

Evaluering af Teletolkeprojektet

- Implementering af et telemedicinsk redskab på danske hospitaler



Evaluering af Teletolkeprojektet – Implementering af et telemedicinsk redskab på danske hospitaler

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MTV og Sundhedstjenesteforskning,
Region Midtjylland, 2013

URL: <http://www.cfk.rm.dk/>

Emneord: videotolkning, videokonference, telemedicin, implementering

Sprog: dansk

Version: 1

Versionsdato: 02.04.2013

Udgivet af: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, april 2013

Design: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Forsidefoto: ©Medcom

Udarbejdet i samarbejde med:

Region Nordjylland

Region Midtjylland

Region Syddanmark

Region Sjælland

Region Hovedstaden

ISBN: 978-87-92400-32-1

Denne publikation citeres således:

Søbjerg LM, Lou S, Valentin GH, Brandt KB.

Evaluering af Teletolkeprojektet – Implementering af et telemedicinsk redskab på danske hospitaler.

Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MTV og Sundhedstjenesteforskning, 2013

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

MTV og Sundhedstjenesteforskning

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 78 41 43 62

E-mail: lene.soebjerg@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra www.medcom.dk og fra www.cfk.rm.dk under udgivelser/MTV og sundhedstjenesteforskning.

Resume

Projekt Teletolkning går ud på at implementere brugen af videokonferenceudstyr til at gennemføre sprogtolkninger på hospitaler, i kommuner og hos alment praktiserende læger. Projektet er finansieret af Fonden for Velfærdsteknologi og var oprindeligt fastlagt til at løbe i perioden januar 2009 til december 2012. Denne evaluering beskriver de opnåede resultater frem til 31. december 2012.

En væsentlig konklusion på projektet er, at implementering af et telemedicinsk redskab tager tid. Et centralt motiv for at iværksætte implementeringen af videotolkning var en forventning om økonomiske besparelser. Disse forventede økonomiske besparelser er ikke opnået i projektperioden.

De resultater, der præsenteres i rapporten, er ikke et entydigt udtryk for, hvorvidt videotolkningen opfylder sit potentiale, men viser de hidtil opnåede resultater samt fremadrettede potentialer.

Evalueringen viser, at der årligt gennemføres ca. 70.000 tolkninger på danske hospitaler. Andelen af videotolkninger er i perioden 2009-2012 steget fra 2 til 20 % af det samlede antal tolkninger. De samlede udgifter for tolkning på danske hospitaler udgør i 2012 knap 42 mio. kr.

Teletolkeprojektet har haft fire klart definerede mål samt et sekundært formål:

- 1) Videotolkning skal være implementeret på 90 % af relevante hospitalsafdelinger ved udgangen af 2012
- 2) Videotolkning opfattes som et anvendeligt redskab i den kliniske praksis
- 3) Der er oprettet et nationalt videoknudepunkt til videokonference i tilknytning til Sundhedsdatanettet
- 4) Der er gennemført forsøg med videotolkning i 5-10 kommuner og hos 10 alment praktiserende læger
- 5) Det er et sekundært formål, at det anvendte videokonferenceudstyr kan anvendes til andre formål

1) Evalueringen viser, at videotolkning er implementeret på 73 % af relevante hospitalsafdelinger i Danmark ved udgangen af 2012. De 73 % er et gennemsnit af de fem regioner, hvor to regioner anvendte videotolkning på mere end 90 % af relevante afdelinger, én region var meget tæt på målet (86 %), mens de to sidste regioner var relativt langt fra at nå målet på 90 %. Evalueringen viser med al tydelighed, at den/de regioner, som i implementeringen har haft såvel et økonomisk som et ledelsesmæssigt fokus på videotolkning, har opnået de bedste resultater. Ledelsesmæssig forankring og fokus er afgørende for implementeringen af et telemedicinsk projekt. Der er indgået aftale om at forlænge projektperioden til udgangen af 2013 med henblik på at nå målet samt at sikre den fremtidige forankring af videotolkning i regioner og kommuner.

2) Videotolkning opfattes som et anvendeligt redskab i den kliniske praksis. På hospitaler, i kommuner og almen praksis er der stor tilfredshed med videotolkning. Praktiske og IT-tekniske startvanskeligheder har påvirket implementeringen, men evalueringen konkluderer, at videotolkning er et brugbart redskab. 85 % af behandlere, der anvender videotolkning på danske hospitaler, udtrykker således tilfredshed med videotolkning, og blandt pati-

enter er der ingen forskel på tilfredsheden med den traditionelle fremmødetolkning og videotolkning.

3) Der er oprettet et videoknudepunkt (VDX), som understøtter kommunikationen mellem tolkebureauer og modtagere af tolkeydelser. VDX har en opetid på praktisk talt 100 % og indeholder en videotelefonbog samt et statistikmodul.

4) Der er gennemført pilotprojekter med videotolkning i 10 kommuner og hos 19 alment praktiserende læger. Erfaringerne viser, at der er et potentiale for ressourcebesparelser og kvalitetsforbedringer ved anvendelse af videotolkning, men implementering af ny teknologi tager tid, og det fulde udbytte af videotolkning er ikke opnået endnu.

5) Videokonferenceudstyret anvendes i regionerne til meget andet end videotolkning. Teletolkeprojektet har bidraget til at udbygge infrastrukturen og sikre udrulning af videokonferenceudstyr i regioner og kommuner. Der er stor begejstring for den fælles nationale tilgang til udviklingen af videokonferenceinfrastrukturen.

Anbefalinger

De positive erfaringer med videotolkning leder frem til følgende anbefalinger

- Det er vigtigt, at der sikres en solid forankring af videotolkning, når projektperioden udløber ved udgangen af 2013. Erfaringer fra Teletolkeprojektet samt generel erfaring fra implementering af nye redskaber viser, at projekter kun består efter projektets afslutning, hvis de er tilstrækkeligt forankret. Herunder skal det sikres, at der fortsat er ledelsesmæssigt fokus og opbakning til videotolkning på alle niveauer.
- For at ansøre til den mest sundhedsfaglige tolkning uanset tolkeformen anbefales det, at der arbejdes på oprettelsen og udbuddet af en godkendt tolkeuddannelse for tolke i sundhedsvæsenet.
- Det bør sikres, at regioner, kommuner og almen praksis har de rette forudsætninger for at indgå de mest fordelagtige prisaftaler med tolkebureauerne. En mulighed for dette er et øget samarbejde på tværs af organisationerne og en generel større åbenhed omkring udbuds- og prisaftaler.
- For at understøtte tolkebureauernes incitament til at opbygge større kapacitet til videotolkning, bør det være muligt for tolkebureauerne at byde på videotolkning og fremmødetolkning hver for sig. Et tolkebureau, som er fysisk hjemmehørende i én region, kan have svært ved at opfylde krav til fremmødetolkning i en anden region, mens der er gode muligheder for at kunne levere videotolkning.
- Der har i projektperioden ikke været behov for akuttolkninger eller tolkninger udenfor normal arbejdstid, da implementeringen på hospitalerne er foregået på afdelinger, der udelukkende har planlagte konsultationer i dagtimerne. Kommunerne fortæller imidlertid om et behov, ligesom akutpersonale i ambulancer har givet udtryk for behov for akuttolkning. Tolkebureauer, der har aftaler om døgnbemanning og mulighed for akut opringninger beretter imidlertid, at de ikke oplever en efterspørgsel efter dette. Det reelle behov for tolkning udenfor normal arbejdstid og i akutte situation bør undersøges nærmere.
- Med henblik på at følge udviklingen på tolkeområdet i forhold til behov for tolkning samt udgifter og priser for tolkning anbefales det, at alle regioner og kommuner

udvikler en ensartet registreringspraksis. Denne kan med fordel aftales med tolkebureauerne i forbindelse med indgåelse af aftaler.

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	1
1.1	OPDRAG	2
1.2	ORGANISERING OG FINANSIERING AF TELETOLKEPROJEKTET	2
1.2.1	<i>Projektets antagelser og evalueringens fokus</i>	4
1.2.2	<i>Evalueringens metode og opbygning</i>	6
1.2.3	<i>Evalueringens opbygning</i>	6
2	ORGANISERING OG PROJEKTSTRATEGI	8
2.1	MEDCOM	8
2.2	REGIONAL ORGANISERING	8
2.3	TOLKEBRANCHEN	11
2.4	DELKONKLUSION OM REGIONAL ORGANISERING AF TELETOLKEPROJEKTET	12
3	DEN TEKNISKE DIMENSION AF VIDEOTOLKNING	14
3.1	VIDEOKNUDEPUNKTET (VDX)	14
3.1.1	<i>Udnyttelse af VDX</i>	16
3.1.2	<i>Fordele ved den fælles løsning</i>	18
3.1.3	<i>Ledelsesmæssig opbakning i it-afdelingerne</i>	19
3.2	TEKNIKKEN PÅ AFDELINGERNE	19
3.2.1	<i>Udfordringer i daglig praksis</i>	20
3.3	DELKONKLUSION OM DEN TEKNISKE DIMENSION	22
4	(TELE)TOLKNING I KRONER OG ØRER	23
4.1	UDBREDELSESGRAD	23
4.2	DÆKNINGSGRAD	25
4.2.1	<i>Antal tolkninger på hospitaler i de fem regioner</i>	25
4.2.2	<i>Udgifter til tolkeydelser på hospitaler i de fem regioner</i>	28
4.2.3	<i>Diskussion af udbredelsesgrad og dækningsgrad</i>	32
4.3	TIDSFORBRUGSMÅLING	32
4.4	GENBEREGNING AF BUSINESS CASE	33
4.5	DELKONKLUSION OM VIDEOTOLKNING I ANTAL OG KRONER	35
5	BRUGERPERSPEKTIV	37
5.1	SAMLET TILFREDSHED MED VIDEOTOLKNING	38
5.1.1	<i>Det kliniske personales opfattelse af videotolkning</i>	41
5.1.2	<i>Det administrative personales opfattelse af videotolkning</i>	44
5.2	PATIENTERS OG BEHANDLERES TILFREDSHED MED TOLKNING PÅ OUH	47
5.3	DELKONKLUSION OM BRUGERNES OPFATTELSE AF VIDEOTOLKNING	48
6	ERFARINGER FRA KOMMUNER OG LÆGEPRAKSIS	50
6.1	KOMMUNALE ERFARINGER MED VIDEOTOLKNING	50
6.2	ERFARINGER MED VIDEOTOLKNING FRA ALMEN PRAKSIS	55
7	KONKLUSIONER	57
7.1	FREMADRETTEDE PERSPEKTIVER FOR VIDEOTOLKNING	59
8	LITTERATUR	61
9	BILAG 1. REGISTRERING AF TOLKEYDELSER PÅ HOSPITALER	62
10	BILAG 2. BUSINESS CASENS ØKONOMIMODEL	63

1 Indledning

Tolkning af samtaler i sundhedsvæsenet mellem en behandler og en patient med anden etnisk baggrund end dansk er en rettighed ifølge gældende dansk lovgivning (Sundhedsloven LBK nr. 913 og Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven, BEK nr. 1413)¹. Tolkning er således en del af ydelsen i det danske sundhedsvæsen. Projekt Teletolkning² har til formål at effektivisere tolkningen, så der spares økonomiske og tidsmæssige ressourcer, samtidig med at der sker et kvalitativt løft af selve tolkningen. Forventningen er, at man kan udnytte tolkeressourcerne bedre, spare tid i klinikken og øge kvaliteten af tolkningen ved at samle tolkene i centrale tolkecentre, hvortil hospitalsafdelinger og praktiserende læger kan kalde op via videokonferenceudstyr.

