "ögonbrynens" lutning. Man har inte varit på hembesök till patienten även om det kan kännas så. Den förtjusning man känner kan vara en följd av att mötet fungerat så bra och inte motsvara en lika positiv känsla vad gäller patientens tillstånd.

Ett annat karakteristikum för TPM är att speciella sociala regler skapas. Det är enklare att bryta ett samtal eller vila sig under samtalet. Man kan helt enkelt råka försvinna ur bild. Hälsningsfraser och avslutningsfraser kompletteras med gester och blir närmast ritualiserade. Uppkoppling och att koppla ner markerar tydligt början och slut på samtalet. Det kommer inte, som vid ett möte IRL, nya fakta medan patienter är på väg ut

genom dörren.

Maktförhållanden i samtalet kan också förändras. Barn- och ungdomspsykiatri i Tromsø Norge noterade att teknikvana ungdomar kände sig säkrare när de talade med doktorn via TPM.

Erfarenheter hittills är att TPM accepteras bra av patienter och kan många gånger ge samma kvalitet som IRL mötet (7).

Teknisk kvalitet

När man studerar telepsykiatri bör man vara rustad med sund skepsis. På samma sätt som att segaren i ett krig skriver historia, skriver entusiaster artiklar om TPM. Kontrollerade objektiva studier är svåra att genomföra. Problemet hittills har varit den tekniska kvaliteten och bristen på användarvänlighet. ISDN-baserad bildtelefoni har lidit av stora problem. PC-baserade system via en ISDN-anslutning har inte haft tillräcklig bandbredd för att vara tillförlitliga. System baserade på tre ISDN-anslutningar har varit mycket dyra

och lämpade främst för konferensanläggningar. Ljudkvaliteten har varit låg. Man har haft för lågt ljud eller riskerat rundgång. En del har försökt lösa detta med headsets men det ger associationer till sportsändning.

Mötet med IT-världen innebär ett nytänkande för sjukvården. Det har funnits en vana att upphandla färdiga produkter. Operationsutrustning, patientsängar med mera har varit färdiga produkter när de sålts till sjukvården. IT-produkter säljs snarare med ett löfte om vad som komma skall. Detta gäller datajournaler, patientadministrativa system och även utrustning till telemedicin. Ett telepsykiatriskt projekt som vi drev i Örebro försenades ett år på grund av att utlovsprodukt inte var färdigutvecklad.

De tekniska förutsättningarna har nu i Sverige påtagligt förbättrats. Landstingens gemensamma datanät Sjunet ger den bandbredd som behövs för bildtelefoni av hög kvalitet. Dessutom kan telepsykiatri integreras i en större IT-lösning med datajournaler, patientadministrativa program, beslutsstöd, elektroniska recept och system för informationslagring. Mobiltelefonföretagen satsar stora summor på att utveckla och införa mobil bildtelefoni. Denna teknik är ännu inte fullt utvecklad men kan givetvis på sikt bli intressant för telepsykiatriska tillämpningar.

Framtid för telepsykiatri

Finns det en framtid för telepsykiatri eller är det en återvändsgränd som teknikentusiaster sprungit in i? Med den teknik som nu finns tillgänglig har många barnsjukdomar åtgärdats. Arbetet inom psykiatri måste effektiviseras. Det går inte att göra besparingar hur länge som helst genom att lägga ner avdelningar och hålla tjänster vakanta. Metoder där specialistfunktioner används optimalt, där samarbete mellan primärvård

och den specialiserade psykiatrin förbättras, där effektiva behandlingar kan erbjudas fler måste utvecklas. Telepsykiatrin kan bli ett av hjälpmedlen för att nå dessa mål.

Onödigt resande måste begränsas. Restid är för det mesta helt improduktiv tid. Möjligen kan den anses vara tid för återhämtning men detta bör ju kunna lösas på annat sätt. Resor med bil är också det klart farligaste psykiatrisk personal kan syssla med. En psykiater kostar i enbart lönekostnader cirka 415 kronor per timme. Vid debitering mellan landsting kostar ett besök hos psykiater 1 000-1 500 kronor.

Resande brukar oftast handla om att mottagning och avdelning är på olika ställen. Psykiatern kan ha sin bas på mottagningen och reser ett antal gånger i veckan till avdelningen. Om någon eller några av dessa resor kan ersättas med TPM kan vinsten räknas hem. Omvänt kan vården ha anpassats till det faktum att specialisten har svårt för att komma till avdelningen. En vanlig lösning är att läkaren kommer två gånger i veckan och bedömningar koncentreras till dessa tillfällen. Ett vårddygn på en landstingsdriven avdelning kostar mellan 2 500 kronor och 3 000 kronor. Om en patient ligger kvar ett dygn extra för bedömning kostar det således cirka 2 750 kronor.

