



30-09-2008

Sag nr. 07/2510

Dokumentnr. 58493/08

Mikkel Lambach

Tel. 35298212

E-mail: mla@regioner.dk

Rapport fra studietur til Toronto

Ved Danske Regioners Social- og Psykiatriudvalg
Ved Region Midtjyllands Udvalg vedrørende Psykiatri

Indledning

Danske Regioners Social- og Psykiatriudvalg og Region Midtjyllands Udvalg vedrørende Psykiatri gennemførte i perioden 7. september 2008 til 12. september 2008 en studieture til Toronto med henblik på at indsamle viden og erfaringer om tilrettelæggelse af psykiatri i Canada.

Det faglige program omhandlede følgende elementer:

- Retspsykiatri og forebyggelse af kriminalitet blandt psykisk syge
- Neuropsykologi og neuropsykiatri
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Uddannelse og rekruttering
- Shared Care
- Telemedicin

Nedenfor følger en opsummering af de overordnede indtryk for de forskellige faglige temaer og steder, som udvalgene besøgte under opholdet i Toronto.

Helt overordnet skal det understreges, at den danske delegation blev mødt med en meget stor gæstfrihed og nysgerrighed fra værternes side med hensyn til at udveksle danske erfaringer. Den store gæstfrihed og faglige nysgerrighed kom bl.a. til udtryk derved, at der fra værternes side var gjort større forberedelser ligesom delegationen alle steder blev mødt på meget højt organisatorisk og fagligt niveau.

Mandag den 8. September Retspsykiatri	
Vært	<i>Howard E. Barbaree</i> Full Professor Centre for Addiction and Mental Health 1001 Queen Street West Toronto
Baggrund	<p>Antallet af retspsykiatriske patienter er femdoblet inden for de seneste 25 år. De nyeste tal viser, at denne stigning fortsætter og nu i et endnu hurtigere tempo. Den årlige vækstrate var fra 1980 til 2000 på 7 %, den er nu steget til 10 %. Der er intet der tyder på, at denne stigning vil stoppe.</p> <p>I Canada arbejder man bl.a. med best practise risikovurderinger samt behandling af patienter med psykiatriske såvel som retspsykiatriske problemer gennem Program for Ret og Psykisk Sundhed (Law and Mental Health Program). Programmet udstikker retningslinjer for behandling af farlige psykiatriske patienter; deriblandt seksualforbrydere.</p>
Erhvervet viden/ erfaring	<p><i>Mental Health Court</i></p> <p>I Toronto havde man i retssystemet etableret en særlig domstol til at håndtere kriminelle med psykiatriske problemstillinger. Baggrunden herfor var som i Danmark en voldsom stigning indenfor retspsykiatrien og en utilfredsstillende håndtering af sagerne hos de almindelige domstole. Sagsbyrde 2500-3000 om året.</p> <p>I domstolens vurdering af målgruppen indgik systematisk anvendelse af risikovurderinger baseret på test. Vurderingerne af max. 20 min. varighed foretages af psykiater tilknyttet på konsulentbasis. Disse vurderinger har reduceret behovet for at indhente psykiatriske udredninger fra psykiatrien.</p> <p>Erfaringen var, at man havde opnået et professionelt team indenfor retsvæsenet, som var bekendte med øvrige sektors muligheder og begrænsninger i forhold til at iværksætte relevante behandlingstiltag o. lign.</p> <p>Systemet var samtidig kendetegnet ved begrænset samarbejde med den øvrige psykiatri og socialsektor. Den primære årsag hertil vurderes at bestå i, at domstolens sanktioner blev effektueret indenfor</p>

