



# **Evaluering af ABT-projekt: Pilotafprøvning af videotolkning i almen praksis**





*Juli 2011*

**Udarbejdet af:**

Souschef Lars Hulbæk, MedCom  
Konsulent Susanne Noesgaard, MedCom  
Konsulent Stina Lou, Region Midt  
Konsulent Peder Illum, MedCom  
Konsulent Per Abildgaard, MedCom  
Konsulent Aske Denning, MedCom

Rapporten har været i høring hos Praktiserende Lægers Organisation fra den 19.juli. til 16. august. 2011

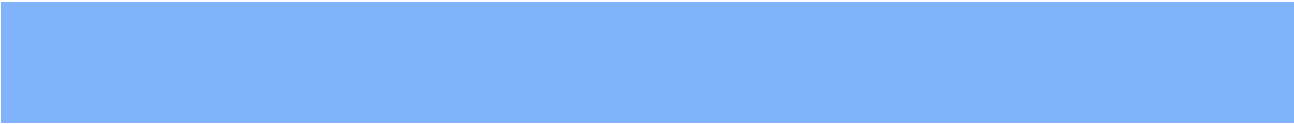
**MC-S228**

**Udgivet af: MedCom, aug. 2011**

**Tryk: One2One, Odense**

**Oplag: 300**

**ISBN: 9788791600234**



<b>OPSUMMERING</b> .....	<b>1</b>
<b>1. INTRODUKTION</b> .....	<b>2</b>
<b>2. PROJEKTPROCES</b> .....	<b>3</b>
<b>3. TEKNOLOGI</b> .....	<b>5</b>
<b>4. ORGANISATION</b> .....	<b>7</b>
<b>5. PATIENTEN</b> .....	<b>10</b>
<b>6. ØKONOMI</b> .....	<b>12</b>
<b>7. DISKUSSION OG PERSPEKTIVER</b> .....	<b>14</b>
<b>8. KONKLUSION OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>15</b>

# Opsummering

## Introduktion

Teletolkeprojektet omhandler national udbredelse af sprogtolkning via videokonference i sundhedsvæsenet. Der mangler erfaringer med videotolkning i *almen praksis* og i regi af teletolkeprojektet gennemføres derfor et pilotprojekt. Formålet er at indhente erfaringer vedrørende videoudstyr, anvendelsesmuligheder og potentiale for kvalitetsforbedringer, samt mere effektiv udnyttelse af tolkeressourcerne. Resultaterne af pilotprojektet præsenteres i denne rapport.

## Projektproces

I efteråret 2009 udvalgte MedCom i samarbejde med de fem regioner 19 lægepraksis, som blev inviteret til at deltage i pilotprojektet. I de deltagende praksis blev der i projektperioden på otte måneder gennemført 374 videotolkninger, som varede mellem 5 til 45 minutter. Evalueringen berører følgende områder: 1) teknologi, 2) organisation, 3) patientperspektiv og 4) økonomi. Datamaterialet er primært kvalitativt. De praktiserende læger har været i tæt dialog med projektsekretariatet undervejs, og der er løbende indsamlet erfaringer i henhold til de fire ovennævnte aspekter. Der er ved pilotprojektets afslutning gennemført kvalitative interviews med syv deltagende praksis, men alle 19 har bidraget med inputs til evalueringen.

## Teknologi

Overordnet opfattes teknologien som nem at anvende. Yderligere kan teknologien anvendes på andre områder, f.eks. udskrivningskonferencer. Videotolkning kan foregå både via dedikeret udstyr og via webcam-løsning med software-klient. Det er vigtigt at praksis' netværk er stabilt og at der er tilstrækkelig båndbredde, ellers vil det resultere i dårlig videokvalitet. Der skal være klare aftaler omkring supportfunktion.

## Organisation

Videotolkning øger tilgængeligheden og fleksibiliteten af tolkninger. En betydelig udfordring er håndteringen af forsinkelser, uanset om det er lægen, tolken eller patienten der er forsinket. Lægerne mangler information om reglerne for tidsbestilling af teletolke og de dertilhørende afregningsmæssige aspekter. Regionerne kan gennem monitorering og smidige dokumentationsprocedurer understøtte at besværlige arbejdsgange ikke bliver stopklods for udbredelsen af videotolkning. Ligesom at regionerne fortsat skal smidiggøre deres arbejdsgange, skal tolkebureauerne gøre det samme.

## Patienten

Patienterne har i høj grad accepteret løsningen og har givet udtryk for tilfredshed og en følelse af øget tryghed ved anvendelse af videotolkning. Videotolkning understøtter at man taler med patienten og ikke om patienten.

## Økonomi

Scenarie: Videotolkning implementeres i de 20 praksis i hver region, som har de største forbrug af tolkeydelser. Det inkluderer 100 praksis med en dækningsgrad på 40 % af alle tolkninger. De samlede tolkeudgifter udgør kr. 23.320.806 (ved 40 % videotolkninger og 60 % fremmødetolkninger). Etableringsomkostninger i de 100 praksis udgør kr. 1.289.400. Dette holdt op imod udgifterne på 28.139.460 til ren fremmødetolkning giver en økonomisk gevinst det første år på kr. 2.239.854 og de følgende år på **kr. 4.818.654**.

## Diskussion og perspektiver

I forhold til fremmødetolkning har lægen ved videotolkning lettere ved at styre samtalen, og tolken fungerer i højere grad som et objektive redskab. Lægernes overordnede oplevelse er at teknologien ikke står i vejen for den nødvendige grad af personlig kontakt mellem konsultationens tre parter. Nogle tilfælde af modstand overfor videotolkning hos patienten kan løses ved specifikt at booke fx en i forvejen kendt teletolk eller en teletolk af bestemt køn. Hovedparten af barriererne identificeret i denne evaluering er spørgsmål om tilvænning. Fx kræver interaktion via video tilvænning over tid, ligesom at fortrolighed med teknologien kræver regelmæssig anvendelse.

## Konklusion

Samlet set viser pilotafprøvningen at videotolkning i almen praksis har potentiale – både i forhold til kvalitet i tolkningen og i forhold til en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer. At indføre ny teknologi og nye arbejdsgange i almen praksis er ikke uden udfordringer, men samtidig viser evalueringen at flertallet af de deltagende almen praksis er positive overfor løsningen og ønsker at fortsætte med videotolkning efter pilotperiodens udløb. Den økonomiske beregning viser endvidere at man, med en satsning på de 20 mest tolkeanvendende praksis i hver region, vil kunne opnå en besparelse allerede i løbet af to år.

## 1. Introduktion

MedCom udfører opgaver vedrørende national udbredelse af telemedicinske løsninger og modning af telemedicinske koncepter med henblik på efterfølgende national udbredelse. Opgaverne udføres indenfor rammerne af den nationale strategi for sundheds-it. En af disse opgaver er Teletolkeprojektet, som omhandler national udbredelse af sprogtolkning via videokonference i sundhedsvæsenet.

Patienter, der ikke behersker dansk har behov for en tolk i deres møde med sundhedsvæsenet. Hidtil har man i Danmark især anvendt fremmødetolke, hvilket ikke altid er den mest hensigtsmæssige og omkostningseffektive løsning. Tolkene møder op i klinikken til forud aftalt tid. Det sker, at man på klinikken er forsinket eller at patienten ikke er mødt frem. Dette betyder i begge tilfælde, at der betales for en ydelse, som ikke anvendes. Det sker endvidere at tolkene er forsinkede. Hertil kommer, at patienten og fremmødetolken ofte sidder sammen i venteværelset og taler sammen inden konsultationen, hvilket kan betyde at tolken er forudindtaget om patientforløbet. Man kan sige, at konsultationen ofte fejlagtigt starter i venteværelset. Da fremmødetolken i mange tilfælde kommer fra samme lokalmiljø som patienten, er det sandsynligt, at de kender hinanden på forhånd. Dette kan få indflydelse på, hvad der siges og oversættes i samtalen og kan gøre det vanskeligere at opretholde en neutral og professionel tolkning. Endeligt, bruges der ved fremmødetolkning mange ressourcer på transport – både i form af udgifter til kørsel samt tabt tolketid.

Ved udbredelsen af en national infrastruktur for kommunikation via videokonferenceudstyr, er det muligt for tolken at befinde sig fysisk et andet sted, mens fordelene ved fysisk tilstedeværelse, såsom nonverbal kommunikation, stadig opretholdes. Løsningen øger også muligheden for at tilbyde tolkeservice i situationer, hvor det i dag ikke er muligt, fx i akutte situationer. Formålet er at nedbringe omkostningerne til tolkning ved at undgå spildtid for tolke og personale, øge kvaliteten af tolkningen samt at få stordriftsfordele ved brug af teknologien.