Exempel: Psykiatern kommer tisdag och torsdag till avdelningen. En patient bedöms IRL på en torsdag. Skulle kunna skrivas ut på måndag men kvarstannar för bedömning tills på tisdag. Ett TPM på måndagen skulle möjliggöra utskrivning och en besparing motsvarande ett vårddygn. Ingen extra kostnad då ingen extra läkartid tagits i anspråk enbart flyttats från tisdag till måndag. Vid en eventuell helgdag en torsdag kan effekterna bli än mer påtagliga.

Andra aktiviteter som kostar stora pengar inom psykiatrin är handledning. Medarbe-

tare reser 2-4 ggr per månad till en handledare. I Örebro län reser terapeuter från till exempel Lindesberg eller Karlskoga till Örebro för handledning. Dessa medarbetares kompetens är mycket efterfrågad och deras tid skulle kunna användas klart bättre än improduktiv restid. Restiden är minst två timmar per handledningstillfälle. I en pilotstudie ersattes vartannat handledningstillfälle med bildtelefoni. Båda handledare och terapeut var nöjda med detta upplägg. Som kuriosum kan nämnas att tekniken krånglade vid ett tillfälle och man försökte då att använda den vanliga telefonen. Det fungerade inte. Uppenbarligen var bilden nödvändig för att skapa förutsättningar för handledning. Besparing i personalkostnad vid detta försök kan uppskattas till tre timmar per månad, vilket på ett år blir cirka 6 500 kronor och 250 mil bilkörning mindre.

Ett annat användningsområde är specialistkonsultationer över avstånd. Patientens läkare inom primärvården vill konsultera psykiater. Istället för att patienten måste resa ett antal mil till en psykiatrisk mottagning kan konsultationen ske på vårdcentralen. Via ett TPM träffar patienten psykiater tillsammans med sin läkare inom primärvården. I det ideala fallet blir också detta kunskapsöverföring från specialist till primärvård och patienten kan fortsatt handläggas inom primärvården. En variant kan vara att vårdcentralen har en specialinriktad "psykiatrisköterska" som istället för primärvårdsläkaren deltar i TPM tillsammans med patienten. Denna sköterska kan fungera som psykiatrins förlängda arm i primärvården. Att ett TPM kan lagras för senare granskning kan användas till kvalitetssäkring. Dessutom spelar avståndet ingen roll vid ett upplägg som detta. Psykiatriska enheter kan specialisera sig på denna typ av service och kanske till och med konkurrera med kompetens och

tillgänglighet som konkurrensmedel. Givetvis förutsätter det att landstingen börjar prissätta sina egna resurser på ett ärligt sätt så att prisjämförelser mot externa producenter blir möjliga.

Att integrera telepsykiatri i verksamheten

Varför accepteras vissa tekniska lösningar mycket snabbt och andra tycks vara omöjliga att få in i rutinverksamheten? Mobiltelefoner blev mycket snabbt outhärliga inom delar av sjukvården. Framför allt underlättades beredskap utanför sjukhuset. E-mail, intranät för informationsöverföring har också relativt snabbt blivit en del av vardagen inom vården. Telepsykiatri har ännu inte nått denna status trots uppräknade potentiella vinster. Uppenbarligen kan medarbetare inte se samma fördelar med denna teknik som med till exempel mobiltelefoner. Anledningarna är säkert flera. De tänkbara vinsterna som diskuterats ovan kanske inte alls upplevs som vinster för enskilda medarbetare. Om en resa ner till staden för handledning betraktas som ett välkommet avbrott i vardagen, och möjliggör vissa inköp på hemvägen kommer en bildtelefonlösning inte att bli någon succé. Om vårdavdelningen ligger längs psykiaterns hemväg kommer TPM inte att ersätta resor.

Det finns också ett motstånd mot förändringar som inte kan övervinnas med löften om besparingar. Telepsykiatri kan innebära visst merarbete för delar av personalen för att annan personal ska utnyttjas effektivare. Med de motsättningar som kan finnas mellan personalgrupper inom psykiatri kan telepsykiatri i värsta fall bli betraktat som läkarnas leksaker.