	<p>retssystemet. Der var til domstolen tilknyttet en række medarbejdere til at effektuere dommene i form af rehabiliterende indsatser og fungere som den dømte casemanager.</p> <p><i>Sexual Behaviour Clinic</i></p> <p>Delegationen blev introduceret til det canadiske lovsystem om kriminalitet begået af psykisk syge. Ligesom i Danmark er fokus på behandling frem for straf.</p> <p>Den canadiske retspsykiatri omfatter primært senge på lukkede afdelinger.</p> <p>Delegationen blev ligeledes introduceres til den canadiske tilgang med systematisk anvendelse af risikovurderinger, der anvendes til at sortere og inddele patienterne i risikogrupper med henblik på "Risk Management":</p> <p>Jo højere risiko jo mere intensiv behandling/ intervention, hvor behandlingen målrettes risikofaktorerne.</p>
Opsamling	<p>Med forbehold for, at retspsykiatrien i Canada fungerer under en anden lovgivning og opgavefordeling, gav dels etableringen af en særlig psykiatrikyndig domstol stof dels den systematiske anvendelse af risikovurderinger baseret på tests stof til eftertanke.</p> <p>Delegationen fik samtidig indtryk af</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende viden om effekter • Begrænset samarbejde med socialsektor • Begrænset samarbejde med øvrig psykiatri • Risiko for at domstolen "fedtes" ind i behandlingssystemet og at domstolenes uafhængighed står på spil.
Link	<p>http://www.utpsychiaty.ca/AdministrationAndOrganization/AnnualReports/current/LawMentalHealth.pdf</p>

Tirsdag den 9. september Neuropsykologi – diagnosticering og behandling	
Vært	<p><i>Mary Pat Andrews</i> P.hd., Cand. Psych. Neuropsychology Clinic Fell Pavilion, 4th Floor, Room 409 Toronto Western Hospital 399 Bathurst St. Toronto</p>
Baggrund	<p>Neuropsykologi er læren om forholdet mellem hjerne og adfærd, herunder kognition og følelser. Det traditionelt væsentligste grundlag for slutninger om denne sammenhæng hos mennesker har været studier af patienter med hjerneskade, hvor man sammenholder skadens anatomiske lokalisation med forstyrrelser i sprog, hukommelse, opmærksomhed, perception, bevidsthed og andre funktioner. I de senere år er der også taget andre metoder i brug, fx billeddannelse af hjernens aktivitet hos normale forsøgspersoner. Klinisk neuropsykologi er anvendelse af denne viden i diagnostik, rådgivning og behandling af hjerneskadede patienter</p> <p>Et spændende udviklingsområde er behandlingsprincipper indenfor kognitiv remediering. Kognitiv remediering er genoptræning af de intellektuelle evner så som hukommelse, koncentrationsevne og problemløsningsevne. Denne genoptræning er vigtig, da disse evner påvirkes dybt og evt. permanent, hvis man har lidelser som skizofreni og svær depression. Det er relativt nyt, at man er begyndt at interessere sig for dette.</p>
Erhvervet viden/ erfaring	<p>Neuropsykologi er en ikke-medicinsk behandling, der gennem terapi handler om at stimulere hjernen (målrettede områder/ funktioner) med henblik på at påvirke f.eks. humøret som led i behandling mod depression. Stimulering foregår via øget/reduceret blodtilførsel = \pm ilt til hjernen.</p> <p>Den nye viden i forhold til at stimulere hjernen og påvirken i psyken i en bestemt behandlingsmæssig retning stammer fra de nye billeddannende teknikker Funktional Brain Mapping/ Neuro-imaging med MR scannere.</p>

	<p>Teknikkerne giver forbedrede muligheder for:</p> <ul style="list-style-type: none">• diagnosticering• forudsigelse/ fremskrivelse• terapeutisk effektivitet• at definere mål for neurokirurgi
Opsamling	<p>Forskningen/ disciplinen er fortsat på et meget tidligt stadie. Der er stigende viden om hjernen og hvad der sker i hjernen (kan ses på scanneren), men der er fortsat langt til at etablere viden om, hvad hjerneaktiviteten har af udløb i form af adfærd/ handlinger. I forhold til psykiatri er koblingen til adfærd vigtig at udvikle, men der er pt. ingen umiddelbar kobling. Det er med andre ord vanskeligt at omsætte neuropsykologisk viden til psykiatrisk behandling.</p>
Link	<p>http://www.neuropsykologi.dk/</p>