Teletolkeprojektet er støttet af Fonden for Velfærdsteknologi (tidl. ABT-fonden) i perioden 2009-12, og MedCom har den overordnede, nationale projektledelse og -drift. Udbredelsen af videotolkning på hospitaler varetages af projektledere i de enkelte regioner i samarbejde med MedCom. Der er tidligere gennemført evaluerede pilotprojekter med videotolkning på hospitalsområdet og derfor prioriteres national udbredelse på dette område først. Målet er, at 90 % af alle relevante hospitalsafdelinger tilbyder videotolkning ved udgangen af 2012<sup>1</sup>.

Der mangler imidlertid erfaringer med videotolkning i *almen praksis* og i regi af teletolkeprojektet gennemføres derfor et pilotprojekt. Formålet med pilotafprøvning af videotolkning i lægepraksis er at indhente praktiske erfaringer vedrørende videoudstyr, anvendelsesmuligheder og potentiale for kvalitetsforbedringer, samt mere effektiv udnyttelse af tolkeressourcerne. Resultaterne af pilotprojektet præsenteres i denne rapport.

---

<sup>1</sup> I økonomiaftalen mellem Danske Regioner og regeringen, samt i pejlemærkerne fra Regionernes Sundheds-it (RSI) fremgår det at tolkning via videokonference implementeres på alle relevante sygehusafdelinger inden udgangen af 2012.

## 2. Projektproces

I efteråret 2009 udvalgte MedCom i samarbejde med de fem regioner 19 lægepraksis, som blev inviteret til at deltage i pilotprojektet. De udvalgte praksis havde stor geografisk spredning (øst/vest, by/land), men var alle kendetegnede ved at ligge i områder med forholdsvis mange etniske minoriteter. Alle havde haft tilstrækkeligt mange tolkede samtaler til at deltage i en pilotafprøvning; mellem 120 og 800 tolkede samtaler i 2008<sup>2</sup>. De udvalgte praksis havde tidligere deltaget i regionalt og nationalt projekt- og kvalitetsarbejde og spændte fra solo- til flerlægepraksis med uddannelseslæger og hjælpepersonale.

Der blev lavet samarbejdsaftaler med interesserede praksis, som forpligtede MedCom til at udlåne udstyr og registrere endepunkter på det nationale videoknudepunkt samt udbetale honorar til lægepraksis for deltagelsen. Praksis forpligtede sig til at pilotteste udstyret i minimum tre måneder/25 tolkninger, at registrere gennemførte og aflyste tolkesamtaler samt at deltage i afsluttende evalueringssamtaler.

Der blev i efteråret 2010 installeret udstyr og gennemført undervisning i de første praksis, og de første videotolkninger blev gennemført i september 2010. Herefter fulgte de øvrige praksis, og den sidste installation fandt sted i marts 2011. I nogle praksis har alle faggrupper deltaget i pilotafprøvningen og i andre kun en enkelt læge. Videotolkningerne i projektregi gennemføres til og med juni 2011, men de fleste deltagende praksis vil fortsat anvende løsningen efter pilotafprøvning. I de deltagende praksis blev der i projektperioden på otte måneder samlet gennemført 374 videotolkninger, som varede mellem 5 til 45 minutter (se tabel). Under hele pilotperioden har projektsekretariatet stået til rådighed med support og hjælp.

Gennemførte teletolkninger i Almen praksis						
2010	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt
September	0	0	12	11	4	27
Oktober	0	1	13	8	3	25
November	0	9	12	5	3	29
December	8	17	10	7	5	47
<b>2011</b>						
Januar	10	11	30	7	7	65
Februar	16	7	17	1	2	43
marts	16	2	25	3	3	49
April	14	11	11		1	37
Maj	14	13	22	3		52
<b>I alt</b>	<b>78</b>	<b>71</b>	<b>152</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>374</b>

Projektdeltagelsen har overordnet været præget af nysgerrighed og åbenhed overfor løsningen, samt en anerkendelse af videotolknings potentiale for kvalitetsforbedring af tolkebistanden. Endvidere er der nævnt følgende årsager til deltagelse i projektet: kendskab til gode erfaringer med telefon- el. videotolkning andre steder, transporttid opfattes som spildt tid, videotolkning øger tilgængeligheden af særligt de små sprog, fremmødetolke er ofte for tæt knyttet til patienterne, og endelig en interesse i at tolkning foregår professionelt. I pilotafprøvningen blev deltagerne opfordret til at anvende videoudstyret til andet end tolkninger (møder o.l.), hvis dette blev relevant. Dette er dog kun sket i meget begrænset omfang.

### **Materiale og metoder**

Evalueringen tager afsæt i et mini-MTV-design. Dette betyder at følgende områder bliver beskrevet og diskuteret: 1) teknologi, 2) organisation, 3) patientperspektiv og 4) økonomi. Datamaterialet er primært kvalitativt. De praktiserende læger har været i tæt dialog med projektsekretariatet undervejs, og der er løbende indsamlet erfaringer i henhold til de fire ovennævnte aspekter. Der er ved pilotprojektets afslutning gen-

<sup>2</sup> Regionernes sygesikringsregister i 2008 på ydelsesnr. 2161 (Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk.)

nemført kvalitative interviews med syv deltagende praksis<sup>3</sup>, hvoraf nogle har været solointerviews med praktiserende læger, mens andre har været gruppeinterviews med deltagelse af både læger og praksispersonale. Der er endvidere indsamlet log-skemaer over gennemførte og aflyste tolkesamtaler i perioden i fem praksis. I logskemaerne er der blevet registeret følgende: sprog, tidsforbrug, type tolkning (video el. fremmøde, akut el. ikke-akut), årsag til evt. fremmødetolkning og årsag til evt. aflysning og endeligt øvrige bemærkninger. Udover interviewene og logskemaerne, inkluderer datamaterialet også inputs fra mere uformelle erfaringsindsamlinger, fx ad hoc-møder, telefonsamtaler og e-mail-korrespondancer. Alle 19 praksis har bidraget med inputs til evalueringen.

### **Opstart**

Efter installation i praksis og testning med tolkeudbydere fik lægerne en kort undervisning i brugen af udstyret, som de generelt har fundet nemt at anvende (se vurdering af teknologien i følgende kapitel). Flere klinikker var lidt sene til at komme i gang med at videotolke. Årsagerne var bl.a. generelt travlhed; at skulle ændre arbejdsgange virkede uoverskueligt i en travl hverdag. Ændringerne i arbejdsgange viste sig dog som regel mindre omfattende end forventet (se kap. 4). Der skulle flere opsøgende mailkorrespondancer, telefonopkald og besøg til for at få hjulpet flere lægepraksis i gang. Det var en stor hjælp at få lægesekretærene engageret i projektet. De kunne bl.a. sikre at fremtidige tolkesamtaler blev ombooket fra fremmødetolkning til videotolkning. Enkelte læger ønskede ikke at ændre bookinger i længerevarende forløb, hvor patienten har været vant til den samme fremmødetolk (se kap. 5 og 7), mens andre konsekvent gik over til videotolkning. Et enkelt sted var projektsekretariatet til stede for at understøtte den første videotolkning. Det har krævet vedholdenhed, at få lægerne hjulpet derhen hvor de har fundet det naturligt at benytte videotolkning. Efter de første gennemførte videotolkninger, og efter en opstramning af tolkebu-reauernes procedurer (se kap. 2), var lægerne som regel fortrøstningsfulde og fandt videotolkning både nemt og sikkert at anvende.

---

<sup>3</sup> Disse praksis har haft mellem 14 og 140 videotolkninger på 12 forskellige sprog i projektperioden.