Princippet i videotolkning er meget simpelt: En patient, som ikke forstår eller taler dansk, har brug for hjælp til at få oversat samtaler med det sundhedsfaglige personale. Ved videotolkning er tolken ikke fysisk til stede i lokalet, men via videokonferenceudstyr kan patient, behandler og tolk se og høre hinanden, og tolken kan derved oversætte samtalen mellem behandler og patient. Videotolkning er således i vid udstrækning simpel brug af teknologiske muligheder for at gøre et møde mellem patient og behandler nemt og overskueligt.

Tolkning generelt og videotolkning specifikt har i de seneste år haft bevågenhed, ikke bare indenfor sundhedsvæsenet. I Folketinget har udgifter til tolkning været diskuteret i flere omgange. I maj 2010 indgik regeringen og Dansk Folkeparti 'Aftale om genopretning af dansk økonomi', hvoraf en lille del vedrører overvejelser omkring udgifter til tolkebistand. En del af overvejelserne går på brugerbetaling, men det fremgår desuden, at der skal undersøges "*yderligere tiltag, der kan dæmpe udgifterne, fx et fælles offentligt udbud eller fjerntolkning via video*" (Aftale om genopretning af dansk økonomi, 2010: 21).

Danske Regioner etablerede i 2010 Regionernes Sundheds-it Organisation (RSI), som bl.a. har til formål at sætte pejlemærke for, hvordan it-redskaber kan anvendes til at sikre behandling "*af flere patienter med færre hænder og færre midler på et højt kvalitetsniveau*" (Danske Regioner, 2010: 3). Indenfor fokusområdet 'Optimering af sygehusdrift', som bl.a. sigter på at frigøre ressourcer ved hjælp af digitalisering, er videotolkning et af fire pejlemærker. Dette betyder, at videotolkning anses som et brugbart it-redskab til at optimere driften af sygehusdriften ved at dele adgange til specialiseret tolkebistand.

Denne evaluering af implementering af videotolkning er et bidrag til det konkrete projekt om videotolkning, men den udgør samtidig et bidrag til den telemedicinske udvikling af sundhedssektoren i Danmark. Evalueringen beskriver erfaringer med videotolkning på danske hospitaler i perioden 2009-2012.

Projektet udløb ifølge den oprindelige projektplan 31.12.2012, men er efterfølgende forlænget til 31.12.2013 indenfor de oprindelige finansielle midler. Denne evaluering vedrører

¹ Sundhedsloven LBK nr. 913 af 13/07/2010, Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven, BEK nr. 1413 af 28/12/2011.

² Projektets titel er Projekt Teletolkning. For at undgå misforståelser mellem telefontolkning og tolkning via videokonference, som er genstanden i Projekt Teletolkning, anvendes betegnelsen videotolkning om den specifikke form for tolkning, som Projekt Teletolkning implementerer.

den oprindelige projektperiode og diskuterer eller analyserer som udgangspunkt ikke udviklingen efter 31.12.2012.

1.1 Opdrag

Det primære formål med evalueringen af teletolkeprojektet er at dokumentere og vurdere: **I hvor høj grad er projektets mål realiseret?**

Projektet havde følgende primære mål, som blev forventet nået ved udgangen af 2012:

- Videotolkning anvendes på 90 % af alle relevante hospitalsafdelinger i Danmark
- Der er gennemført pilotprojekter i min. 10 lægepraksis og min. 5-10 pilotkommuner
- Der er etableret et nationalt videoknudepunkt - en national infrastruktur (Medcom, 2011b)

Evalueringens primære fokus er således at undersøge, om disse tre mål er opnået. Projektet skal beskrives og evalueres som helhed, men evalueringen har især til opgave at forholde sig til følgende særlige områder:

- at beskrive den valgte tekniske løsning til oprettelse og drift af videoknudepunktet,
- at præsentere tal for udbredelsesgrad og dækningsgrad af videotolkning,
- at præsentere tal vedrørende antal tolkninger, udgifter til tolkning samt priser på tolkning i hele Danmark,
- at analysere det kliniske og administrative personales vurdering af videotolkning, og
- at anvende de indsamlede data til at genberegne projektets business case

Anvendelsen af videotolkning forventes at have potentiale på en række forskellige områder. 1) For det første forventes der at være en ressourcemæssig besparelse i både tid og økonomi, da tolkningen via videokonference forventes at give mulighed for bedre tilrettelæggelse af tolkning i klinikken samt bedre udnyttelse af tolkeressourcerne ved besparelse af bl.a. transporttid. 2) For det andet forventes det, at tilgængeligheden af tolkning vil blive forøget, idet tolkning via videokonference vil betyde, at den geografiske placering af tolkestedet og tolken bliver uden betydning. Hertil kommer, at det forventes at blive lettere at få tolkning til patienter, hvis sprog ikke er særligt udbredt i Danmark. Den øgede tilgængelighed forventes desuden at føre til mindre brug af familiemedlemmer som tolke. 3) For det tredje forventes det, at videotolkning vil medføre en professionalisering og muligvis en specialisering, hvor tolke kan specialisere sig i tolkningen indenfor sundhedsvæsenet. Dette vil give bedre kvalitet i tolkning, hvilket forventes at medføre bedre kvalitet i behandlingen generelt. Disse forventninger til videotolkning er indregnet i den business case, som dannede grundlag for en ansøgning til Velfærdsteknologifonden.

Ud over de tre konkrete mål for videotolkning beskrevet ovenfor er der et sekundært mål med, at den etablerede infrastruktur og videokonferenceudstyret kan anvendes i andre behandlingsmæssige sammenhænge som fx udskrivningskonferencer mellem sekundær og primær sundhedssektor, samarbejde på tværs af regioner og undervisning.

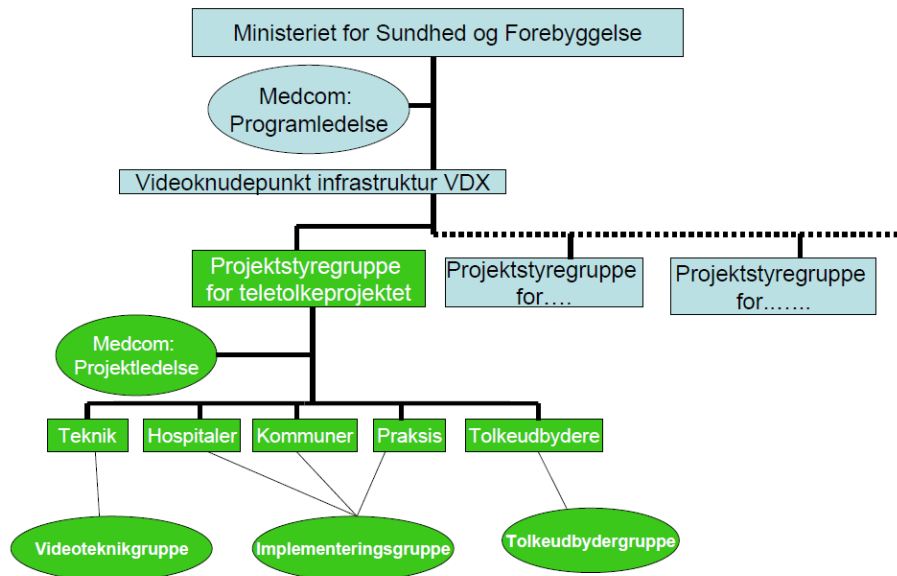
1.2 Organisering og finansiering af teletolkeprojektet

Videotolkningsprojektet er en del af den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 'Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark' (Danske Regioner 2007), og projektet er som nævnt ovenfor et RSI-pejlemærke (Danske Regioner 2010).

Projektledelsen er placeret hos MedCom, som har ansvaret for implementering og udbredelse af projektet. Figur 1.1 viser den overordnede organisering af projektet.

Figur 1.1. Organisering af teletolkeprojektet

Projektets organisering



Projektet er organiseret med en projektstyrergruppe med repræsentanter fra MedCom, kommuner, regioner, tolkeudbydere samt leverandør til videoknudepunktet.

Hos MedCom er der en overordnet projektleder samt tre teamledere. Projektleder og teamledere har tilsammen ansvaret for fem underområder i projektet: teknik, kommuner, praksis, hospitaler og tolkeudbydere. I tilknytning til de fem underområder er der tre grupper: en implementeringsgruppe, en videoteknikgruppe og en tolkeudbydergruppe.

Implementeringsgruppen består af repræsentanter fra regioner og spydspidskommuner. Gruppens formål er at sikre den lokale implementering og dermed projektets fremdrift, at sikre erfaringsudveksling på tværs af regioner og kommuner, at give input til business case, projektplan og evalueringsmodel samt at følge op på implementeringssamarbejdsaftaler. Implementering af projektet foregår i tæt samarbejde mellem Medcom og regionerne, og der er indgået forpligtende samarbejdsaftaler med alle regioner.

Videoteknikgruppen består af en repræsentant fra hver region samt leverandører af videokonferenceudstyr. Gruppens formål er at følge op på implementering af infrastrukturen, udgøre et superbrugerkorps i de enkelte regioner samt fungere som udbudsgruppe for udbuddet af etablering og drift af videokonferenceknudepunktet.

Den sidste gruppe, tolkeudbydergruppen, består af tolkeudbydere, som har indgået aftale med regioner eller spydspidskommuner om levering af videotolkeydelser. Gruppens formål

er at udveksle informationer omkring teletolkeprojektet mellem projektet/MedCom og tolkeudbydere.

Teletolkeprojektet er finansieret af Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden) med 41 mio. kroner. De bevilgede midler er blandt andet anvendt til teknisk udstyr, etablering og drift af videoknudepunktet, aflønning af projektets personale hos MedCom, samarbejdsaftaler med regioner, pilotkommuner og almen praksis, frikøb af medarbejdere i de enkelte regioner og til nærværende evaluering.