Ett sätt att införa telepsykiatri kan vara att gå en omväg via att initialt satsa på ökat användande av videoinspelning. Vid utbildning

i till exempel kognitiv terapi är videoinspelning ett fullt accepterat nödvändigt hjälpmedel. Videoinspelning borde användas i mycket högre utsträckning än idag. Förutom vid utbildning och samskattningsträning skulle video kunna användas vid behandling, dokumentation och kvalitetsarbete. Användarvänliga videokameror med hög ljud- och bildkvalitet har idag ett mycket rimligt pris. Lagringmedia som DVD är idag så billigt att inspelningar från de flesta samtal på en psykiatrisk klinik skulle kunna lagras. Arkivrymmet skulle bli mindre än de arkiv som kliniker med pappersjournaler har idag. Att kombinera datajournaler med videoinspelningar skulle öppna stora möjligheter.

För att snabbt och enkelt kunna videospela ett samtal krävs att kameran finns i rummet och att inställningar är färdiga. Speciella videostudios tre trappor upp från mottagningen kan endast användas för planerade videokonferenser. Det dagliga kliniska arbetet kräver att videoutrustningen finns i de ordinarie mottagningslokalerna.

Egentligen kommer man in på ytterligare en fråga. Hur ska ett modernt samtalsrum, färdigt för IT-stöd och telepsykiatri se ut? De flesta samtal inom psykiatrin mellan patient och behandlare sker i någorlunda bekväma stolar ofta med ett bord emellan. Att tala över ett skrivbord är relativt ovanligt. Att möta patienten i speciella samtalsrum är också fördelaktigt. Samtalet distraheras inte av innehåll i bokhyllor eller av oreda på ett skrivbord. Röd lampa på dörren till ett samtalsrum respekteras av någon anledning mer än röd lampa på dörren till en expedition.

När journalen ligger på data finns det ett behov av att ibland dela innehållet med patienten. Att visa laboratorieresultat samtidigt som man berättar kan engagera mer. Patienter vill ibland kontrollera vissa anteckningar. Det finns således ett behov av en dataskärm

som både patienten och behandlaren kan läsa ifrån.

Det moderna samtalsrummet börjar ta form. Bekväma stolar för patient, behandlare och andra deltagare i samtalet. En dataskärm som kan ses av samtliga i rummet. En platt skärm på väggen torde vara idealisk. Fast videoinspelingsutrustning förinställd och laddad med film.

Att utveckla en videospelande klinik till en klinik som också använder telepsykiatri kommer inte att vara svårt. Samma utrustning kommer att användas. Man kommer på dataskärmen få ett ytterligare fönster som visar den man kommunicerar med. Merarbete kommer att vara i storleksordningen som att hitta en webbsida på Internet. Kommunikation med externa kontakter får växa fram efter behov.

Slutsats

Arbetet inom psykiatri måste effektiviseras. Det går inte att göra besparingar hur länge som helst genom att lägga ner avdelningar och hålla tjänster vakanta. Metoder där specialistfunktioner används optimalt, där samarbete mellan primärvård och den specialiserade psykiatrin förbättras, där effektiva behandlingar kan erbjudas fler måste utvecklas. Telepsykiatrin kan bli ett av hjälpmedlen för att nå dessa mål.

Referenser

1. Brown FW. Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*. 1998; 49:963-964.
2. Hilty DM, Luo JS, Morache C, Marcelo DA, Nesbitt TS. Telepsychiatry: an overview for psychiatrists. *CNS Drugs*. 2002;16(8):527-48.
3. Gammon D, Bergvik S, Bergmo T, Pedersen S. Videoconferencing in psychiatry: a survey of use in northern Norway. *J Telemed Telecare*. 1996;2(4):192-8.

4. Buist A, Coman G, Silvas A, Burrows G. An evaluation of the telepsychiatry programme in Victoria, Australia. *J Telemed Telecare*. 2000;6(4):216-21.
5. Mielonen ML, Ohinmaa A, Moring J, Isohanni M. The use of videoconferencing for telepsychiatry in Finland. *J Telemed Telecare*. 1998;4(3):125-31. Review.
6. Zaylor C, Nelson EL, Cook DJ. Clinical outcomes in a prison telepsychiatry clinic. *J Telemed Telecare*. 2001;7 Suppl 1:47-9.
7. Bose U, McLaren P, Riley A, Mohammadali A. The use of telepsychiatry in the brief counselling of non-psychotic patients from an inner-London general practice. *J Telemed Telecare*. 2001;7 Suppl 1:8-10.