### 3. Teknologi

#### **Udstyr**

Videokonference kan ske via 'dedikeret' eller såkaldt 'stand alone'-videoudstyr, dvs. en særlig videotelefon som eksempelvis Tandberg, Cisco, Polycom m.fl. Alternativt kan man anvende webkamera på computeren sammen med en softwareklient, dvs. et særligt program, som installeres på computeren til brug for videokonference fra pc. Begge løsninger er afprøvet i pilotprojektet. 13 ud af de 19 klinikker har afprøvet dedikeret udstyr, hvoraf syv også har afprøvet et webkamera. To klinikker har udelukkende afprøvet webkamera. Generelt har lægerne fundet det dedikerede udstyr nemt at anvende, når teknikken har fungeret, men nogle har dog beskrevet udstyret som klodset. Ligeledes har man fundet webkamera nemt at anvende, når teknikken virkede, og det har ikke været et problem at køre videosamtale på den pc, som man i forvejen har brugt til sit it-lægesystem. Begge løsninger stiller relativt høje krav til klinikkens båndbredde, og webkamera-løsningen stiller desuden også krav til computerens kapacitet og højtalere, hvilket betyder at ældre pc'er kan være uanvendelige.

#### **Opkobling og båndbredde**

Videokommunikation er afhængig af kvaliteten på datanettet, specielt pakketab og variationer i tidsforsinkelse påvirker kvaliteten. Det er derfor vigtigt at praksis' netværk er stabilt, ellers vil det resultere i dårlig videokvalitet. Kvaliteten påvirkes også af hvor meget trafik der afvikles på samme bredbåndslinje som videokonferencen kører på. Dvs. hvis den tilgængelige båndbredde ikke er tilstrækkelig til både dagligt arbejde og videokonference, kan videotolkning ikke gennemføres.

Det kræver mellem 512Kbit og 1Mbit fri tilgængelig båndbredde i up/download for at køre en videosamtale i fornuftig kvalitet. HD kræver 1Mbit. Praksis har typisk 1/10 Mbit (dvs. garanteret 512 Kbit/2Mbit). 10Mbit i download er tilstrækkelig, men 1Mbit i upload er for lidt til hele klinikken, da der kører andet på samme linje, og derfor er den nødvendige båndbredde ikke til rådighed. Videosamtale, i modsætning til IP-telefoni, er meget krævende ift. kvalitet og hastighed. Fx kan der køre 40 samtidige IP-telefonsamtaler på en linje, der kun kan trække én videoforbindelse.

Generelt kan vi konstatere, at praksis der kører deres it-lægesystem som en ASP/hosting-løsning ikke kan udføre videokonference på samme bredbåndslinje. Årsagen er, at disse klinikker deler båndbredde med andre lignende klinikker, og lægesystemleverandørerne kan ikke garantere nok båndbredde. Det kan resultere i problemer med svartider for andre kunder pga. båndbreddeforbrug. En enkelt klinik med IP-telefoni har heller ikke haft båndbredde nok til at kunne køre videokonference på samme bredbåndslinje. Resultatet var at fire klinikker måtte tages ud af projektet enten pga. deres hosting-løsning, fordi de kørte IP-telefoni, eller fordi de ikke havde tilstrækkelig båndbredde eller mulighed for at opgradere den eksisterende linje. Andre steder, med tilsvarende båndbredde problem, blev det løst ved at bruge en dedikeret bredbåndslinje, som praksis enten selv rådede over, eller ved at der blev etableret en ny linje kun til brug for video. Det fordrede, at der skulle trækkes nye netværkskabler til videoudstyret. Et enkelt sted havde TDC mulighed for at opgradere den eksisterende linje til mere end 1 Mbit i upload.

Et andet problem var manglende ledige netstik i konsultationsrummet. Det blev løst ved at "sløjfe" det dedikerede udstyr ind mellem pc'en og det netværksstik som pc'en var tilsluttet. Ved at anvende en netstiksamler ("karamel"), var det nemt at flytte videoudstyr fra rum til rum.

Webkamera-løsningen krævede velfungerende pc-højtalere og skærmopløsning, og det var der flere klinikker der havde problemer med. Det kunne løses ved at købe ekstra højtalere. Enkelte pc'er af ældre dato havde ikke tilstrækkelig høj skærmopløsning til at kunne anvendes til videokonference. Disse skulle dog alligevel fornyes inden længere tid. Ved at benytte webkamera og en softwareklient var der mange fejlkloder når teknikken ikke virkede. Klinikker der benyttede dedikerede bredbåndslinjer havde ikke mulighed for at afprøve webkamera på de pc'er, som var tilsluttet it-lægesystemet, da bredbåndslinjen her ikke var tilstrækkelig. Endelig anbefales det, at der ved anvendelse af web-kamera indkøbes et USB-forlængerstik.



## **Lægernes vurdering af løsningen**

Det er fremgået af projektdeltagernes logskemaer, at nogle videotolkninger ikke er blevet gennemført. Årsagerne har bl.a. været:

- Tolkebureauet har udbudt for få sprog via video.
- Tolkebureauet har haft for korte åbningstider. (Især gældende ved projektopstart).
- I opstartsfasen sendte tolkebureauet flere gange en fremmødetoalk, selvom der var booket videotolk.
- Man havde fået oplyst et forkert nummer til tolken, tolkens udstyr virkede ikke eller tolken var af andre årsager ikke klar til tolkningen.

Efter at ovennævnte udfordringer er blevet identificeret og løst, har lægerne generelt været meget positive overfor videotolkning. Særligt opleves løsningen som yderst anvendelig ift. akutte tolkninger. Tilvænning til teknologien og de nye arbejdsgange kræver 'hands on'-afprøvning og derefter hyppig anvendelse af løsningen. Langt de fleste projektdeltagere er da også interesserede i at fortsætte med at anvende videotolkning efter endt projektperiode. Dog efterlyses der en forbedring af arbejdsgange og mere fleksibilitet ved tolkebureauerne (se næste kapitel). Enkelte lægepraksis har ikke været tilfredse med videotolkning; kritikken går på tekniske udfordringer, på manglende professionalisme hos teletolken og på at videotolkning vanskeliggør flowet i en samtale. Som nævnt har projektsekretariatet under hele pilotperioden stået til rådighed med teknisk support, hvilket praksis har benyttet sig meget af. Ved videre implementering af videotolkning er det altså vigtigt at praksis har et centralt sted de kan henvende sig til for support.

## **Delkonklusioner**

- Videokonference i HD-kvalitet stiller krav til båndbredde og netværkskvalitet, min. 1152 Kbit/s i både up- og download pr. samtidig videokonference.
- Hos klinikker med ASP/hosting-it-lægesystemer kræves en dedikeret bredbåndslinje til videokonference eller en opgradering af den eksisterende.
- Webkamera kræver pc'er af nyere dato samt pc-højtalere.
- Webkamera og softwareklient er svære at fejlsøge på.
- Hvis ikke videokonferenceudstyret kan sløjfes ind på samme netværksstik som pc'en, kan brug af standalone videoudstyr kræve flere netværksstik.
- Der skal være klare aftaler omkring en supportfunktion.
- Det har ikke været et problem at køre videosamtale på den pc, som man i forvejen har brugt til sit it-lægesystem.

## 4. Organisation

I de deltagende lægepraksis er den generelle oplevelse, at implementering af videotolkning ikke kræver de store ændringer i arbejdsgange. Der er dog en række aspekter, man skal være opmærksom på ved implementering. Disse aspekter kan inddeles i fire hovedområder: 1) den organisatoriske anvendelighed af videotolkning, 2) håndtering af forsinkelser, 3) aftaler med regionerne og 4) arbejdsgange på tolkebureauerne.

### **Videotolknings organisatoriske anvendelighed**

I forhold til den organisatoriske anvendelighed af videotolkning, er de mest gennemgående temaer 'tilgængelighed' og 'fleksibilitet'. I nogle lægepraksis har man tidligere koordineret konsultationer med fremmødetolkning efter patientens sprog, således at alle patienter med behov for fx tyrkisk tolkning har fået aftaler den samme dag. Dette kræver en del koordinering i lægesekretariatene. Ved videotolkning er denne koordinering ikke nødvendig, da man ikke er afhængig af, at tolken skal være fysisk tilstede. Lægernes erfaring med videotolkning er, at man altid har let adgang til tolke med det efterspurgte sprog. Denne tilgængelighed er gældende både ved konsultationer, som aftales på forhånd og akutte konsultationer. Det er dog særligt i akutte<sup>4</sup> situationer, at videotolknings fordel bliver meget tydelig: akut fremmødetolkning er ofte ikke mulig og man må derfor ty til familiemedlemmer eller helt undvære tolk. Ved anvendelse af videotolkning er det oftest muligt at få en aftale med en teletolk samme dag som den akutte patient møder op i lægepraksis.