1.2.1 Projektets antagelser og evalueringens fokus

De forventede potentialer ved videotolkning, kort skitseret under 1.1, bygger på en række implicitte og eksplicitte antagelser. For at undersøge det fulde udbyttet af videotolkning er det relevant at behandle de antagelser, der ligger i disse tre fokusområder.

Tidsbesparelser

Der er en forventning om, at indførelse af videotolkning vil medføre en tidsbesparelse på flere forskellige måder. Et studie i Californien har vist en tidsbesparelse på 20 minutter pr. tolkning ved et skifte fra fremmødetolkning til videotolkning (Cisco 2006). Dette enkeltstående studie nævnes eksplicit i projektplanen, og det har derfor været relevant at undersøge, om der er en lignende tidsbesparelse i Danmark. Dette er undersøgt ved et randomiseret kontrolleret forsøg, som gennemgås i evalueringens kapitel 3 og 4.

Tidsbesparelserne forventes desuden at fremkomme ved at videotolkning vil medføre bedre tilrettelæggelse af tolkningerne, især ved forsinkelser. Samtidig forventes videotolkning at medføre mindre ressourceforbrug i forbindelse med planlægningen af konsultationer med tolkning. Endelig er der en tidsbesparelse for tolkene, idet de ikke længere skal bruge tid på transport til og fra tolkningen. Disse forventninger om tidsbesparelser vil blive adresseret i kapitel 5 om organisering af videotolkning.

Øget tilgængelighed

Forventningen i projektplanen er, at tolkning vil blive mere tilgængeligt i hele landet uanset tolkestedets geografiske placering, sprogets udbredelse og tidspunkt på døgnet. Denne forventning spiller sammen med en implicit forventning om, at videotolkning vil medføre markante ændringer i tolkebranchen. Tolkebranchen har været karakteriseret ved, at der har været mange enkeltmandsfirmaer, hvor tolken har varetaget opgaver i sit nærområde. I kraft af videotolkning vil der være større basis for, at tolkene organiseres i større centre/firmaer. Det vil være muligt for ét firma at tilbyde tolkning på flere sprog end tidligere, ligesom en tolk bosat i fx hovedstadsområdet kan levere tolkninger i hele landet, således at det vil være muligt at levere tolkning på sprog, som ikke er særligt udbredte i Danmark.

Den øgede tilgængelighed vedrører desuden en forventning om bedre muligheder for at få adgang til akut tolkning, hvis en patient med et tolkebehov kommer uanmeldt til et hospital. Denne forventning er baseret på antagelsen om, at videotolkning potentielt kan være til rådighed døgnet rundt. Implicit i denne antagelse ligger en formodning om organiseringen af større tolkebureauer, hvor døgnbemanding er en mulighed.

Bedre sundhedsfaglig tolkning

Forventningen om en bedre sundhedsfaglig tolkning er bundet op på flere forhold. For det første har den hidtidige struktur i tolkebranchen været kendetegnet ved en stor grad af enkeltmandsfirmaer. De mange små tolkebureauer har betydet, at kvaliteten af tolkningen har været varierende og vanskelig at opgøre. Disse små tolkebureauer har ikke haft mulighed for at specialisere sig indenfor sundhedsvæsnets, og det forventes derfor, at en samling af flere tolke i større firmaer/centre vil gøre det muligt for firmaerne at få en gruppe af tolke, som er specialiserede i at tolke indenfor sundhedsvæsnets. For det andet har der ved fremmødetolkning været tradition for, at tolk og patient startede samtalen allerede i venteværelset og i nogle tilfælde, at den samme tolk fulgte den samme patient i dennes møder med sundhedsvæsnets. Der er visse fordele forbundet med dette – fortrolighed mellem tolk og patient, kendskab til patientens sygdomsforløb o.s.v. – men også klare problemstillinger i forhold til tolkens muligheder for at være neutral og professionel samt i forhold til patientens anonymitet. Ved videotolkning professionaliseres denne relation til udelukkende at dreje sig om oversættelse, og forventningen i projektplanen er derfor, at videotolkning vil give en mere neutral, stringent og derfor bedre sundhedsfaglig tolkning for både patient og behandler.

Den øgede tilgængelighed af tolke på små sprog forventes desuden at medføre en øget anvendelse af professionelle tolke frem for familietolke. Ved at erstatte familiemedlemmers tolkning af samtalen mellem patient og klinisk behandler forventes der at kunne opnås et kvalitetsløft i den kliniske praksis og i behandlingen af patienter. Antagelserne om forbedring af kvaliteten i tolkningen vil blive undersøgt i forbindelse med brugerperspektivet på videotolkning i kapitel 5.

Økonomiske besparelser

En del af motiverne for implementering af videotolkning er, at der forventes at være en økonomisk gevinst ved at anvende videotolkning i stedet for fremmødetolkning. Denne økonomiske gevinst skal blandt andet findes ved tidsbesparelsen beskrevet ovenfor, men det forventes også, at der vil være store ressourcer at spare ved at transporten til og fra hospitalerne ved tolkningen kan undgås. Implicit i denne antagelse er en forforståelse af, at hospitaler betaler for tolkens transporttid og transportomkostninger, og at dette ikke vil være tilfældet ved videotolkning.

Desuden har der været en antagelse om en markant besparelse ved forsinkelser og aflysninger i forbindelse med videotolkning. I projektets business case fremgår det, at der skal betales tolkehonorar og booking af tid ved aflysninger ved både fremmødetolkning og videotolkning. Det antages imidlertid i business casen, at omkostningerne er 70 % lavere ved aflysninger af videotolkning end ved aflysninger af fremmødetolkning. Dette vil blive adresseret i kapitel 4.

Stigning i antallet af tolkninger

Endelig er der en antagelse i projektplanen om, at der er et stigende behov for tolkning i sundhedsvæsnets. Dette skyldes blandt andet en stigning i levealder for borgere med begrænsede dansk kundskaber, hvilket alt andet lige vil føre til et øget behov for behandling i sundhedsvæsnets. Forventningen om, at øget tilgængelighed af tolkning vil føre til mindre brug af familietolke, vil medføre en stigning i behovet for tolkning.

1.2.2 Evalueringens metode og opbygning

Under indsamling af data til besvarelse af evalueringens fokuspunkter er der anvendt både kvantitative og kvalitative data. Der er lavet gruppeinterview og enkeltinterview, gennemført spørgeskemaundersøgelse og lavet randomiseret forsøg med tidsregistrering af tolkning. Desuden er videnskabelige artikler, projektdokumenter og statistisk materiale vedrørende den tekniske infrastruktur analyseret sammen med mødereferater fra de forskellige grupper i projektet. Samlet giver dette omfattende datamateriale viden om fokuspunkterne i evalueringen, men også om adskillige andre aspekter af videotolkning - og tolkning generelt. De forskellige datakilder inddrages løbende i evalueringen. De metodiske valg truffet i forbindelse med gruppeinterview og spørgeskemaundersøgelsen vil kort blive præsenteret nedenfor.

Gruppeinterview med klinikere og administrativt personale

Der er i efteråret 2012 gennemført et gruppeinterview i hver region. I tre regioner deltog medarbejdere fra én afdeling, hvilket var en øjenafdeling, en medicinsk afdeling og et rygcenter, mens der i de to sidste gruppeinterview deltog personale fra henholdsvis to og syv forskellige afdelinger. Tilsammen repræsenterede de 17 interviewdeltagerne i gruppeinterviewene 10 forskellige hospitalsspecialer. Fem interviewdeltagere var administrative medarbejdere, og 12 var sundhedsfagligt personale.

Formålet med de kvalitative interview har været at få uddybende viden om implementeringsmæssige, tekniske og kvalitative erfaringer med videotolkning på de videotolkende afdelinger. I den nedenstående analyse vil de kvalitative erfaringer blive inddraget sammen med den kvantitative undersøgelse til eksemplificering og konkretisering af brugerperspektivet.

Spørgeskemaundersøgelse blandt klinikere og administrativt personale

Der er i efteråret 2012 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt afdelinger, som på daværende tidspunkt havde erfaring med videotolkning. 335 ansatte fordelt på 125 afdelinger deltog i undersøgelsen.

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at få et bredt billede af, hvordan videotolkning opfattes af brugerne på de danske sygehuse. Hvordan ser klinikere og administrativt personale på videotolkningen? Hvilke udfordringer og barrierer har der været? Hvilke muligheder er der i videotolkning ifølge sygehuspersonalet?

1.2.3 Evalueringens opbygning

Evalueringen indledes med en beskrivelse af den regionale organisering af teletolkeprojektet og tolkebranchen. Derefter følger en beskrivelse af den tekniske del af videotolkning. Oprettelse og drift af videoknudepunktet, den lokale teknik og teknikgruppens vurdering af de tekniske løsninger vil blive beskrevet. Desuden inddrages aspekter vedrørende brug af videokonferenceudstyr i andre sammenhænge.

Der er i forbindelse med evalueringen indsamlet en stor mængde kvantitative data omkring antallet af tolkninger i Danmark samt priser for tolkning og de samlede udgifter til tolkning på danske hospitaler. De indsamlede tal præsenteres og sammenholdes med statistiske data fra MedCom vedrørende udbredelsesgrad og dækningsgrad af videotolkning i perioden 2009-2012.

De indsamlede kvantitative data vedrørende økonomi og antal tolkninger og videotolkninger anvendes dernæst til at genberegne den business case, der lå til grund for ansøgningen til Fonden for Velfærdsteknologi.

Afslutningsvis præsenterer evalueringen brugernes perspektiv på videotolkning. Brugerperspektivet forstås primært som det kliniske personales vurdering af videotolkning, hvilket er indsamlet gennem en spørgeskemaundersøgelse. Patienternes opfattelse af videotolkning inddrages dog også i beskedent omfang.

Resuméer af erfaringerne med videotolkning i kommuner og almen praksis afslutter evalueringen.

2 Organisering og projektstrategi

Organisering og implementering er afgørende for et projekts succes. I dette kapitel vil MedComs implementeringsstrategi kort blive gennemgået, efterfulgt af den regionale organisering og en kort beskrivelse af tolkebranchen.

2.1 MedCom

Den nationale ledelse af projektet har ligget hos MedCom, der har fungeret som bindeled mellem det nationale niveau og det regionale niveau.

Den overordnede implementeringsstrategi har været at uddelegere ansvaret for implementeringen til regionerne med det formål, at regionerne kunne tilpasse projektet til regional organisering og struktur. Der er i den forbindelse indgået forpligtende samarbejdsaftaler med alle regioner. Der har fra starten været en beslutning om, at den primære regionale samarbejdspartner i projektet var it-afdelinger. Teletolkeprojektet har således været forankret i it-afdelinger, og de regionale projektledere har været ansat der.