Tirsdag den 9. september Neuropsykiatri – diagnosticering, teknologi og behandlingsprincipper	
Vært	<p><i>Sidney H Kennedy</i> FRCPC, MBBS, MD, Clinical Department Head. Toronto General Hospital. 200 Elisabeth St.</p> <p><i>M. Lozano</i> FRCPC, MD, PhD. Senior Scientist, Toronto General Hospital.</p> <p>Hospitalet er meget langt fremme med nye behandlingsformer indenfor blandt andet Deep Brain Stimulation (DBS).</p>
Baggrund	<p>Nye teknologiske fremskridt indenfor billeddannende tekniker har givet mulighed for en langt bedre diagnostik af tilstande, som har organiske årsager, som f.eks. demens og skader efter misbrug, ligesom de billeddannende teknikker (især PET-skanning) generelt bidrager til øget forståelse af forstyrrelserne af hjernefunktionen i forbindelse med psykisk sygdom. Et vigtigt udviklingsområde er at sikre en effektiv, systematisk anvendelse af billeddannende tekniker som led i neuropsykiatrisk udredning inden for både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.</p> <p>Neuropsykiatrien har i de senere år gjort store videnskabelige og teknologiske landvindinger. Et af psykiatriens fokusområder er teknologiudvikling indenfor svære depressioner, der ikke responderer på hverken antidepressiv medicin, psykoterapi eller ECT. På Toronto General Hospital udføres klinisk forskning på teknologier indenfor Deep Brain Stimulation (DBS).</p>
Erhvervet viden/ erfaring	<p>Delegationen fik demonstreret et eksempel på neurokirurgi i form af indoperering af en stimulator/ "hjernepacemaker" med henblik på at behandle Parkinson. "Hjernepacemakeren" fungerer ved, at et hjernecenter stimuleres, således at Parkinsonpatientens symptomer reduceres/ ophører. Resultater viser øjeblikkelig effekt. Metoden er kendt og udbredt.</p>

	<p>I relation til psykiatri er metoden nu forsøgsvis anvendt på depression. Forsøgene viser som med Parkinson øjeblikkelige resultater. Metoden, der er udviklet af vore canadiske værter, er og revolutionerende.</p> <p>De foreløbige resultater viser gode varige effekter og der publiceres fortsat nye resultater.</p>
Opsamling	<p>Neurokirurgi vurderes kun relevant for de sværest ramte, der hverken profiterer af terapi, medicin eller ECT-behandling (elektrochok).</p> <p>Besøget, som er verdens førende center på området) viste et eksempel på fremragende tværdisciplinært samarbejde (psykiatri og neurokirurgi), og resultaterne er enestående.</p> <p>Perspektiverne er store, eftersom også andre diagnoser vil komme i betragtning. Det forudsætter i princippet blot yderligere kortlægning af hjernen og viden om den rette stimulering.</p> <p>Behandlingsformerne vil dog næppe blive en integreret del af psykiatrien de første mange år.</p>
Link	-

Onsdag den 10. september Børne- og Ungdomspsykiatri	
Vært	<p><i>Rosemary Tannock</i> PhD., Associate Professor Toronto University, The Hospital for Sick Children.</p> <p><i>Abel Ickowicz</i> Dr., Psychiatrist-in-chief The Hospital for Sick Children</p>
Baggrund	<p>Børne- og Ungdomspsykiatrien oplever et voldsomt pres på deres tilbud. Det har ført til ventelister, hvilket kan få store konsekvenser for patienterne. Samtidigt bliver der stillet øget krav til tilbudene i forbindelse med den kommende udrednings- og behandlingsret.</p> <p>Formålet er på den baggrund være interessant, at se på hvorledes de børne- og ungdomspsykiatriske tilbud er organiseret i Toronto/Canada.</p>
Erhvervet viden/ erfaring	<p>Psykisk sygdom er hovedsundhedsproblemet i Canada. 14 % af alle børn i alderen 4-17 år oplever psykisk sygdom: Heraf får kun 25 % specialiseret hjælp.</p> <p>Problemerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stigma – Almen opfattelse at problemerne skyldes adfærd/opdragelse ikke sygdom • Viden om betingelserne – Psykisk sygdom er invaliderende og har samme følger som mange somatiske sygdomme • Mangel på uddannede behandlere – Gennemsnitsventetid 18 mdr. • Uklar rolle- og opgavefordeling – Mange ukoordinerede aktører og mange sektorvise opdelinger af ansvar og finansiering. Stor forskel fra provins til provins. <p>Udfordringer for børne- og ungdomspsykiatrien i Canada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At udbygge tilbud til de mest almindelige lidelser • At udbygge tilbud til de mest syge med behov for meget specialiseret behandling <p>Forbedringspotentiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vedvarende behandlingstilbud – lidelserne er langvarige og