Flere læger fortæller, at de er særligt opmærksomme på *ikke* at spilde teletolken tid, selvom der i dette henseende ikke burde være forskel på lægens oplevelse af hhv. teletolk og fremmødetolk. Dette er kommet til udtryk ved en følelse af kejtethed og stress på de tidspunkter under konsultationen, hvor tolken ikke er direkte involveret, dvs. på tidspunkter, hvor der ikke er samtale mellem læge og patient, fx når der foretages undersøgelser. Denne oplevelse har resulteret i, at enkelte læger har foretrukket først at færdiggøre konsultationens samtale-del for derefter at afslutte videoopkaldet og foretage eventuelle undersøgelser uden kontakt til tolken. Enkelte læger har oplevet, at videotolken ikke har kunnet høre samtalen, hvis læge og patient flyttede sig lidt væk fra udstyret for at gennemføre en undersøgelse. Dette er selvfølgelig ikke hensigtsmæssigt. Flertallet har dog haft videotolken med under og efter undersøgelser (eventuelt med slukket billedside) og har ikke oplevet problemer. Der er ved videotolkning ikke så stor fleksibilitet ift. placering i lokalet og ift. hvordan læge og patient sidder overfor hinanden. Enkelte har oplevet dette som problematisk, men flertallet af de interviewede læger vurderer, at dette er blot et spørgsmål om tilvænning.

En klar fordel ved videotolkning er, at den tid og at de ressourcer der bruges på transport og parkering ved anvendelse af fremmødetolk spares. I forhold til den tid der bruges på *selve konsultationen* er den generelle oplevelse dog at videotolkning ikke er tidsbesparende; en konsultation tager den tid den tager – uanset om der anvendes fremmøde- eller teletolk. Dog opfattes tiden under videotolkning som brugt mere effektivt end ved fremmødetolkning. Man oplever, at kommunikationen foregår mere direkte, og at der går mindre information tabt ved videotolkning. Yderligere er der givet eksempler på at videotolkning reducerer den tid, som bruges umiddelbart før og efter konsultationen; ved fremmødetolkning bruges der en del tid på ankomst, hilsner, småsnak osv. Dog understreges vigtigheden af, at man også ved videotolkning giver plads til udveksling af høfligheder o.l. for at etablere en god stemning.

Efter endt konsultation har der været forskelle i praksis på, om hvor vidt patienten har fået en ny tid, mens der har været kontakt til teletolken, eller om aftalen er lavet, efter at selve tolkningen er afsluttet. Uanset måden den nye aftale er lavet på, har lægerne dog enstemmigt udtalt, at der ikke har været nogen problemer forbundet med at kommunikere til patienten, at han/hun skal have en tid til en ny konsultation.

---

<sup>4</sup> Bemærk at 'akut' betyder noget andet i almen praksis, end det gør på skadestuen. I almen praksis refererer 'akut' til samme dag.

## **Håndtering af forsinkelser**

En betydelig udfordring ved implementering af videotolkning er håndteringen af forsinkelser, uanset om det er lægen, tolken eller patienten, der er forsinket. Da en teletolk oftest kun er booket 15-20 minutter pr. konsultation, kan selv en lille forsinkelse være et relativt stort problem. Nogle læger bliver stressede af forsinkelser i praksis inden en videotolkning eller af påmindelser om en kommende videotolkning, og endelig bliver tiden inden en videotolkning påvirket af, at nogle læger foretrækker, at kontakten til teletolken er etableret, inden patienten kommer ind til konsultation. Generelt opfattes det dog ikke som særligt problematisk, at tage det ekstra hensyn til videotolkeaftaler. Flere læger løser problemstillingen ved at lægge konsultationer med tolkning om morgenen eller umiddelbart efter frokostpause, således at risikoen for forsinkelser reduceres. En enkelt læge har meldt ud, at han godt kan finde på at prioritere konsultationer med videotolkning over andre konsultationer for at undgå forsinkelser. Dette opfattes af lægen som "en rimelig pris at betale".

En enkelt læge har nævnt forsinkelser fra patientens side som et problem og har understreget vigtigheden af at informere patienten, der skal modtage videotolkning om, at han/hun skal komme til tiden. I de tilfælde hvor lægen er forsinket, har man i nogle praksis ringet til det pågældende tolkebureau for at informere om forsinkelsen. Hvis tolken har siddet og ventet på lægens videoopkald, har tolkebureauerne i flere tilfælde foretaget et telefonopkald til den pågældende praksis, hvilket kan stresser lægen. Dog er der givet udtryk for, at teletolkene er imødekommende ift. forsinkelser fra lægens side. I de tilfælde hvor tolken har været forsinket (eller hvor der er opstået misforståelser omkring aftalen) har man i flere praksis foretaget et telefonopkald til det pågældende tolkebureau. Til gengæld er det meget sjældent, at lægerne bliver informeret om forsinkelser fra tolkens side. Det anbefales, at der udarbejdes nogle klare procedurer ift. at informere om forsinkelser for alle de involverede parter.

## **Aftaler med regionerne**

Problematikken omkring forsinkelser hænger sammen med de regionale aftaler omhandlende videotolkning. Generelt har de deltagende læger meldt ud, at de mangler information om reglerne for tidsbestilling af teletolke og de dertilhørende afregningsmæssige aspekter. Oftest har lægerne antaget, at de kun havde lov til at booke en teletolk 15-20 min. pr. konsultation, hvilket i nogle tilfælde kan være utilstrækkeligt, fx ved en mere kompleks konsultation. Den kortere bookingtid gør samtidig de tolkede konsultationer sårbare overfor de forsinkelser som ind imellem opstår i almen praksis. Ved fremmødetolkning er tolken ofte booket en time og er derfor mere fleksibel. Det kan overvejes om almen praksis i en overgangsperiode skal have mulighed for at booke videotolke lige så lang tid som fremmødetolke.

Det er nødvendigt, at regionerne fortsat arbejder på at vedligeholde og udvikle de services, der er aftalt i kontrakterne med tolkebureauerne, som også er gældende for hospitalerne. Der er enkelte lægepraksis der har fundet, at der har været for meget bureaukrati omkring videotolkning; dokumentationen for videosamtalerne over for regionerne har været for besværlig. Det anbefales derfor at regionerne fortsat monitorerer og smidiggør disse procedurer, således at besværlige arbejdsgange ikke bliver stopklods for udbredelsen af videotolkning.

## **Arbejdsgange på tolkebureauerne**

Siden projektopstart i 2009 har alle regioner gennemført udbudsrunder på tolkeområdet med krav om teletolkning. Der er 14 tolkebureauer, som har aftaler med de fem regioner, og hver region har aftaler med to til fire forskellige tolkebureauer. Ti af tolkeudbydere tilbyder på nuværende tidspunkt videotolkning og de andre er på vej. Tolkebureauerne har haft en tæt dialog med MedCom for at etablere videotolkning, og de fleste har deres udstyrs endepunkter registreret direkte ind på Videoknudepunktet. Der har været mange udfordringer i at få kommunikationen mellem forskellige producenter/platforme til at lykkes. De største udfordringer har været forskellig implementering af SIP-rammestandarden og hvordan udgående videokald kan routes. Dialogen med producenterne er i gang, og der arbejdes fortsat på at finde fælles løsninger.

En helt central udfordring med tolkebureauerne har været mangelfuld kommunikation omkring bekræftelse af de videonumre som praksis skulle ringe til, når der skulle gennemføres videotolkesamtaler. Dette har været årsag til en del frustration ved lægerne, og der har været flere oplevelser med at tolkene ikke har været online eller ikke sad ved de oplyste videonumre, hvilket i nogle tilfælde har resulteret i aflysning af patientens aftale. En enkelt praksis har med stor beklagelse måtte opgive deres deltagelse i pilotprojektet, da udfordringerne i forhold til kontakt til tolkeudbydere blev for tidskrævende. For at imødekomme denne udfordring er der afholdt ad hoc-møder med de involverede tolkebureauer, regioner, lægepraksis og MedCom. Formålet har været at få forbedret arbejdsgange og procedure til alles bedste og få inddraget parternes erfaringer på et tidligt tidspunkt. MedCom har opfordret tolkebureauerne til at begrænse antallet af videonumre, så der kun er registreret det antal videoapparater, der reelt er behov for. For at skabe et bedre overblik over disse videonumre, har MedCom iværksat oprettelsen af en central telefonbog, bl.a. indeholdende de tolkebureauer som regionerne har aftaler med.