MedCom har været facilitator for afholdelse af implementeringsgruppemøder ca. 5 gange om året og har løbende stået til rådighed for sparring og support til de regionale projektledere fx i forbindelse med undervisning. MedCom har desuden stået for information om projektet i form af informationsfoldere, patientinformation og bidraget til at skabe synlighed omkring projektet blandt andet gennem udviklingen af en film om videotolkning³ og ved deltagelse i konferencer i ind- og udland.

MedCom har haft ansvar for fordeling af de økonomiske ressourcer i Teletolkeprojektet. Regionerne har ved projektets opstart fået udbetalt 2 mio. kr. 500.000 kr. i forbindelse med den tekniske samarbejdsaftale, og 1.500.000 kr. i den organisatoriske samarbejdsaftale. Udbetaling er foretaget efter opnåelse af aftalte milepæle i den enkelte region. Fire regioner har bl.a. valgt at anvende midler til at indkøbe videokonferenceudstyr centralt, som efterfølgende er udleveret til de relevante afdelinger uden omkostninger for afdelingerne. I Region Midtjylland har hver relevant afdeling selv skullet finansiere indkøb af videokonferenceudstyr.

Ved opnåelse af en udbredelsesgrad på 25 % af de relevante afdelinger i regionen fik hver region yderligere 2 mio. kr. til implementering. De sidste to millioner var dedikeret til frikøb af personale. Det stod regionerne frit for, om beløbet skulle bruges til frikøb af projektledere, implementeringsansvarlige eller til undervisning på afdelingerne.

2.2 Regional organisering

Regionerne har fra projektets start haft en høj grad af autonomi i forhold til, hvordan de ønskede at organisere projektledelsen. Tre regioner har haft udskiftning i projektledelsen i løbet af projektperioden, mens to har haft samme projektleder i siden opstarten i 2009.

Alle regioner har haft minimum en deltager i implementeringsgruppen og minimum en deltager i teknikgruppen. De lokale projektledere har siddet i implementeringsgruppen, hvor

³ Film om videotolkning og andet materiale vedrørende projektet kan finde spå www.medcom.dk.

strategi, udfordringer og fremdrift i projektet er blevet diskuteret. De har haft det overordnede ansvar for implementering af projektet.

Beskrivelsen af de enkelte regioners organisering er baseret på gruppeinterview med deltagere i implementeringsgruppen samt efterfølgende samtaler og email-korrespondance med enkelte medlemmer.

Region Nordjylland har haft medlemmer i implementerings- og teknikgruppen siden projektstart, men den nuværende projektledelse i Region Nordjylland blev først involveret i teletolkeprojektet i forbindelse med, at det blev meldt ud som et RSI-pejlemærke i december 2011. Projektet er således kommet sent i gang, og der har ikke været en tydelig forankring med en systemejer, der haft ansvar for implementering af projektet. Regionen har haft en regional projektleder, der er ansat i Koncern IT. Samtidig er der udnævnt en lokal projektleder på Aalborg Universitetshospital, som er regionens største hospital. Den lokale projektleder på Aalborg Universitetshospital er ansat i projektet den kliniske it-arbejdsplads og har haft ansvaret for undervisning af personalet, som har været uddelegeret til to ansatte.

Strategien til implementering har været at rulle videokonference ud samtidig med videotolkning. Hver afdeling har modtaget en e-mail med besked om at melde kontaktpersoner ind i forhold til projektet. Der har været afsat begrænsede ressourcer til projektet.

Region Nordjylland har to medlemmer i teknikgruppen.

I **Region Midtjylland** hører teletolkeprojektet organisatorisk under Regionens styregruppe for videokonference. Der er en projektleder ansat i it-afdelingen samt en projektmedarbejder ansat i Kvalitets- og Sundhedsdata. På hvert hospital har været udpeget en implementeringsansvarlig, som har haft til opgave at finde kontaktpersoner på alle afdelingerne. De implementeringsansvarlige har holdt implementeringsmøde hver anden måned.

Implementeringsstrategien har været at rulle videokonference ud samtidig med videotolkning. Fokus har fra regionens side været på udstyr og videokonference med tolkning som en blandt flere mulige anvendelsesformål. It-afdelingen har fokuseret på at få udstyret ud til afdelingerne, mens det har været de lokale implementeringsansvarlige og kontaktpersonerne, der skulle implementere videotolkning. De implementeringsansvarlige stod for undervisning og opfølgning på implementeringen på afdelingerne.

I forbindelse med teletolkeprojektet har Region Midtjylland udarbejdet en internetportal til bookning af tolke. Udarbejdelse af portalen var et delprojekt i teletolkeprojektet, og det var et krav, at portalen efterfølgende skulle kunne anvendes af de øvrige regioner. Portalen er inkorporeret i EPJ og har været i drift siden 1. januar 2013. En pilottest af portalen har modtaget stor ros fra tolkebureauer og afdelinger (Pallesen 2012).

Region Midtjylland har et medlem i teknikgruppen.

Region Syddanmark har organiseret sig med to projektledere. Den regionale projektleder er placeret i it-afdelingen og har stået for implementering af teletolkeprojektet, mens den anden projektleder har taget sig af den mere "interpolitiske side" internt på regionens ho-

spitaller. Den regionale projektleder har varetaget undervisningen af personale på Odense Universitetshospital (OUH).

Det har været en klar implementeringsstrategi, at afdelinger med flest tolkninger fik implementeret videotolkning først. Afdelingerne kunne få undervisning og information om videotolkning efter behov, og projektlederen har foretaget mellem et og seks besøg per afdeling. Der er en kontaktperson for videotolkning på hver afdeling.

Implementering af videotolkning blev i Region Syddanmark blandt andet understøttet af, at regionen allerede i 2008 gennemførte et forsøg med etablering af videobaseret tolkeservice på Odense Universitetshospital (Jørgensen & Pedersen 2008). De positive erfaringer fra forsøget var medvirkende til, at der var en stærk ledelsesmæssig opbakning til det nationale teletolkeprojekt. Videotolkning var en satsning fra regional side, og der blev afsat ressourcer til implementeringen. Et væsentligt ledelsesmæssigt initiativ var, at det på Odense Universitetshospital blev vedtaget, at al brug af videotolkning blev betalt af hospitalet, mens hver afdeling selv skulle betale for fremmødetolkning. Ledelsen gav med denne ordning et kraftigt incitament til at anvende videotolkning frem for fremmødetolkning og sendte samtidig et signal om ledelsens opbakning til projektet.

”Der har været stor opbakning fra direktionen lige fra start. Altså en af vores direktører skubbede på og fik det virkelig godkendt de steder, hvor det skulle godkendes”.

Medarbejdere giver i gruppeinterview udtryk for, at videotolkning var det, man gjorde. Der er ingen tvivl om, at den store ledelsesmæssige og det økonomiske incitament har haft en afgørende betydning for den store udbredelsesgrad i Region Syddanmark.

Region Syddanmark har haft to medlemmer i teknikgruppen.

Region Sjælland har haft en projektleder ansat i den regionale it-afdeling, som siden projektstart i 2009 var ansat til at bruge 50 % af deres arbejdstid på implementering af videotolkning. Region Sjælland er opdelt i tre områder (nord, syd og psykiatrien). Der har været projektansvarlig i hvert område, og de har gennemført undervisningen på forskellig vis. I psykiatrien er der udvalgt en sekretær og en kliniker som kontaktpersoner for hver afdeling. Dette er også forsøgt gennemført i nord og syd.

Implementeringsstrategien har været at rulle videokonference ud samtidig med videotolkning. Ledelsesopbakningen har ikke været tydelig i Region Sjælland udover i psykiatrien. I regionen har man af økonomiske hensyn tidligere brugt telefontolkning, som er billigere end fremmødetolkning. Telefontolkning har været opfattet som billigere end videotolkning, hvorfor der ikke har været et økonomisk incitament til at anvende videotolkning. Ved gennemgang af Region Sjællands økonomiske aftaler vedrørende tolkning fremgår det dog, at priserne for videotolkning og telefontolkning er nøjagtig ens. Det manglende økonomiske incitament, som ifølge udtalelser har ført til modstand mod videotolkning, har således været baseret på et ukorrekt grundlag, på trods af at argumentet er blevet fremført i interview med medarbejdere fra forskellige dele af Region Sjælland.

Region Sjælland har haft et medlem af teknikgruppen.

Region Hovedstaden organiserede sig fra projektets start lidt anderledes end de øvrige regioner, hvilket hang sammen med regionens daværende organisering af it-strukturen. It-området var karakteriseret ved en stor grad af decentralisering, hvor hvert hospital havde deres egen it-afdeling med ansvar for implementering af alt vedrørende it på eget hospital. Der var således ikke én regional projektleder for teletolkeprojektet, men en projektkoordinator og 11 implementeringsansvarlige fordelt på de enkelte hospitaler. Der var dog en regional tovholder i it-afdelingen, som blandt andet stod for afholdelse af koordinerende møder mellem alle implementeringsansvarlige hver anden måned. Videotolkning var ét blandt flere projekter, som de lokale it-afdelinger skulle understøtte, og implementeringen foregik langsomt. Ledelsesopbakningen varierede fra hospital til hospital.

Region Hovedstaden valgte i starten af 2012 at omstrukturere og centralisere it-driften. Implementeringsstrategien har efter centralisering af projektet og ansættelse af en projektleder været at samle flere afdelinger på hospitalerne og undervise dem samlet.

Region Hovedstaden har et medlem i teknikgruppen.

2.3 Tolkebranchen

Tolkebureauerne og tolkene selv har ikke været en integreret del af denne evaluering. Dette skyldes dels, at tolkebureauerne deltog i den indledende pilotundersøgelse, dels at tolkene som leverandører af en ydelse ikke er vurderet afgørende for beslutningen om at indføre videotolkning. Tolkenes og tolkebureauernes opfattelse af videotolkning er ikke desto mindre relevant i forhold til den fortsatte implementering, idet de har en viden og indsigt i området, som projektets øvrige parter ikke har.

Kravet om mulighed for videotolkning i de udbud, regionerne har lavet vedrørende tolkning, har haft den forventede effekt, at tolkene er blevet samlet i større firmaer/centre. Tolkebranchen er stadig en heterogen størrelse med stor forskel på firmaerne, men det er vurderingen fra hospitalsmedarbejdere og regionale projektledere, at tolkebranchen er blevet mere homogen i løbet af projektperioden. De mange enkeltmandsfirmaer er erstattet af større firmaer, som har flere tolke ansat og derfor tilbyder tolkning på flere forskellige sprog. Tolkenes ansættelsesforhold har ikke ændret sig markant. De fleste tolke er freelanceansatte, som bliver aflønnet på timebasis for de opgaver, de løser.