	<p>problemer ved overgang fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri skal minimeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere forebyggende foranstaltninger • Større ansvarlighed på tværs af sektorer • Klarere rollefordeling <p>Der eksisterer intet samarbejde mellem offentlige og private behandlingstilbud.</p>
Opsamling	<p>Vag afgrænsning mellem børn med psykiske problemer og psykisk sygdom. Det indebærer en meget stor population (14 %) i forhold til Danmark (1-2 %).</p> <p>Den anderledes tilgang til målgruppens størrelse har konsekvenser for strukturering af tilbuddene. Det er derfor svært at afklare, hvornår canadierne taler om børne- og ungdomspsykiatri, hvor vi i Danmark vil tale om social indsats/ forebyggende indsats.</p> <p>Derudover var den canadiske børne- og ungdomspsykiatri kendetegnet ved mange af de kapacitetsmæssige problemstillinger og grænsefladeproblemstillinger, som vi også kender fra Danmark.</p> <p>En dansk vurdering vil nok indeholde en bebrejdelse af, at de canadiske problemer er delvis selvskabte grundet den meget uklare afgrænsning mellem børne- og ungdomspsykiatri og socialområdet.</p>
Link	-

Onsdag den 10. september Rekruttering og uddannelse	
Vært	<p><i>Dr. Donald Wasylenki</i> Chair and Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto</p> <p><i>Dr. Benoit Mulsant</i> Vice-Chair, Centre for Addiction & Mental Health Department of Psychiatry, University of Toronto</p> <p><i>Dr. Brian Hodges</i> Vice-Chair, Education, Department of Psychiatry University of Toronto</p> <p><i>Dr. Peter Prendergast</i> Vice-Chair, Clinical Affairs Department of Psychiatry, University of Toronto</p> <p><i>Dr. Allan Kaplan</i> Vice-Chair, Research Department of Psychiatry, University of Toronto</p> <p><i>Dr. Ari Zaretsky</i> Director, Postgraduate Educa- tion Department of Psychiatry, University of Toronto</p> <p><i>Dr. Paula Goering</i> Vice-Chair, Programs & Plan- ning Department of Psychiatry, University of Toronto</p> <p><i>Dr. David Goldbloom</i> Vice-Chair, Mental Health Commission of Canada</p>
Baggrund	<p>Psykiatrien har i en længere årrække haft svært ved at tiltrække yngre læger, og flere regioner oplever nu også i stigende grad rekrutteringsproblemer til sygeplejerskestillinger.</p> <p>Canada oplever ikke samme vanskeligheder med rekruttering til psykiatrien, hvorfor viden om de canadiske forudsætninger og initiativer kan være til stor gavn og inspiration. F.eks. sommerskoler for medicinstuderende.</p>
Erhvervet viden/ erfaring	<p>Mødet med en lang række ledende forskere på Psykiatrisk Institut ved Toronto Universitet var arrangeret som en relativt uformel rundbordssamtale om erfaringerne omkring rekruttering til psykiatrien.</p> <p>17 universiteter, hvor psykiatere uddannes. Stort psykiatريفakultet, der dækker hele Toronto (4 mio. indb.)</p>

(8 tilknyttede universitetshospitaler). Herudover en række andre hospitaler, hvor der uddannes/ trænes medicinstuderende/ yngre læger. Fakultet omfatter terapeutuddannelser. Sygeplejersker har deres eget fakultet.