Flere læger har efterlyst mulighed for at booke den samme tolk – fx til et længevarende forløb eller til en bestemt patient. Ligeledes har nogle praksis behov for at kunne bestille enten en mandlig eller en kvindelig tolk. Her er tolkebureauernes praksis ikke ændret og lige som ved fremmødetolkning er det muligt at anføre eventuelle ønsker ved bestilling. Tolkebureauet vil bestræbe sig på at opfylde disse. Deltagelsen i pilotprojektet har også været en læringsproces for tolkebureauerne, og de har skullet tilpasse deres udbud af tolkninger til efterspørgslen fra almen praksis.

### **Delkonklusioner**

- Videotolkning opfattes som meget anvendeligt pga. fleksibilitet og tilgængelighed.
- De praktiserende læger oplever, at kommunikationen foregår mere direkte og mindre information går tabt
- Videotolkning muliggør akutte tolkninger.
- Videotolkning kræver, at praksis er opmærksomme på forsinkelser og på om den bookedede tolketid overholdes.
- Ved anvendelse af videotolkning reduceres tid og ressourcer brugt på tolkens transport og parkering til nul.
- I forhold til den tid der bruges på *selve konsultationen* er den generelle oplevelse dog, at videotolkning ikke er tidsbesparende; en konsultation tager den tid den tager – uanset om der anvendes fremmøde- eller teletolk. Dog opfattes tiden under videotolkning som brugt mere effektivt end ved fremmødetolkning.
- Ved videotolkning skal der også være plads til udveksling af høfligheder o.l. for at etablere en god stemning.
- Der er behov for retningslinjer for håndteringen af forsinkelser.
- Den tid der er afsat til en videotolke-konsultation er ikke altid tilstrækkelig.
- Lægerne mangler information om reglerne for tidsbestilling af teletolke og de dertilhørende afregningsmæssige aspekter.
- Der er behov for at tolkebureauerne smidiggør arbejdsgange ift. aftaler og kommunikation omkring videotolkning.
- En helt central udfordring med tolkebureauerne har været mangelfuld kommunikation omkring bekræftelse af de videonumre som praksis skulle ringe til.

## 5. Patienten

Lægernes generelle oplevelse er, at de patienter, som har modtaget videotolkning, har været tilfredse med løsningen. Flere patienter har givet udtryk for, at videotolkning fungerer godt, at løsningen opleves som værende til deres fordel, og at de ikke har været kede af at skulle opgive fremmødetolken. Accepten af videotolkning hænger sammen med, at de involverede patienter overordnet har en stor tillid til den praktiserende læge; når lægen introducerer videotolkning, har patienten tillid til at det er en god ide. Hvordan patienterne er blevet informeret om videotolkning har varieret i praksis: nogle læger har informeret om teknologien under den forudgående konsultation, mens andre først har gjort det til selve den konsultation, hvor videotolkning tages i brug. I de tilfælde hvor patienten ikke er blevet informeret på forhånd, har der ikke været nogen problemer med at kommunikere til patienten, fx via kropssprog, at man vil anvende videotolkning. Ingen læger har anvendt det patientinformationsmateriale, som projektsekretariatet har udarbejdet. Informationsmaterialet findes på mere end tyve sprog, men har ikke været efterspurgt i almen praksis.

### ***Øget tryghed***

For patienten er videotolkning forbundet med tryghed. Lægerne oplever, at patienterne føler sig mere sikre på, at tolken overholder sin tavshedspligt ved videotolkning. Endvidere er der ved fremmødetolkning stor risiko for, at tolken er en del af patientens omgangskreds eller lokalmiljø, hvilket kan være en barriere for kommunikationen under en konsultation. Her skal det dog nævnes at, i takt med at videotolkning i fremtiden i højere grad udbydes fra lokale tolkecentre, kan der også her være en risiko for, at tolk og patient kender hinanden.

Tryghed hænger også sammen med kønsaspektet ift. tolkning. Kønsproblematikken, særligt kvindelige patienter som vil finde det utrygt el. upassende, at have en mandlig tolk, fylder ofte meget i diskussioner af tolkeanvendelse. I dette pilotprojekt har det været en problematik i en enkelt praksis, hvor man ikke var klar over muligheden for at ønske videotolk af et bestemt køn. Generelt har køn dog ikke været oplevet som et problem eller en udfordring i projektet. Patienterne har bredt accepteret videotolkning, og samtidig har lægerne været gode til at tage højde for eventuelle intime el. meget personlige elementer i en konsultation, enten ved at lukke for videokontaktens billedside, ved at dreje videokonferenceudstyret væk fra patienten eller ved at afbryde kontakten helt.

### ***Bedre kommunikation***

Flertallet af lægerne oplever, at de ved videotolkning har mere direkte kontakt til patienten. Ved fremmødetolkning opleves det at tolken "fylder meget i rummet" og har en styrende effekt på samtalen. Særligt ift. psykiatriske patienter nævnes det at patienten "åbner mere op" ved videotolkning. Denne observation stemmer godt overens med erfaringer fra tele-psykiatri samt fra anvendelsen af videokonferenceudstyr på Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre i Holstebro. Den generelle oplevelse med videotolkning er, at "man taler *med* patienten, og ikke *om* patienten". Teletolkens anonymitet og professionalisme sikrer, at tolkningen i højere grad fungerer som oversættelsesredskab, frem for at være en influerende del af samtalen mellem læge og patient. Det er nemmere for lægen at stille spørgsmål direkte til patienten, og tolken har mindre indflydelse på, hvordan patienten svarer. En enkelt praksis nævner dog, at de med videotolkning savner muligheder for at anskueliggøre ting for patienten ved hjælp af tegninger og lignende. Disse kan ikke ses af videotolken, og derved mistes en væsentlig mulighed for at kommunikere og forklare ting på tværs af sprog- og vidensforskelle.

De fleste læger oplever at have god kontakt til patienten og at oversættelsen er 'mere ren' ved videotolkning, men for mange er selve placeringen foran kameraet lidt af en udfordring. Hvis både læge og patient skal være synlig for tolken kan de komme til at sidde meget tæt og næsten med siden til hinanden. Det vanskeliggør naturlig øjenkontakt og aflæsning af kropssprog. En løsning kan være at placere kameraet lidt længere væk og derved få en større vinkel, så parterne kan sidde med front mod hinanden. Alternativt må

man placere sig i forhold til kameraet, således at patienten er synlig for tolken, mens tolken er synlig for både læge og patient. Det er vigtigt at læge og patient har den primære kontakt og kommunikation. Med videotolkning er der en fare for at de i stedet kommer til at fokusere på tolken - eller "se tv" som en læge formulerer det.

### **Barrierer**

Der har dog været enkelte tilfælde af modstand mod videotolkning, fx har kønsproblematikken nogle få gange været en barriere. Dog har man med videotolkning mulighed for at tage højde for disse situationer, da lægen ved bookingen af en teletolk, lige så vel som ved en fremmødetolk, har mulighed for specifikt at efterspørge enten en mandlig el. kvindelig tolk. Der har også været eksempler på modstand i tilfælde hvor patienten har et tæt, personligt forhold til den fremmødetolk som han/hun vanligt har anvendt. I en enkelt praksis har der været eksempler på patienter med faste tolke, som er blevet helt væk fra konsultationer pga. forbehold overfor videotolkning. Modstanden har syntes at komme både fra patienten og tolken. Der har også været eksempler på, at patienten og den vanlige fremmødetolk har lavet uformelle aftaler i forhold til næste konsultation, så det har været vanskeligt for lægen at ændre aftalen til en konsultation med videotolkning.

Her skal det nævnes, at der højst sandsynligt altid vil være enkelte patienter, hvor fremmødetolkning er nødvendigt for at kunne gennemføre en konsultation. Flertallet af de deltagende læger mener dog, at videotolkning i langt de fleste tilfælde er at foretrække jf. den tryghed som patienten føler og den mere neutrale oversættelse. Bemærk også, som nævnt i forrige kapitel, at der ved booking af teletolk er mulighed for at bestille den samme tolk, hvis det af lægen vurderes som mest hensigtsmæssigt.

### **Delkonklusioner**

- Der er generel tilfredshed med videotolkning blandt patienter.
- Videotolkning giver patienten tryghed; en teletolk opfattes som mere anonym og mindre styrende end en fremmødetolk, hvilket gavner kommunikationen ml. læge og patient og øger patientens tillid til tolkens tavshedspligt.
- Køn er i de fleste tilfælde ikke en særskilt problematik ved videotolkninger
- Nogle tilfælde af modstand hos patienten kan løses ved specifikt at booke fx en i forvejen kendt teletolk eller en teletolk af bestemt køn, afhængigt af problemstillingen.
- Selve placeringen foran videoudstyret kan være en udfordring for kontakten til patienten.
- Videotolkning understøtter at man taler *med* patienten og ikke *om* patienten.