For tolkebureauerne er det en organisatorisk (og økonomisk) udfordring, at tolkene skal sidde sammen i et center, hvor der er adgang til elektronisk videokonferenceudstyr. Tolkene er tidligere blevet aflønnet for både transport og tolkning, og regionerne skal med de nye aftaler ikke længere betale for transporten. Dette betyder imidlertid ikke, at tolkene ikke har transport fra hjemmet til tolkebureauet, og det er derfor en udfordring for tolkebureauerne at vurdere, hvordan dette skal aflønnes. I nogle tilfælde forekommer det, at en tolk har længere transport til tolkebureauet end til hospitalet, hvor tolkningen skal finde sted.

En løsning på ovenstående transportudfordring kunne være at give tolkene mulighed for at arbejde fra hjemmearbejdspladser. Deltagerne i gruppeinterview og de regionale projektledere er blevet spurgt om, hvordan de forholder sig til hjemmearbejdspladser. Den umiddelbare reaktion var oftest skeptisk, men ikke afvisende. Enkelte gav desuden udtryk for, at

de fra starten havde forventet at tolkene havde mulighed for hjemmearbejdspladser for at opnå den forventede fleksibilitet i videotolkning.

"Fordelen ved det her system var netop den der fleksibilitet. Men jeg har så fornemmet, at det kræver, at tolke møder op på det bureau, som de hører til. Jeg havde forstillet mig lidt, det tænker jeg også kunne være fremtiden, at man på en eller anden måde kunne udstyre tolkene med noget udstyr, sådan at de var tilgængelige, fordi det giver jo ikke den fleksibilitet."

(afdelingssygeplejerske)

Brugerne af videotolkning er således ikke afvisende overfor muligheden for hjemmearbejdspladser, men de påpeger, at det stiller store krav til de formaliserede krav i kontrakterne med tolkebureauerne.

Region Midtjylland har i efteråret 2012 sendt tolkning i udbud. Et af de nye tiltag i udbuddet er, at tolkene fremover har mulighed for at have hjemmearbejdspladser, når de laver videotolkninger. Der er i udbudsmaterialet opstillet en række mindstekrav, som skal opfyldes for at hjemmearbejdspladserne vil blive godkendt af regionen. Kravene beskriver mindstekrav til software og hardware, overholdelse af tavshedspligt og tydelig markering af tolkebureauets navn.

Muligheden for at anvende hjemmearbejdspladser vil både skabe større fleksibilitet for tolkebureauerne samt øge muligheden akutte tolkninger, da tolken kan komme til stede på skærmen med kort varsel⁴.

2.4 Delkonklusion om regional organisering af teletolkeprojektet

Der er bred variation i, hvordan regionerne har valgt at organisere implementeringen af videotolkning, ligesom der er stor forskel på, hvordan den ledelsesmæssige opbakning har været.

Regionerne har typisk satset på en implementering, hvor udstyret blev leveret til afdelingerne samtidig med, at personalet er blevet undervist. Udstyr og igangsætning af videotolkning har således skullet starte på samme tid.

De regionale projektledere har haft forskellige vilkår både ressourcemæssigt og ledelsesmæssigt. Den markante ledelsesopbakning i Region Syddanmark, som blandt andet har omfattet økonomiske incitamenter for den enkelte afdeling sammen med ressourcer til, at den regionale projektleder kunne tilbyde afdelingerne så mange besøg og undervisningsgange, som de ønskede, har haft afgørende betydning. Der er således ingen tvivl om, at den store opbakning til projektet har været en direkte årsag til, at både udbredelsesgraden og dækningsgraden af videotolkning er langt højere i Region Syddanmark end i resten af landet.

"Ledelsesopbakning er simpelthen alfa og omega. Altså, det gælder om at komme ind ad den hoveddør og få det oppe fra og ned, ellers er der ingenting der sker"

(regional projektleder)

⁴ Dette vil medføre forhold, som ligger på linje med de muligheder, der findes på døvetolkningsområdet.

Organiseringen i tolkebranchen er under forandring i retning af større tolkebureauer. Muligheden for hjemmearbejdspladser vil reducere tolkebureauernes udgifter og øge tilgængeligheden af akutte tolkninger på alle tidspunkter af døgnet for regionerne.

3 Den tekniske dimension af videotolkning

Den simple beskrivelse af videotolkning er, at en tolk sidder på et kontor og oversætter lægens samtale med en patient via skærm. Bag ved skærmen – eller i virkeligheden mellem skærmene – foregår der imidlertid en masse aktivitet, som får videotolkningen til at forløbe gnidningsløst for brugerne. Dette kapitel beskriver den tekniske del af videotolkningen og diskuterer udfordringer og muligheder ved videotolkning.

Etableringen af den fælles teknik bag videotolkningen har to overordnede formål. Det primære formål er at sikre, at videotolkningen bliver af så høj kvalitet som muligt. Baggrunden for prioritering af kvaliteten er, at hvis kvaliteten er for dårlig, vil hele projektet lide under det. Klinikere og patienter vil være utilfredse med tolkningen, og det vil være vanskeligt at få implementeret og anvendt systemet, hvis brugerne ikke er tilfredse med den kvalitet, de får ud af det. Det andet formål er sikkerheden, som indebærer, at teletolkesamtaler er krypterede, så kommunikationen foregår på en sikker forbindelse, og patientsikkerheden er i orden. Et subsidiært formål er at etablere en generel platform for videokonferencekommunikation mellem regionernes forskellige systemer

Som en del af organiseringen af teletolkeprojektet blev der nedsat en teknikgruppe, hvis formål var at sikre tværregional koordinering og spredning af viden og erfaringer med videotolkning. En væsentlig opgave var desuden ved opstart af projektet, at fungere som udbudsgruppe for MedComs udbud af etablering og drift af videokonferenceknudepunkt på Sundhedsdatanettet. Teknikgruppen mødtes i starten en gang om måneden med det formål at skabe klarhed over, hvilke videokonferenceplatforme der allerede var etableret i regionerne for at kunne vælge en strategi, der ville betyde optimalt samspil med allerede foretagne investeringer. Det blev også drøftet hvilken udbudsform, der ville være den bedste til at indhente tilbud på etablering af den nationale videoinfrastruktur. Det vurderedes, at et miniudbud under SKI-rammeaftale 2.14 delaftale 2 ville være optimal i forhold til tidsrammen. Denne type udbud ville desuden være tilstrækkelig til at sikre velkvalificerede tilbud fra betydende leverandører på videokonferencemarkedet. Efter færdiggørelsen af hele udbudsprocessen har teknikgruppen mødtes med lidt længere mellemrum (3-4 gange årligt) og fokus har været på erfaringsudveksling mellem de forskellige projektfølgeb. Af samme grund blev leverandørerne indbudt til at deltage i teknikgruppemøderne for at sikre optimal værdi for slutbrugerniveauet.

Teknikgruppen har bestået af en-to medlemmer fra hver region, repræsentanter for udbydere af det tekniske udstyr, kommuner samt to medarbejdere fra MedCom. Regionerne har skrevet kontrakt med MedCom om deltagelse i teknikgruppen, hvilket har gjort det tværregionale samarbejde i teknikgruppen forpligtende.

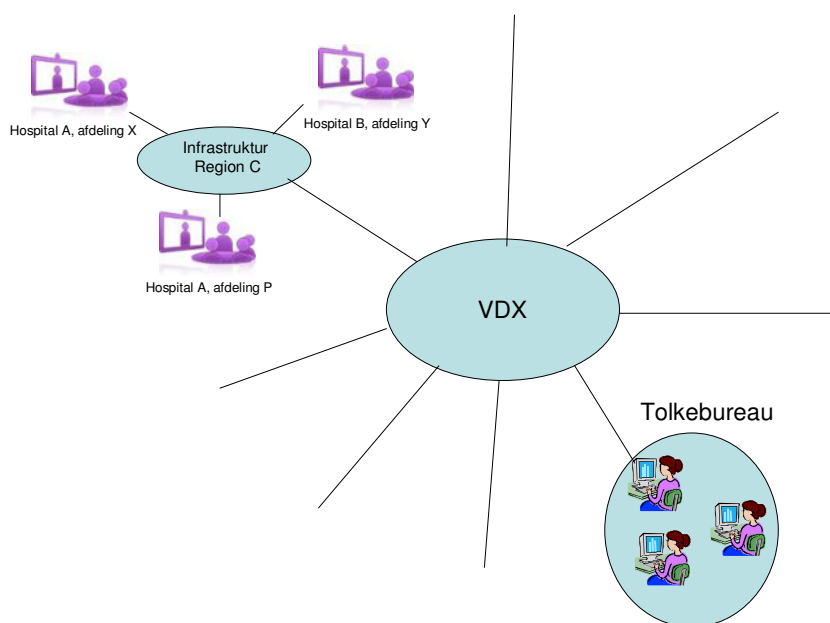
3.1 Videoknudepunktet (VDX)

Siden 2003 har MedCom hostet Sundhedsdatanettet (SDN), hvis formål er at sundhedsvæsnetts parter skal have opfyldt alle deres kommunikationsmæssige behov via én og samme netværksforbindelse (<http://www.medcom.dk/wm110002>). Ved opstart af teletolkeprojektet blev det vedtaget, at et nyt nationalt knudepunkt skulle etableres i tilknytning til det eksisterende sundhedsdatanet for at sikre tilstrækkelig kapacitet til at rumme den øgede udnyttelse af netværket, som forventes at opstå ved national udbredelse af videotolkning.

Det nationale videoknudepunkt (VDX) blev etableret i 2009. Formålet med VDX er at understøtte videokommunikationen i hele sundhedsvæsnet. Et fælles nationalt knudepunkt, som er baseret på almindelige videostandarder (H.323 og SIP) gør det muligt at bruge de lokale videokonferenceløsninger, som allerede er etableret, uanset hvilken platform de er etableret på. Dette giver brugerne mulighed for frit at kunne vælge, hvilket videokonferenceudstyr de vil benytte, så længe det overholder de almindelige standarder. I mange tilfælde vil det være muligt at anvende allerede indkøbt udstyr og derved sikre, at dette ikke går til spilde. VDX kan tilgås fra både internettet og sundhedsdatanettet.

Figur 3.1 illustrerer, hvordan VDX virker. Al videokonferenceudstyr på hospitalsafdelingerne er forbundet til regionens egen infrastruktur. Derfra går forbindelsen til VDX, som alle tolkebureauerne er koblet op til. I figuren er illustreret én region og ét tolkebureau, men VDX forbinder i princippet alle regioner, alle kommuner, der ønsker at anvende videotolkning og alle tolkebureauerne.

Figur 3.1. Videoknudepunktet (VDX)



På kvalitetssiden understøtter VDX til og med HD-kvalitet. I alt kan op til 40 videoendepunkter (videotolkestationer på afdelingerne og tolkebureauerne) deltage samtidigt. Hvis behovet viser sig, kan der udvides med gateway-funktionalitet til både ISDN og 3G-mobilnet. Der er på nuværende tidspunkt licenser til registrering af 15.000 brugere på knudepunktet og licenser til 100 samtidige kald. For at sikre at systemet altid er tilgængeligt (opetidsgaranti 99,9%), er VDX opbygget redundant. Kapacitetesudnyttelsen overvåges desuden for at sikre, at der er plads til alle de brugere, der ønsker at anvende systemet. Derved er der mulighed for at anskaffe nye licenser, når behovet opstår.