Efter en tendens til overspecialisering har instituttet oprettet uddannelse for generel psykiatri. Har øget udbuddet af psykiatere i de ikke-specialiserede sundhedstilbud.

Canada rekrutterer en høj andel af medicinstuderende til psykiatri: 5-6 % !!

Den høje rekrutteringsandel tilskrives bl.a. fokus på:

- Formidling af psykiatri som en effektiv lægevidenskab
- Forskning – Prioriterer tid/ ressourcer til at unge læger/ psykiatere forsker
- Gode undervisere/ ambassadører/ rollemodeller
- Studerende der udviser interesse for faget
- Belønning af institutmedarbejderes indsats for uddannelse.
-

For at tiltrække medicinstuderende satsede instituttet bevidst på:

- At hyre de mest efterspurgte/ berømte professorer
- At lokke de studerende tidligt i uddannelsesforløbet.
- At investere i gode lærere i psykiatri på grunduddannelsen.
- At afvikle sommerskoler
- At lade medicinstuderende deltage i klinisk arbejde.

Som et relativt nyt tiltag etableres interprofessionelle uddannelser, hvor udgangspunktet er, at sundhedsydelser i stigende omfang leveres i teams. Fører direkte til spørgsmålet om fremtiden ligger i teambaseret uddannelse.

I Canada er der krav om deltagelse i efteruddannelse.

Opsamling

Selvom udgangspunktet mellem Canada og Danmark er meget forskelligt, eftersom Toronto, Ontario ikke oplever rekrutteringsproblemer, så efterlod mødet overordnet en række indtryk, som vi i Danmark alligevel kan lære af.

For det første har det en betydning, at Psykiatrisk Institut ved Toronto Universitet har en størrelse, der gør det muligt at fungere som fagligt flagskib udadtil.

For det andet udviste canadierne stor opmærksomhed omkring imagepleje, forstået således at man konstant var opmærksom på, at man som forsker/ psykiater repræsenterede sit fag i mange sammenhænge.

Gennemgående faktorer som forklaring på psykiatriens relativt høje status:

1. Betydning af politisk fokus og prioritering gik igen
2. Faglig stolthed og fagligt engagement. Man fremviser/ reklamerer gerne for sit fag. Psykiaterne tager ansvar for udvikling af faget på alle fronter.
3. Teknologiske muligheder anvendes konsekvent og med stor selvfølgelighed.
4. Forskning som konkurrenceparameter i kampen om de studerende
5. Bevidst og strategisk anvendelse af delestillinger mellem forskning og klinik.
6. Anvendelse af sommerskoler. Århus er i gang med at planlægge en i 2009.

Link

<http://www.cepome.au.dk/materialer>

Torsdag den 11. september Shared Care – Samarbejdsrelationer	
Vært	<i>Nick Kates</i> Professor and Vice-Chair of Clinical Services, Department of Psychiatry & Behavioural Neurosciences. McMaster Universitetet Hamilton.
Baggrund	<p>Psykiatrien mangler speciallæger og i stigende grad også andet fagpersonale. Dette skærper kravene til optimering af patientforløbene og en effektiv tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen, så personaleressourcerne udnyttes optimalt med fokus på kerneopgaverne. Det er derfor vigtigt at udnytte allerede eksisterende erfaringer og sætte fokus på opgavefordelingen. Det gælder såvel mellem den regionale psykiatri og de praktiserende læger, speciallæger og mellem intensive og mindre intensive behandlingsformer ud fra princippet om, at opgaverne skal varetages på laveste effektive omkostningsniveau. Flere regioner lægger i psykiatriplanerne op til øget samarbejde med de praktiserende læger i form af shared care</p> <p>Det er målet, at shared care skal sikre en bedre udnyttelse af den specialiserede lægefaglige kapacitet, forbedre behandlingskvaliteten og sikre en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.</p> <p>I Hamilton ved Toronto har man udviklet en shared care model, som i høj grad indfrier disse mål. Modellen indebærer blandt andet, at hver praksis får besøg af en psykiater hver 14. dag. Psykiateren ser diagnostisk uafklarede patienter, udøver direkte og indirekte supervision, besvarer spørgsmål om medicin og kontrollerer enkelte udvalgte patienter.</p>
Erhvervet viden/ erfaring	<p>Definition på Shared Care/ Collaborative care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ydelser leveret af flere aktører i samarbejde – ofte i teams. Samarbejde er baseret på personlig kontakt! • Samarbejde i partnerskab. Partnere (psykiater, læge, terapeut mv. er ligeværdige) • Dækkende behandling fra den rette person det rette sted og på rette tid.