## 6. Økonomi

At beregne eventuelle økonomiske gevinster ved implementering af videotolkning i almen praksis er et kompliceret regnestykke, hvor mange faktorer spiller ind. I dette afsnit præsenteres en konservativ beregning, som tager udgangspunkt i nogle af de antagelser og beregningsmodeller, som også ligger til grund for det nationale teletolkeprojekts business case<sup>5</sup>.

Det må forventes at priserne på videokonferenceudstyr (endepunkter) vil falde i takt med større volumen i markedet og dermed større konkurrence på området, men samtidig stiger kravene til videokonferen-cekvalitet og dermed også til netværk, både i forhold til tilgængelig båndbredde og i forhold til kvaliteten (forsinkelse, variation og tab). Yderligere vil der også være øget efterspørgsel efter videokommunikation; "hele tiden, hvor som helst og på alle typer udstyr". Disse faktorer øger kompleksiteten i videoinfrastruktu-ren. Investeringsafkast bør derfor beregnes i forhold til de udgifter som videokonference kan være med til at mindske, dvs. primært transporttid/spildtid. Ved anvendelse af videotolkning reduceres tid og ressourcer brugt på tolkens transport og parkering. For en diskussion af videotolknings effekt ift. eventuelle tidsbespar-elser i almen praksis, se kap. 4.

### Økonomisk konsekvens

I et forsøg på at vurdere de økonomiske konsekvenser af videotolkning i almen praksis kan man sammen-ligne udgifterne ved fremmødetolkning med estimerede udgifter ved videotolkning. For at lave den bereg-ning, er der her opstillet en række overordnede forudsætninger og begrænsninger, som resulterer i et kon-servativt scenarie der bevidst underestimerer gevinsten og dermed værdien af at udbrede videotolkning i praksissektoren.

#### Forudsætninger:

1. Nyttens ved de to måder at tolke på er uændret. Det betyder, at de kvalitative gevinster, som der vurde-res at være ved videotolkning, ikke er kvantificeret og indregnet i det økonomiske eksempel. Disse ge-vinster vurderes at bidrage med en ikke ubetydelig samfundsøkonomisk gevinst og inkluderer:
  - Bedre kvalitet og dækning af tolkning.
  - Miljømæssige gevinster ved mindre transport.
  - Der opbygges en overordnet investering i infrastruktur, der kan bruges til andre formål end video-tolkning, fx møder mellem sundhedsprofessionelle, psykiatrisk rådgivning mv.
2. Tolkebistanden leveres i et konkurrenceudsat marked. Udgifterne til tolkebistand er den betydeligste omkostning ved såvel fremmøde- som videotolkning og eksemplet er derfor meget følsom for ændrin-ger i priserne pr. tolkning.
3. Ved hver tolkning betales der for ½ time – hverken mere eller mindre. Det gør sig også gældende i for-hold til estimeringen af udgifter til videotolkning. De nævnte priser er baseret på faktiske gennemsnits-priser fra to regioner.
4. Det centrale videoknudepunkt (VDX) eksisterer og drives på en sådan måde, at marginalomkostningen ved at bruge VDX'en til videotolkning i almen praksis er lig nul.
5. Det er alene omkostninger til selve videokonferenceudstyret og opsætning af dette, samt undervisning der medtages. Eventuelle afledte udgifter til eksempelvis dedikeret netværkslinje er ikke indeholdt i be-regningerne. Prisen for videokonferenceudstyr er anslået til kr. 10.000,-. pr enhed (uanset om det er de-dikeret videoudstyr eller softwareløsning til pc med webkamera). I projektperioden har priser på udstyr været faldende og det forventes at denne tendens fortsætter.

<sup>5</sup> <http://www.medcom.dk/dwn2930>

			År 0	År 1
<b>Omkostninger pr. lægepraksis til videotolkning</b>				
Pris på ½ times videotolkning - dagtid, hverdag		203		
Pris på ½ times fremmødetolkning - dagtid, hverdag		354		
Videoudstyr, én station		10.000 <sup>6</sup>		
Teknikhjælp v. opsætning af udstyr		2.202 <sup>7</sup>		
Uddannelse		692 <sup>8</sup>		
I alt pr. lægepraksis		<b>12.894</b>		
Pris på ½ timers videotolkning - dagtid, hverdag		203 <sup>9</sup>		
Pris på ½ timers fremmødetolkning - dagtid, hverdag		354 <sup>10</sup>		
Antal tolkninger i 2008		79.490 <sup>11</sup>		
<b>Udgifter til fremmødetolkninger i 2008</b>		<b>28.139.460</b>		
Antal tolkninger i 100 praksis (20 praksis pr. region, alle med markante tolkebehov (top 20)).		31.710		
% af alle tolkninger i de 100 praksis	40 %			
Udgifter til videotolkninger i de 100 praksis		6.437.130		
Etableringsomkostninger i 100 praksis i år 0			1.289.400	
I alt udgifter til 40 % videotolkning			7.726.530	6.437.130
I alt udgifter til 60 % fremmødetolkninger			16.883.676	16.883.676
<b>I alt tolkeudgifter (40 % videotolkning + 60 % fremmødetolkning)</b>			<b>25.899.606</b>	<b>23.320.806</b>
<b>Økonomiske gevinster total</b>			<b>2.239.854</b>	<b>4.818.654</b>

### Delkonklusion

Vi har opstillet et scenarie, hvor videotolkning implementeres i de 20 praksis i hver region som har de største forbrug af tolkeydelser. Det inkluderer 100 praksis med samlet 31.710 årlige tolkekonsultationer ud af i alt 79.490 tolkninger i almen praksis i 2008 og resulterer i en dækningsgrad på 40 %. Omlægges disse 40 % af den samlede tolkebistand til videotolkninger betyder det, at de samlede tolkeudgifter udgør kr. 23.320.806 (altså ved 40 % videotolkninger og 60 % fremmødetolkninger). Etableringsomkostninger i de 100 praksis udgør kr. 1.289.400. Dette holdt op imod udgifterne på 28.139.460 til ren fremmødetolkning, giver en økonomisk gevinst det første år på kr. 2.239.854 og de følgende år på **kr. 4.818.654**. Det skal nævnes at økonomiberegningen ikke har værdisat den support, som de deltagende praktiserende læger har modtaget fra projektleder og projektsekretariat under opstart og i løbet af pilotafprøvningen.

<sup>6</sup> Løbende etablering af udstyr hos nyttilsluttede læger.

<sup>7</sup> 1 dags (7,5 timer) teknikhjælp pr. station.

<sup>8</sup> 1½ time pr. medarbejder og 2 medarbejdere pr. praksis. Efterfølgende uddannelse kan ske ved sidemandsoplæring.

<sup>9</sup> Gennemsnitpris for regioners billigste 2010-aftaler med private tolkeleverandører.

<sup>10</sup> Gennemsnitpris for regioners billigste 2010-aftaler med private tolkeleverandører. Prisen er inkl. transport (20 km i snit pr fremmødetolkning). Konservativt estimat da transportomkostninger er lavt sat.

<sup>11</sup> Regionernes sygesikringsregister i 2008 på ydelsesnr. 2161 (Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk.)



## 7. Diskussion og perspektiver

Et flertal af de deltagende lægepraksis har vurderet videotolkning som en anvendelig og lægefagligt tilfredsstillende løsning. Den mest signifikante effekt ved videotolkning er forbedringen af de interpersonelle relationer. Denne forbedring sker i kraft af, at tolkningen opleves som mere direkte og neutral. Endvidere værdsætter parterne teletolkens højere grad af anonymitet i konsultationen. En fremmødetolk kan fylde for meget, både i kraft af sin fysiske tilstedeværelse i lokalet og hans/hendes indflydelse på samtalen. Fremmødetolkens fysiske ankomst kan også påvirke den tid, der er til rådighed til den egentlige konsultation. Til gengæld er fremmødetolke mere fleksible ift. forsinkelser, under de nuværende rammer for tidsbestilling af teletolke. Ved videotolkning har lægen lettere ved at styre samtalen - en læge har udtrykt, at hun følte at "rummet blev hendes eget". Det kan dog også være en udfordring i den forstand, at lægen nu skal være mere opmærksom på at strukturere konsultationen, hvilket fremmødetolken tidligere har hjulpet med. Ved anvendelse af fremmødetolkning er tolken ofte blevet pålagt opgaver som ligger udenfor selve oversættelsesopgaven: Fx at tage sig af patientens børn under konsultationen eller at hjælpe patienten efter endt konsultation. Denne støtte kan en teletolk ikke tilbyde, hvilket dog ikke synes at udgøre et problem. Ofte er lægen ikke interesseret i, at der foregår for meget kommunikation og fortolkning ml. patient og tolk udenfor konsultationen, da der kan opstå eventuelle misforståelser.