Den samlede pris for det tekniske udstyr, der udgør VDX'en, har været på 5.365.000 kr. Hertil kommer 365.000 kr., der er blevet brugt på konsulentbistand i udbudsfasen. Udgifter til drift og support har i perioden været 2.520.000 kr., og udgifterne til hosting af VDX har væ-

ret 532.000. Endelig er der etableret en teknisk samarbejdsaftale med hver enkelt region og en samarbejdsaftale med Region Midtjylland om udvikling af BookingPortalen. De seks samarbejdsaftaler har hver kostet 500.000 kr., hvilket giver en samlet udgift til aftaler på i alt 3.000.000 kr.

Det oprindelige formål med VDX (via SDN) var fra starten at sikre, at kommunikationen foregik på en sikker forbindelse. Dette er dog ikke længere nødvendigt, idet standardvideo-konferenceudstyr har mulighed for at kryptere, og dermed sikres data i kraft af de enkelte videokonferenceenheder.

Det andet formål med det avancerede udstyr er at sikre, at kvaliteten af videokonferencen er høj. Jo højere kvaliteten er i det fælles videoknudepunkt, jo højere kvalitet oplever brugerne. For at opnå den optimale kvalitet skal alle dele af udstyret i figur 3.1 være af bedste kvalitet med god forbindelse og høj standard. Med en høj standard i det fælles videoknudepunkt betyder det imidlertid, at der kan opnås en forholdsvis høj billed- og lyd kvalitet uanset kvaliteten af endepunkterne. Med andre ord kan tolkebureauer, regioner og kommuner indkøbe billigere videotolkeudstyr og stadig opnå en høj kvalitet i videokonference, fordi det fælles videoknudepunkt har en høj kvalitet og en stor båndbredde

Teknikgruppen valgte, at der med VDX skulle fokuseres på URI-adressering og MedCom har været tovholder på udarbejdelsen af en fælles adressebog til rådighed via H.350. Der er desuden udarbejdet et statistikmodul, således at VDX kan opsamle data fra de lokale videokonferenceløsninger, så der kan stilles en detaljeret statistik til rådighed, ligesom den lokale drift kan overvåges.

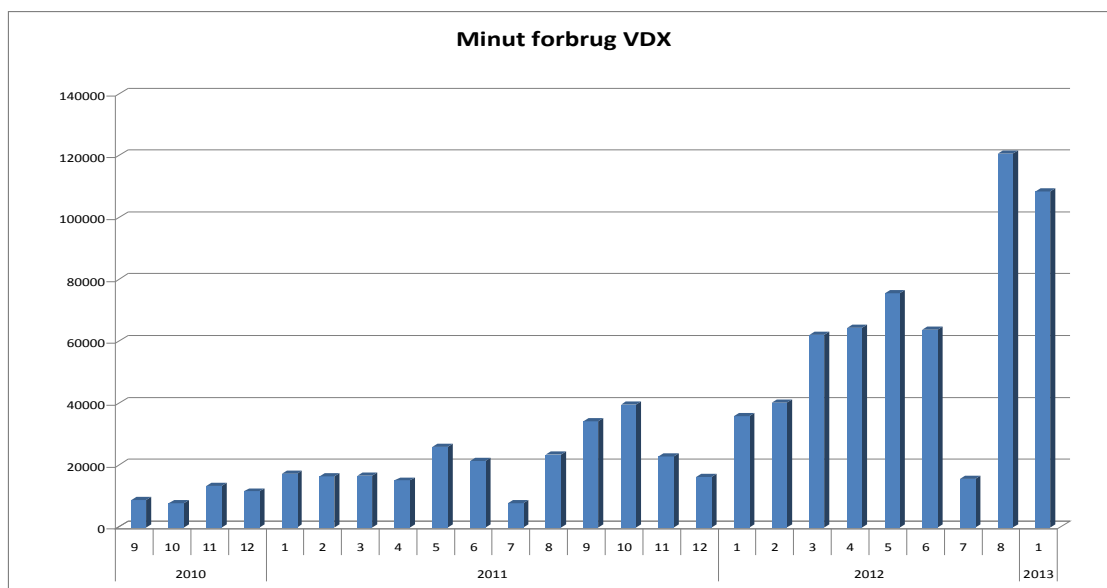
3.1.1 Udnyttelse af VDX

VDX har haft en opetid på meget tæt på 100 % i perioden 2010-2012. Der har ikke været nedbrud eller andre problemer med det tekniske udstyr, kun mindre driftsforstyrrelser.

Figur 3.2 viser det samlede forbrug af VDX i minutter fra september 2010 til januar 2013⁵.

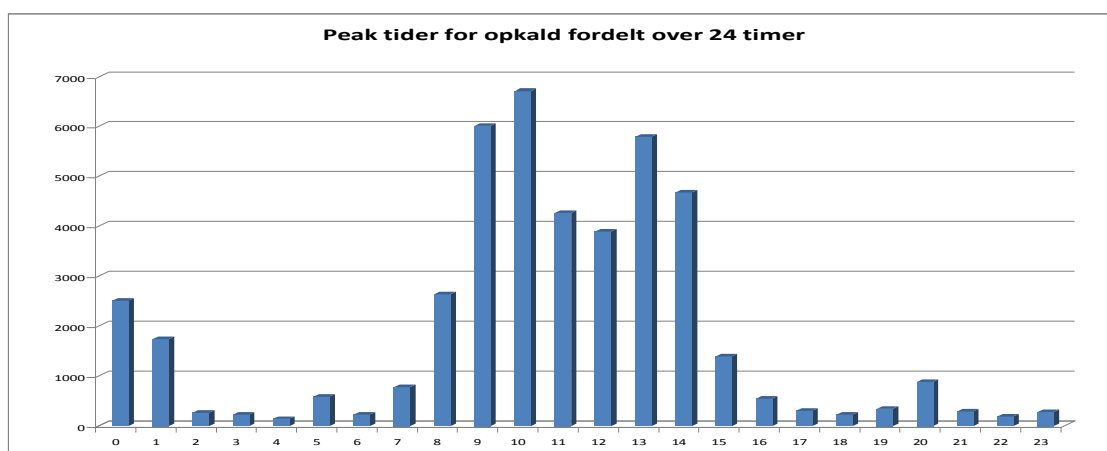
⁵ Det er ikke muligt at opgøre trafikken i perioden september-december 2012 pga. en bug i opdatering af videoknudepunktets TMS-server. Registreringen af trafikken fungerer igen fra januar 2013.

Figur 3.2. Minutforbrug af VDX i perioden 2010-2013



Der kan ved opgørelse af forbruget af VDX ikke skelnes mellem om infrastrukturen anvendes til videotolkning eller andre former for videokonference, men det fremgår af figuren, at forbruget af VDX har været stigende i perioden. Juli måned har været lavere end de øvrige måneder pga. ferieafholdelse, og stigningen har fluktueret en smule.

Figur 3.3. Anvendelse af VDX i løbet af 24 timer



Figur 3.3 viser, hvornår der er størst belastning på VDX i løbet af et døgn. Det er tydeligt, at der er mest trafik i dagtimerne fra kl. 9 til kl. 14. I dette tidsrum foregår knap 70 % af al trafikken i løbet af døgnet. Det fremgår også af figuren, at især tidspunkterne omkring kl. 9-10 om formiddagen og kl. 14-15 om eftermiddagen er særligt travle.

Udgifter til indkøb og drift af videoknudepunktet har været finansieret af teletolkeprojektet. Ved udløbet af projektperioden skulle der træffes beslutning om den fortsatte drift. MedComs styregruppe vedtog på et møde d. 11. oktober 2012 en revision af finansieringsmodellen for sundhedsdatanettet (SDN), således at den fra og med 1. halvår 2013 også dækker driften af VDX. Regioner og kommuner bidrager med 40 øre per indbygger årligt til Sundhedsdatanettet og VDX. Øvrige parter betaler udover SDN-afgiften på 10.000 kr. også 10.000 kr. ved anvendelse af videoknudepunktet.

3.1.2 Fordele ved den fælles løsning

De regionale medlemmer af teknikgruppen udtaler samstemmigt, at deres region har egen infrastruktur, hvilket betyder, at det fælles videoknudepunkt ikke er nødvendigt for dem. Hver region har således udstyr, der kan sikre en god kvalitet i videokonference og mulighed for at samtale med parter udenfor regionen. Dette betyder imidlertid ikke, at regionerne ikke oplever fordele ved VDX. Det fælles videoknudepunkt har banet vejen for en masse andre muligheder, som medlemmerne af teknikgruppen er meget begejstrede for.

"Det at vi har fået bygget den her infrastruktur, at vi har fået bundet sundhedsdatanettet op på regionerne, fået bygget en ordentlig struktur op i regionerne, som følge af teletolkprojektet. Det føder en helt masse andet."

(medlem af teknikgruppen)

Et eksempel på et positivt udbytte af den fælles infrastruktur kan ses i samarbejdet på tværs af regionerne. I takt med en stigende specialisering i sundhedsvæsenet og samling af specialer på få hospitaler, får muligheden for kommunikation mellem de specialiserede enheder større betydning.

"Videotolkning har været føder for nogle ting, som man sommetider glemmer lidt. I forbindelse med af regionalisering og centralisering af specialer har vi fundet ud af, at der kunne infrastrukturen jo også bruges. Infrastrukturen muliggør denne centralisering i højere grad, end hvis vi ikke havde haft den."

(medlem af teknikgruppen)

Det fælles samarbejde på regionalt it-niveau giver desuden mulighed for at arbejde med og opbygge nye projekter i fællesskab.

"Det er en kæmpe gevinst, at man opdyrker nye områder, nye muligheder på tværs af regionerne."

(medlem af teknikgruppen)

En anden fordel er, at den fælles løsning giver økonomiske besparelser. Hvis ikke videoknudepunktet eksisterede, skulle hver region have mere udstyr og flere licenser, end det er tilfældet i dag. Gennem videoknudepunktet deles regionerne i et vist omfang om licenser, som sjældent er i brug på samme tid. På trods af regionernes eget udstyr er der således fordele ved den fælles løsning.

"Det gør også, at vi kan få flere fælles, altså nationale, løsninger. Hvor det ikke er den enkelte region, der står for at lave en telemedicinsk løsning, men standardløsning som kobler ind til sundhedsdatanettet. Det handler om at få et ordentligt marked. Jo flere vi kan få ind, jo billigere kan vi gøre det, når vi gør de her ting i fællesskab."