Målsætning:

Formålet er at få det primære og sekundære sundhedssystem samt socialvæsen til at samarbejde bedre og understøtte hinanden = Kronisk sygdomsmanagement.

Behov for at anvende ressourcerne i psykiatrien anderledes. Det er afsættet for opbygning af shared care.

Udgangspunkt:

- Psykisk sygdom skal spores i det lokale sundhedssystem primært via egen læge
- Standardiseret behandling er svært at få. Mange patienter falder ud af behandling.
- Psykiatrien fokuserer på henvisning, adgangskriterier, akutte tilstande, fokus på individ i stedet for omgivelser (familie).
- Mangel på specialiserede ydelser.

Status:

- 150 praktiserende læger (20 %) i Hamilton indgår
- De involverede parter er enige om betydning af shared care
- Flere succesfulde projekter
- Faglige netværk, tidsskrifter
- Beskrivelser af best practice, værktøjer
- Mange canadiske sundhedsorganisationer indgår i netværk

How it works:

- Alle der henvises bliver tilset
- Fokus på kortvarig behandling
- Specialister arbejder integreret i praksis/ primærsektor
- Indirekte ydelser / rådgivning til familielæge
- Fokus på uddannelse
- Trinvis model (optrapning af ydelser efter behov)
- Programmet finansieres af staten.

Rådgiver/ Counsellor

- Yder konsultationer efter henvisning
- Yder kontinuerlig behandling
- Rådgiver familielægen
- Laver krisevurderinger
- Hjemmebesøg
- Bidrager til kontakt til sociale myndigheder

	<p>Rådgivers baggrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialrådgiver • Sygeplejerske • Psykolog <p>Psykiaterens rolle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direkte patientbehandling <ul style="list-style-type: none"> ○ Konsultationer ○ Patientopfølgning • Indirekte patientbehandling <ul style="list-style-type: none"> ○ Rådgive familielæge ○ Rådgive counsellors • Uddannelse
Opsamling	<p>De canadiske erfaringer:</p> <p>Ca. 4.000 henvisninger årligt, hvoraf 85 % tilses af rådgiver. 30 % tilses også af psykiater (indenfor teamet)</p> <p>17 % af henvisninger omhandler børn, 8 % vedrører >65-årige.</p> <p>Etablering af shared care/ collaborative care har reduceret henvisninger fra praktiserende læger til distriktspsykiatrien med 75 %. Samtidig er andelen af patienter, der gennemgår en psykiatrisk udredning øget. Modellen formår altså at udbrede psykiatrisk behandling til flere patienter end før programmet blev indført.</p> <p>Goder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapaciteten i primærsektor er forøget • Kapaciteten i psykiatrien er forøget • Øget tilgængelighed • Øget kommunikation mellem aktører • Øger kontinuitet og koordinering i indsats • Stor patienttilfredshed • Stor medarbejdertilfredshed <p>Succesfaktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et partnerskab fra starten • Individuelt tilrettelagt • Klare målsætninger • Veluddannet personale

	<p>Hvordan kommer man i gang:</p> <ul style="list-style-type: none">• Starter med de motiverede og mest kvalificerede• Skab en lille succes i stedet for at slå et stort brød op• Når man har en succes og et godt produkt, så stiger interessen, og i dag har Hamilton Family Health Team (FHT) mere 30 familielæger på venteliste til at indgå i programmet. <p>Perspektivering:</p> <ul style="list-style-type: none">• Modellen bør i princippet kunne omfatte andre kroniske lidelser (f.eks. diabetes). Set-up'et er på plads og grundigt afprøvet. Ændringer i målgruppen opsamles via ændringer/tilpasninger i teamets personalesammensætning.
Link	http://www.dsam.dk/files/5/practicus_181.pdf