I nogle tilfælde kan det være fordelagtigt for læge og patient, at det er den samme tolk som følger patientens forløb. Flere læger har dog udtrykt at teletolken ideelt bør være et objektive redskab til oversættelse, og at det oftest ikke er noget problem med forskellige tolke fra gang til gang. Tolkningens objektivitet afhænger selvfølgelig af teletolkens professionalisme, og overordnet har lægerne været tilfredse med teletolkene i pilotprojektet. Som tidligere nævnt, kan nogle tilfælde af modstand overfor videotolkning hos patienten løses ved specifikt at booke fx en i forvejen kendt teletolk eller en teletolk af bestemt køn. Når det er sagt, vil der sandsynligvis være situationer, hvor fremmødetolkning er at foretrække frem for videotolkning. Her nævnes: ved svært psykisk belastede patienter eller typer af svære samtaler samt til længerevarende undersøgelser (fx generel helbredsundersøgelse), hvor videotolknings mangel på naturlige samtale-flow kan være en hindring. Det forventes, at nogle af situationerne, særligt sidstnævnte, med tiden kan foretages med videotolkning, i takt med at man bliver mere fortrolig med teknologien. I de afholdte evalueringssamtaler har der da også overordnet været bred enighed om, at videotolkning i høj grad kan erstatte fremmødetolkning.

Lægernes overordnede oplevelse er, at teknologien ikke står i vejen for den nødvendige grad af personlig kontakt mellem konsultationens tre parter, og at løsningen også fungerer fint ift. at opfatte den nonverbale kommunikation, som ofte er meget vigtig. Her bliver videotolkningens fordele tydelige i forhold til telefontolkning. Der er blevet efterlyst at anvende video- el. telefontolkning i andre henseende. En læge har udtalt, at han godt kunne forestille sig at anvende videokonferenceudstyret til korte, fokuserede udskrivningskonferencer for medicinske og psykiatriske patienter. Projektsekretariatet for Teletolkeprojektet forslår endvidere at mulighederne for tegnsprogstolkning, møder, second opinions og hjemmeadgang til lægen mm. via videokonference udforskes nærmere.

Der er visse barrierer og forudsætninger for udbredelse. Hovedparten af barrierer er et spørgsmål om tilvænnning, fx kræver interaktion via video tilvænnning over tid, ligesom at fortrolighed med teknologien kræver regelmæssig anvendelse. Endvidere vil en fortsat udvikling af teknologien samt tolkebureauernes fortrolighed med løsningen bidrage til at mange af de barrierer, som er identificeret i denne evaluering kan nedbrydes. Samlet set viser pilotafprøvningen, at videotolkning i almen praksis har potentiale – både i forhold til kvalitet i tolkningen og i forhold til en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer. At indføre ny teknologi og nye arbejdsgange i almen praksis er ikke uden udfordringer, men samtidig viser evalueringen at flertallet af de deltagende almen praksis er positive overfor løsningen og ønsker at fortsætte med videotolkning efter pilotperiodens udløb. Den økonomiske beregning viser endvidere at man, med en satsning på de 20 mest tolkeanvendende praksis i hver region, vil kunne opnå en besparelse allerede i løbet af to år. Da det økonomiske scenarie er konservativt, vil denne besparelse sandsynligvis være større end her estimeret.

## 8. Konklusion og anbefalinger

	Fordele	Opmærksomhedspunkter	Anbefalinger
<b>Generelt</b>	<p>Muligt for tolken at befinde sig fysisk et andet sted, mens fordelene ved fysisk tilstedeværelse, såsom nonverbal kommunikation, opretholdes.</p> <p>Øget mulighed for at tilbyde tolkeservice i situationer, hvor det i dag ikke er muligt - f.eks. akut.</p> <p>Lægerne i pilotprojektet anerkender løsningens potentiale for kvalitetsforbedring.</p> <p>Videotolkning øger tilgængeligheden af små sprog.</p> <p>Kommunikationen foregår mere direkte og mindre information går tabt. Videotolkning kan i vid udstrækning erstatte fremmødetolkning.</p>	<p>Enkelte læger ønsker ikke at skifte fra fremmøde- til videotolk forløb, hvor patienten gennem længere tid har været vant til den samme fremmødetolk.</p> <p>Nogle typer af konsultationer – fx lange konsultationer eller konsultationer med meget komplekse problematikker (herunder psykisk sygdom) kan den personlige kontakt via en fremmødetolk forekomme mest hensigtsmæssig. Her skal dog nævnes at nogle af situationerne, særligt sidstnævnte, med tiden kan foretages med videotolkning, i takt med at man bliver mere fortrolig med teknologien.</p> <p>Det er vigtigt at tolkebureauet udbyder de sprog, som praksis har brug for og at åbningstiderne matcher praksis.</p> <p>I opstartsfasen sendte tolkebureauet flere gange en fremmødetolk, selvom der var booket videotolk.</p> <p>Man havde fået oplyst et forkert nummer til tolken, tolkens udstyr virkede ikke, eller tolken var af andre årsager ikke klar til tolkningen.</p>	<p>Ved implementering kræver det vedholdenhed at hjælpe lægerne hen til det punkt, hvor videotolkning bliver en naturlig del af praksis.</p> <p>Det er en fordel at involvere lægesekretærene i implementeringen.</p> <p>Videokonferenceudstyr har mange anvendelsesmuligheder og projektsekretariatet for Teletolkeprojektet forslår, at mulighederne for møder, second opinions og hjemmeadgang til lægen mm. via videokonference udforskes nærmere.</p>

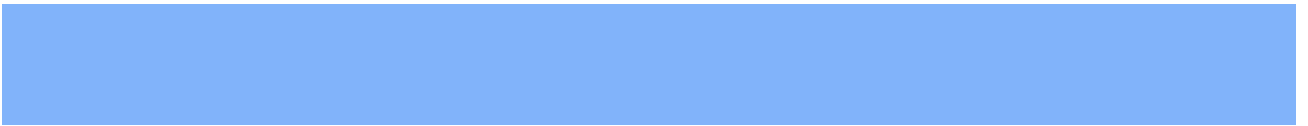
	<b>Fordele</b>	<b>Opmærksomhedspunkter</b>	<b>Anbefalinger</b>
<b>Teknologi</b>	<p>Overordnet opfattes teknologien som nem at anvende.</p> <p>Teknologien kan anvendes på andre områder, f.eks. udskrivningskonferencer.</p> <p>Videotolkning kan foregå både via dedikeret udstyr og via webcam-løsning med software-klient.</p> <p>Det har ikke været noget problem at køre videosamtale på den pc, man i forvejen har brugt til sit it-lægesystem.</p>	<p>For at både læge og patient er synlige på skærmen, skal man være opmærksom på ens placering i lokalet ift. udstyret. Der er dog givet udtryk for at dette blot er et spørgsmål om tilvænning.</p> <p>Det dedikerede udstyr opfattes nogle gange som klodset.</p> <p>Begge løsninger stiller relativt høje krav til klinikens båndbredde.</p> <p>Webkamera kræver pc'er af nyere dato samt pc-højtalere.</p> <p>Webkamera og softwareklient er svære at fejlsøge på.</p> <p>Det er vigtigt at praksis' netværk er stabilt og at der er tilstrækkelig båndbredde, ellers vil det resultere i dårlig videokvalitet.</p> <p>Hos klinikker med ASP/hosting-it-lægesystemer kræves en dedikeret bredbåndslinje til videokonference eller en opgradering af den eksisterende.</p> <p>Hvis ikke videokonferenceudstyret kan sløjfes ind på samme netværksstik som pc'en, kan brug af stand-alone videoudstyr kræve flere netværksstik.</p> <p>Der har været mange udfordringer med kommunikationen mellem forskellige producenter/platforme over videoknudepunktet. Der arbejdes fortsat på at finde fælles løsninger.</p>	<p>Hvis der skal foretages undersøgelser under konsultationen, hvor læge og/eller patient foretrækker at tolken ikke kan følge med, anbefales det at anvende muligheden for at slukke for videosamtalens billedside frem for at afbryde forbindelsen. På denne måde kan der også tolkes under og efter endt undersøgelse.</p> <p>Videokonference i HD-kvalitet stiller krav til båndbredde og netværkskvalitet, min. 1152 Kbit/s i både up og download pr. samtidig videokonference.</p> <p>Båndbreddekapacitetsproblemer kan løses ved at bruge en dedikeret bredbåndslinje, som praksis enten selv råder over, eller får etableret et kun til brug for video. Dette fordrer at der trækkes nye netværkskabler til videoudstyret.</p> <p>Det anbefales at der ved anvendelse af web-kamera indkøbes et USB-forlængerstik.</p> <p>Der skal være klare aftaler omkring supportfunktion.</p>