(medlem af teknikgruppen)

For de enkelte tolkebureauer, der tilbyder videotolkning, er der store fordele ved den fælles løsning. Lovgivningen indebærer, at tolkebureauerne hvert andet eller tredje år skal konkurrere om at vinde opgaven om at levere videotolkning til regionerne. Det fælles knudepunkt gør det billigere og nemmere for tolkebureauer og mindre kommuner at komme i gang med videotolkning. Ved at have mulighed for at anvende MedComs videoknudepunkt

har firmaer og kommuner, som ikke selv har et stort udbygget videokonferencenetværk, lettere adgang til at komme i gang med at anvende videokonference og videotolkning.

"Hvis vi ikke havde et centralt knudepunkt, så ville kommunikationen skulle ske over internettet. Ellers skulle der laves konkrete opkoblinger til hvert enkelt tolkebureau – og Gud forbyde det"

(medlem af teknikgruppen)

3.1.3 Ledelsesmæssig opbakning i it-afdelingerne

Teknikgruppemedlemmerne har alle oplevet, at de har haft ledelsesmæssig opbakning til teletolkeprojektet og de afledte opgaver vedrørende udbygning af videokonferencefaciliteterne i regionen.

"Ledelsesmæssigt har der været økonomi til det, og der har været forståelse for, at det er noget, der kommer til at give værdi. Det kan godt være, at vi klarer os godt, men vi kan blive endnu bedre."

(medlem af teknikgruppen)

Enkelte teknikgruppemedlemmer påpeger, at større ledelsesmæssig opbakning i andre dele af regionen kunne have været ønskeligt. It-afdelingerne har brugt tid og ressourcer på at udrulle og opstille udstyr på alle afdelinger, men hvis de lokale afdelingsledelser ikke bækker op om teletolkeprojektet, står udstyret uberørt.

3.2 Teknikken på afdelingerne

De fem regioner har frit kunnet vælge, hvilket udstyr de ønskede at anskaffe til videotolkning ude på afdelingerne. Valget af udstyr har ifølge implementeringsgruppen indeholdt overvejelser vedrørende kvalitet, brugervenlighed, genanvendelsesmuligheder og pris.

Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Hovedstaden valgte fra starten at indkøbe Tandberg E20 til videotolkning. E20 er en fastnet videotelefon, som har et indbygget kamera og en 10.6" LCD-skærm. Den vejer knap to kilo og koster ca. 10.000 kr. Med videotolkning som primære formål købte Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland i projektperioden 70 E20'ere. Region Syddanmark indkøbte ca. 475 E20'ere, og Region Hovedstaden købte ca. 250 E20'ere.

En udfordring for disse tre regioner er, at Tandberg E20 ikke produceres længere. Dette betyder, at de regioner, der har valgt at anvende E20 til teletolkeprojektet, skal finde en alternativ løsning, hvis der er behov for yderligere udstyr, eller det eksisterende går i stykker. Fordelen ved E20'erne er, at de er forholdsvis billige samtidig med, at de giver en høj kvalitet. Der er ikke fundet en løsning på udfordringerne med udfasning af E20'erne.

I Region Sjælland havde de relevante afdelinger frit valg mellem 3 forskellige typer af udstyr: en storskærm til videokonference, en mobil videokonference enhed (fuldt integreret videokonference system, der er brugervenlig med god video og lyd) og en pc med en videoklient med til hørende webcam og højttaler.

Til den mobile videokonferenceenhed og til pc'en har de afdelinger, der har ønsket det, fået et rullebord til udstyret, således at udstyret lettere kunne transporteres. Hovedparten af

det indkøbte udstyr har været pc'er med en videoklient. Flere afdelinger har desuden fået webcam og højtalere til deres stationære pc, så afdelingen har haft mulighed for at anvende videotolkning i flere rum. I projektperioden er der blevet indkøbt 76 pc'er, 270 stk. webcam med tilhørende højtalere, samt tre storskærme og fire Polycom v700-videoskærme.

Region Midtjylland har valgt at lade videotolkning foregå ved at anvende et videokamera og installere en webklient på stationære computere. Denne løsning koster under 1000 kr. per enhed. I løbet af projektperioden er der blevet indkøbt ca. 450 videokameraer og oprettet 1500-2000 web-klienter⁶.

Blandt teknikgruppens medlemmer er der en opfattelse af, at teletolkeprojektet har været med til at sprede forståelsen og anvendelsen af videokonferenceudstyr generelt på afdelingerne.

"Det er kommet længere ud på afdelingerne, end det ville være kommet uden det her. Der er afdelinger, der har fået øjnene op for det."

(medlem af teknikgruppen)

Teletolkeprojektet har således bidraget til at få afdelingerne i gang med at anvende videokonferenceudstyr og været en øjenåbner for, hvilke muligheder der er ligger i det tekniske udstyr. Forventningen er, at udstyret vil blive anvendt mere og mere på alle mulige områder i fremtiden.

3.2.1 Udfordringer i daglig praksis

På trods af generelt gode tilbagemeldinger har der været en række udfordringer med udstyret på de hospitalsafdelinger, der anvender videotolkning. En stor del af brugerne har oplevet problemer med udstyret, som blandt andet har bestået i manglende netforbindelse, manglende forbindelse til tolkebureauet eller generelle problemer med at få videokonferenceudstyret til at virke. Disse problemer er ikke relateret til videoknudepunktet, men til det udstyr der står på de enkelte afdelinger eller regionens infrastruktur. Manglende kabling, netstik eller internetforbindelse i eksisterende netstik, har givet udfordringer for både regionale it-ansatte og det kliniske personale. Flere hospitaler har således haft en udfordring med at få tilstrækkelig kapacitet til at have aktive netforbindelser i alle lokaler – også selvom forbindelsen sjældent bruges. Nogle hospitaler har købt nyt udstyr, der kan håndtere det større behov, og problemet med manglende kabling og netforbindelse er ved afslutningen af 2012 stort set løst.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet (se kapitel 5) giver en del af personalet udtryk for at have oplevet, at en konsultation måtte aflyses på grund af tekniske problemer. Samlet set har ca. halvdelen af personalet oplevet tekniske problemer med udstyret under videotolkning. På trods af de mange oplevelser af tekniske problemer mener 91 % af personalet, at udstyret er let at anvende. Generelt vurderer en stor del af personalet desuden, at de tekniske vanskeligheder hører til opstartsproblemer, og der er en klar forventning blandt medarbejdere om, at de tekniske problemer vil forsvinde med tiden.

⁶ Aarhus Universitetshospital har valgt, at man fremover ønsker at anvende E20 eller tilsvarende dedikeret videokonferenceudstyr til videotolkning.

En udfordring i den kliniske praksis er, at nogle patientkonsultationer foregår i mere end et lokale. Mange patienter bevæger sig rundt mellem forskellige undersøgelsesrum eller lokaler, når de er til konsultation på hospitalet. Både Tandberg E20 og en pc med kamera og webklient kræver strøm og netadgang for at fungere, og flere medarbejdere har fortalt, at E20'eren bruger ca. 3 minutter på at starte op, og at der desuden skal bruges tid på genetablering af forbindelse til tolken. Dette betyder, at der er et stort tidsspilde, når en patient skal bevæge sig fra et rum til et andet, og man skal vente op til 10 minutter, før en undersøgelse eller samtale i et nyt lokale kan gå i gang.

Problemerne med at bevæge sig rundt med en videotolk har medført, at afdelinger i alle regioner laver forsøg med trådløse enheder. En iPad eller en anden trådløs enhed vil kunne gøre videotolkning smidigere for brugerne, idet den er lille og håndterbar og fungerer uden ledninger. Ulempen ved de trådløse enheder er, at den trådløse teknologi ikke egner sig til "real-time" trafik. Der kan også forekomme områder på et hospital, hvor det trådløse netværk ikke dækker. Derudover kan der forekomme uregelmæssigheder i netværksforbindelsen, hvilket vil betyde frysning af billede eller problemer med lyd mellem tolk, patient og behandler på hospitalet.

Alle medlemmer af teknikgruppen opfatter iPads som et ustabil medie til gennemførelse af videotolkning. Kvaliteten af det trådløse netværk er ikke godt nok til at give en tilstrækkelig høj kvalitet. Der er derimod ikke enighed om, hvordan forsøg og generel brug af iPads til videotolkning skal supporteres. En region har meddelt afdelingerne, at al brug af iPads er på eget ansvar, og der ydes ikke support. Andre regioner yder gerne support, enten som en nedfældet regel, eller som en service de forventer, vil blive pålagt it-afdelingen inden længe.

Der er varierende holdninger til, om det trådløse netværk kan gøres stabilt nok til at anvendes til videotolkning. Nogle teknikmedlemmer giver udtryk for, at den teknologiske udvikling går i den retning, og i takt med bygningen af de nye supersygehuse er der forventning om, at det trådløse netværk vil blive så veludbygget, at netværket kan køre stabilt. Andre mener ikke, at teknologien er til stede endnu, eller at regionerne kan afsætte de ressourcer, der skal til for at få den trådløse teknologi opbygget tilstrækkeligt.

I de regionale it-enheder, som har arbejdet med teletolkeprojektet, har det for en dels vedkommende været en udfordring i at sikre en fortsat forankring og organisering af videotolkning. Under projektfasen 2009-2012 har projektledelsen i alle regioner ligget fast hos en ansat i en it-funktion. Ved afslutning af projektperioden har der i alle regioner været udfordringer med at finde en fremtidig placering af videotolkning.

"Man skal have fokus på organisering meget tidligt. Organiseringen forstået som en helhed. Både i projektet og når det holder op med at være et projekt. Man glemmer at inddrage dem, der skal overtage projektet, når det skal i drift."

(medlem af teknikgruppen)

Den fremtidige forankring og organisering er i starten af 2013 fortsat uafklaret i fire regioner. I Region Syddanmark er videotolkning fremadrettet organisatorisk placeret i regionens afdeling for Sundhedsinnovation.

3.3 Delkonklusion om den tekniske dimension

Teletolkeprojektet har brugt omkring en femtedel af projektets ressourcer til at indkøbe og drive videoknudepunktet VDX. De regionale teknikmedlemmer udtaler enstemmigt, at videoknudepunktet ikke er afgørende for muligheden for at videotolke i deres region, men der er ikke desto mindre væsentlige fordele ved VDX. En markant fordel ved VDX er, at det har igangsat en række afledte projekter, som set fra et it-synspunkt har været konstruktive. Og som teknikmedlemmerne ikke mener, ville være sat i gang uden teletolkeprojektet.

"Stor ros til dem der har set, at det her var vejen frem."

(medlem af teknikgruppen)

Det tværregionale samarbejde har stort potentiale. Flere teknikmedlemmer omtaler muligheden for fælles indkøb af licenser og fælles udbud af opgaver og indkøb af elektronisk udstyr som mulige fordele af et øget regionalt samarbejde.