Fredag den 12. september Telemedicin/ telepsykiatri - Mellem behandler og patient og mellem behandler og behandler	
Vært	<p><i>Dr. Robert Cooke</i> MD, Program Director, University of Toronto Psychiatric Outreach Programs (UTPOP), Centre for Addiction and Mental, Toronto.</p> <p>Robert Cooke har stået i spidsen for implementering af telepsykiatri i Toronto.</p>
Baggrund	<p>De geografiske afstande i regionerne og den stigende mangel på speciallæger og andet faguddannet personale giver anledning til fokus på udnyttelsen af ny teknologi til optimering af sagsgange og sikring af, at den ekspertise, som findes få steder i psykiatrien bringes i anvendelse i den psykiatriske patientbehandling. Flere regioner sigter f.eks. på at etablere kompetencecentre indenfor forskellige vidensområder i psykiatrien. Midlerne til at sprede og dele viden kan f.eks. være videokonferencer for behandlerpersonalet, specialistvejledning på baggrund af videooptagelser af patientsamtaler og fjernundervisning via video.</p> <p>I Canada har man siden 1997 arbejdet med videokonferencer gennem en serie af pilotprojekter, som nu fusioneres til et mere generelt tilbud.</p>
Erhvervet viden/ erfaring	<p>Siden midt-90'erne er det canadiske telepsykiatri-program udbygget med betydelig statslig finansiering. Tilsammen eksisterer der 15 programmer i alle 10 provinser og 3 territorier</p> <p>Det nødvendige teleudstyr er relativt billigt i anskaffelse og drift.</p> <p>Filosofi for det telepsykiatriske program i Ontario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Understøtte gradvis opbygning af telepsykiatri • Understøtte kontinuitet i forløb – herunder samme psykiater igennem et forløb • Sikkerhedshensyn – læge/ støtteperson til stede under videokonferencer • Lokal forankring, involvering <p>Behandlingsansvaret påhviler den lokale læge. Det betyder, at medicinudlevering og anden behandling varetages af lokal ansvarlig læge – ikke via tele, og psykiateren fungerer dermed som rådgiver.</p>

	<p>Telepsykiatri kan anvendes til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direkte patientkonsultationer • Professionel til professionel konsultationer • Lægelige konferencer • Uddannelse, supervision og feed-back af lokalt sundheds-personale <p>De foreløbige erfaringer tyder på, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telepsykiatri er lige så effektivt som ATA-konsultation • Telepsykiatri er meget billigere end ATA-konsultation ved afstande over 150 km. <p>For at udbrede telemedicin har man i Canada satset bevidst på en central drivkraft til oprettelse af en provinsdækkende organisation til at understøtte og udvikle telefaciliterne nødvendige for effektiv og dækkende telemedicin = Ontario Telemedicine Network – OTN</p> <p>OTN leverer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kliniske videokonferencer • Tele-diagnostik • Tele-uddannelse • Uddannelse i netværksprocedurer • Uddannelse i netværksstyring
Opsamling	<p>De telemedicinske erfaringer i Canada indikerer, at vi i Danmark kan lære ganske meget til trods for, at vore geografiske afstande er nogle helt andre. Særligt for så vidt angår videndeling og udveksling af professionel støtte fra specialiseret niveau til lokalt niveau (distriktpspsykiatri, praktiserende læge, PPR o.lign.) vil man i Danmark kunne effektivisere udnyttelsen af personaleressourcerne i sundhedssektoren.</p> <p>De canadiske erfaringer viste ligeledes, at opbygning og implementering af telemedicin forudsætter en bevidst og klar strategi for investering i IT-infrastruktur.</p>
Link	<p>http://www.utpsychiatry.ca/News07/june/June-07-UTPOP_news.pdf www.otn.ca</p>