	<b>Fordele</b>	<b>Opmærksomhedspunkter</b>	<b>Anbefalinger</b>
<b>Organisation</b>	<p>Videotolkning øger tilgængeligheden og fleksibiliteten af tolkninger.</p> <p>Videotolkning kræver mindre koordinering ift. planlægningen af tolkede konsultationer.</p> <p>Det opleves som uproblematisk at aftale en tid til en ny konsultation med patienten – også selvom dette foregår uden tolk (tidligere har fremmødte-tolken været til stede når patienten skulle have en ny tid.)</p> <p>Selvom håndtering af forsinkelser er en væsentlig udfordring ift. videotolkning, har lægerne givet udtryk for at det ikke er særligt problematisk at tage det ekstra hensyn for at undgå/håndtere forsinkelser.</p> <p>Tolkebureauerne opfattes som fleksible ift. forsinkelser i praksis.</p>	<p>En oplevelse af travlhed i praksis kan være en barriere for implementering – men de nødvendige ændringer i arbejdsgange er ofte mindre omfattende end forventet.</p> <p>En betydelig udfordring er håndteringen af forsinkelser, uanset om det er lægen, tolken eller patienten der er forsinket. Nogle læger bliver stressede af forsinkelser i praksis inden en videotolkning eller af påmindelser om en kommende videotolkning, og endelig bliver tiden inden en videotolkning påvirket af, at nogle læger foretrækker, at kontakten til teletolken er etableret, inden patienten kommer ind til konsultation.</p> <p>Ved videotolkning kan der være en følelse af at skulle tage mere hensyn til tolkens tid. Denne oplevelse har fx resulteret i, at enkelte læger har foretrukket først at færdiggøre konsultationens samtale-del for derefter at afslutte videoopkaldet og foretage eventuelle undersøgelser uden kontakt til tolken. Dette er ikke hensigtsmæssigt.</p> <p>Den tid der er afsat til en videotolke-konsultation er ikke altid tilstrækkelig. Den bookedede tid tillader ikke fleksibilitet i forhold til forsinkelser i praksis.</p> <p>Lægerne mangler information om reglerne for tidsbestilling af teletolke og de dertilhørende afregningsmæssige aspekter.</p> <p>Nogle læger oplever at der er meget bureaukrati ift. dokumentation af videotolkninger.</p> <p>En helt central udfordring har været at få bekræftet de videonumre som praksis skulle ringe til ved videotolkesamtaler. Dette har</p>	<p>Videotolkning kræver at praksis er opmærksomme på forsinkelser og på om den bookedede tolke-tid overholdes.</p> <p>Ved videotolkning skal der også være plads til udveksling af høfligheder o.l. for at etablere en god stemning.</p> <p>Der er behov for retningslinjer for håndteringen af forsinkelser og ift. at informere om forsinkelser for alle de involverede parter.</p> <p>Tolkebureauerne skal sende de rigtige oplysninger i bekræftelsen af tolkebooking, herunder det videonummer som praksis skal ringe op til.</p> <p>Det kan overvejes om almen praksis i en overgangsperiode skal have mulighed for at booke videotolke i lige så lang tid som fremmødetolke.</p> <p>Regionerne bør fortsat vedligeholde og udvikle de services der er stillet til rådighed i kontrakterne med tolkebureauerne, som også er gældende for hospitalerne.</p> <p>Regionerne kan gennem monitorering og smidige dokumentationsprocedurer, understøtte at besværlige arbejdsgange ikke bliver stopklods for udbredelsen af videotolkning.</p> <p>MedCom har opfordret tolkebureauerne til at begrænse antallet af videonumre, så det kun er det antal videoapparater, der reelt er behov for, der er</p>

		<p>været årsag til en del frustration ved lægerne, og flere har oplevet at tolkene ikke var online eller sad ved de oplyste videonumre, hvilket i nogle tilfælde har resulteret i aflysning af patientens aftale.</p> <p>Flere læger oplever, at de skal være mere styrende ift. at strukturere samtalen.</p>	<p>registreret.</p> <p>For at skabe et bedre overblik over videonumre, har MedCom iværksat oprettelsen af en central telefonbog, bl.a. indeholdende de tolkebureauer som regionerne har aftaler med.</p> <p>Man kan anføre eventuelle specifikke ønsker til valg af teletolk ved bestilling og tolkebureauet vil bestræbe sig på at opfylde disse.</p> <p>Ligesom at regionerne fortsat skal smidiggøre deres arbejdsgange, skal tolkebureauerne gøre det samme.</p> <p>En teletolk kan ikke hjælpe patienten efter endt konsultation, derfor er det vigtigt at der laves klare aftaler - fx om tid til ny konsultation - under videotolkningen.</p>
--	--	---	--

	<b>Fordele</b>	<b>Opmærksomhedspunkter</b>	<b>Anbefalinger</b>
<b>Patienten</b>	<p>Patienterne har i høj grad accepteret løsningen og har givet udtryk for tilfredshed med videotolkning.</p> <p>Det har ikke været noget problem at kommunikere til patienten, fx via kropssprog, at der nu skal anvendes videotolkning.</p> <p>Videotolkning giver patienten tryghed; en teletolk opfattes som mere anonym og mindre styrende end en fremmødetolk.</p> <p>Køn er i de fleste tilfælde ikke en særskilt problematik ved videotolkninger</p> <p>Videotolkning understøtter at man taler med patienten og ikke om patienten.</p>	<p>I takt med at videotolkning i fremtiden i højere grad udbydes fra lokale tolkecentre, kan der være en risiko for, at tolk og patient kender hinanden.</p> <p>Der har været eksempler på modstand i tilfælde hvor patienten har et tæt, personligt forhold til den fremmødetolk som han/hun vanligt har anvendt. Modstanden har syntes at komme både fra patienten og tolken.</p> <p>Der har også været eksempler på, at patienten og den vanlige fremmødetolk har lavet uformelle aftaler i forhold til næste konsultation, så det har været vanskeligt for lægen at ændre aftalen til en konsultation med videotolkning.</p>	<p>Nogle tilfælde af modstand hos patienten kan løses ved specifikt at booke fx en i forvejen kendt teletolk eller en teletolk af bestemt køn, afhængigt af problemstillingen.</p> <p>Patienten skal informeres om videotolkning enten forud for en konsultation eller ved konsultationens start.</p>

	<b>Fordele</b>	<b>Opmærksomhedspunkter</b>	<b>Anbefalinger</b>
<b>Økonomi</b>	<p>Ved anvendelse af videotolkning reduceres tid og ressourcer brugt på tolkens transport og parkering.</p> <p>En udbredelse af videotolkning i top 25 af almen praksis i hver region vil kunne dække cirka 40 % af alle tolkninger.</p>	<p>Videotolkning opfattes ikke som tidsbesparende ift. tid brugt på selve konsultationen, men som en mere effektiv brug af tid; videotolkning reducerer den tid som bruges umiddelbart før og efter konsultationen; ved fremmødetolkning bruges der er en del tid på ankomst, hilsner, småsnak osv.</p>	<p>Regionerne kan, ud fra de økonomiske udregninger lavet i denne rapport, vurdere hvor vidt videotolkning skal tilbydes i almen praksis.</p>





Rugårdsvej 15, 2.  
DK-5000 Odense C  
[www.medcom.dk](http://www.medcom.dk)  
Tlf.: +45 6543 2030  
Fax: +45 6543 2050  
E-mail: [medcom@medcom.dk](mailto:medcom@medcom.dk)  
EAN-nr. 5798002472264