I alle regioner har der været stor ledelsesmæssig opbakning til teletolkeprojektet i it-afdelingerne. Dette kan hænge sammen med det faktum, at it-afdelingerne har været projektere i de enkelte regioner. På hospitaler og afdelinger har ledelsesopbakning været varierende, hvilket i nogle tilfælde har betydet, at videokonferenceudstyret ikke er kommet i drift, efter at it-afdelingen har opsat udstyr.

Regionerne har valgt forskellige tekniske løsninger lokalt, og der har været udfordringer med at få udstyret til at virke og med at få infrastrukturen til at kunne rumme den øgede trafik. Brugere af videotolkningsudstyret opfatter disse udfordringer som opstartsproblemer, og der er en klar forventning om, at udfordringerne vil falde bort med tiden, hvilket understøttes af teknikmedlemmernes udtalelser.

Enkelte afdelinger er kommet i gang med at anvende udstyret til konferencer med andre end tolkebureauer. Det er forventningen, at denne udvikling vil fortsætte, og at videokonferenceudstyret vil lette afdelingernes samarbejde med andre hospitaler, kommuner og andre aktører. Det fulde udbytte af denne udvidede brug af videokonferenceudstyret er ikke opnået endnu, men både teknikgruppemedlemmer og personale på afdelinger giver udtryk for, at anvendelsesgraden af videokonferenceudstyret vil stige.

4 (Tele)tolkning i kroner og ører

Begreberne udbredelsesgrad og dækningsgrad har været centrale i teletolkeprojektets målsætninger. Udbredelsesgrad vedrører antallet af relevante hospitalsafdelinger, der anvender videotolkning i praksis, mens dækningsgrad sætter videotolkninger i forhold til det samlede behov for tolkninger. Udbredelsesgraden er tilgængelig via MedCom, som løbende har indsamlet data om udbredelsen af videotolkning i projektperioden. Dækningsgraden er vanskelig at opgøre, da der hidtil ikke har været en ensartet praksis vedrørende registrering af forbruget og behovet for tolkning i det danske sundhedsvæsen. Dækningsgraden kan overordnet set opgøres på to forskellige måder; dels som videotolkningens andel af det samlede antal gennemførte tolkninger, og dels som videotolkningens andel af de samlede udgifter til tolkning.

Da der ikke findes opgørelser af disse data, indeholder dette kapitel en gennemgang af antal og udgifter til tolkning, herunder videotolkning, som er baseret på et større detektivarbejde med indsamling af data fra it- og regnskabsafdelinger i alle fem regioner. Kapitlet indeholder en beskrivelse af de fundne data vedrørende antal og udgifter til (video)tolkning og afsluttes med en genberegning af den eksisterende business case (revideret business case 2011).

4.1 Udbredelsesgrad

Dette afsnit belyser projektets realisering af milepæle og udbredelsesgraden af videotolkning regionalt og nationalt. Ydermere nævnes mulige årsager til høj/lav udbredelsesgrad mellem regioner.

Udbredelsesgraden defineres som andelen af relevante afdelinger, der er koblet op til at kunne udføre tolkning via videokonferenceudstyr, og som udfører videotolkninger. Antallet af videotolkende afdelinger er registreret løbende, og udbredelsesgraden er beregnet på baggrund heraf. Årsagerne til forskelle i udbredelsesgraden er afdækket via kvalitative interview med projektinvolverede på nationalt, regionalt og lokalt niveau.

Et vigtigt parameter i analysen af udbredelsesgraden er antallet af relevante afdelinger. Der er i teletolkeprojektet truffet beslutning om, at relevante afdelinger i projektet identificeres via seks-cifrede SKS-koder. Samlet er der ifølge sundhedsstyrelsen.dk ca. 900 afdelinger med seks-cifrede SKS-koder i Danmark. Alle afdelinger på dette niveau med patientkontakt er som udgangspunkt relevante til implementering af videotolkning. Dog blev det besluttet at udelukke afdelinger med meget lavt tolkeforbrug. Definitionen af en relevant afdeling er således, at den skal have

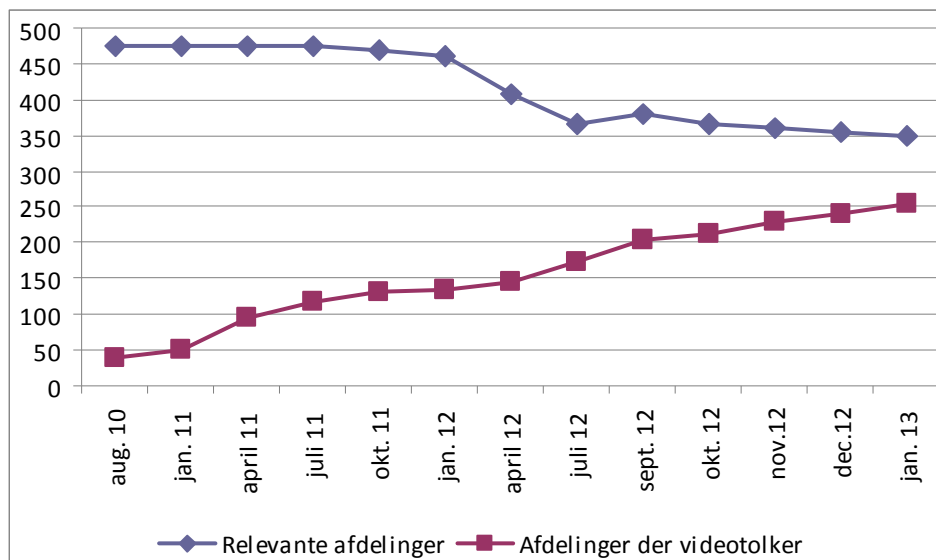
- mere end to tolkninger om måneden
- tolkeudgifter på mere end 10.000 kr. om måneden

(Medcom, 2010b)

Alle regioner har som udgangspunkt taget afsæt i denne definition, men der har været et regionalt råderum til at definere og indmelde relevante afdelinger. Regionerne har blandt andet kigget på størrelsen af afdelingerne, den geografiske spredning af en afdeling, samt specialer hvor videotolkning ikke er vurderet til at være anvendeligt. Samlet set betyder dette, at antallet af relevante afdelinger varierer mellem regionerne.

Der er en vis variation i de relevante afdelingers specialer. Ses der på den samlede variation af relevante afdelinger, er der få specialer, der ikke egner sig til videotolkning. Ingen regioner har vurderet en akutafdeling til at være relevant, men både kirurgiske og medicinske afdelinger samt en lang række ambulatorier er med i antallet af relevante afdelinger.

Figur 4.1. National udbredelsesgrad 2010-2012



(www.medcom.dk, 2013)

Figur 4.1 viser antallet af relevante afdelinger sammenholdt med antallet af afdelinger, der anvender videotolkning i projektperioden 2010-2012. Det fremgår af figuren, at antallet af relevante afdelinger har ændret sig i projektperioden. Ved projektets start blev 476 afdelinger vurderet til at være relevante, mens der ved udgangen af 2012 var 350 relevante afdelinger. Dette er et fald i relevante afdelinger på ca. 25 %. Faldet i antallet af relevante afdelinger skyldes blandt andet sammenlægning af afdelinger i forbindelse med omstruktureringer på hospitalerne. Vanskeligheder med implementeringen og et voksende kendskab til de relevante afdelinger formodes også at have spillet en rolle i nedskrivningen af antallet af relevante afdelinger. For eksempel er nogle relevante afdelinger placeret på forskellige geografiske placeringer, hvilket kan give udfordringer med tilgængelighed til videotolkning.

Den samlede udbredelsesgrad var ved udgangen af 2012 på 73 %. Denne procentsats ligger under den forventede udbredelsesgrad på 90 % af relevante afdelinger.

Der er store regionale forskelle på målopfyldelsen. Region Syddanmark nåede allerede i slutningen af 2011 målet om at videtolke på 90 % af relevante afdelinger, og regionen har siden midten af 2012 videtolket på mere end 100 %, hvilket betyder, at afdelinger, som ikke hører under definitionen af relevante afdelinger, også anvender videotolkning. Region Sjælland nåede målet med 90 % af relevante afdelinger ved udgangen af 2012. Region Nordjylland opfyldte næsten målet, idet 86 % af relevante afdelinger anvender videotolkning. Der er således to regioner, som opfylder målet om udbredelse i teletolkeprojektet, og en region der er meget tæt på at nå målet.

I Region Midtjylland og Region Hovedstaden videtolkede ca. halvdelen af de relevante afdelinger ved udgangen af 2012. I begge regioner har der været stort fokus på videotolkning

i slutningen af projektperioden, og begge regioner forventer, at de når målet med 90 % ved udgangen af marts 2013.

En af årsagerne til Region Syddanmarks høje udbredelsesgrad skal findes i, at regionen kørte et pilotprojekt i 2008, som dannede inspiration for det senere nationale teletolkeprojekt, og dermed startede implementering af videotolkning tidligere end de andre regioner. Samtidig har ledelsen bakket markant op om projektet, og der er således væsentlige ledelses- og organisationsmæssige årsager til Region Syddanmarks markant højere udbredelsesgrad, som beskrevet i kapitel 3.

4.2 Dækningsgrad

I nedenstående afsnit belyses dækningsgraden af videotolkning på hospitalerne. Dækningsgraden er udtryk for, hvor mange af de gennemførte tolkninger på danske hospitaler, der gennemføres som videotolkninger. Altså hvor meget dækker videotolkning af det samlede antal tolkninger i Danmark. Udregningen af videotolkningens dækningsgrad fordrer, at der laves en beregning/optælling af det samlede tolkeforbrug på hospitalerne. Tolkeforbrug omfatter både antallet af tolkninger og de samlede udgifter til tolkning.

Første skridt i udledningen af dækningsgraden har været at finde data på, hvor mange tolkninger der er blevet udført i projektperioden. Dernæst vil de samlede udgifter blive præsenteret og de samlede udgifter sammenholdt med antallet af tolkninger, og videotolkninger vil til slut blive udledt for at se på prisudviklingen af tolkning i sundhedsvæsenet.

4.2.1 Antal tolkninger på hospitaler i de fem regioner

Antallet af udførte tolkninger på hospitalerne er vanskeligt at opgøre nøjagtigt, da det ikke registreres regelmæssigt i SKS-systemet⁷ eller andre registreringssystemer. Tolkning er således en ydelse, som hospitaler eller regioner betaler for, men der findes ikke en samlet registrering af, hvad der betales for.

Ét sted, hvor det er muligt at finde de samlede oplysninger om antallet af tolkninger, er i regnskabssystemerne i de fem regioner. Alle regioner har en post i regnskabssystemet, hvor tolkninger posteres. Posten indeholder dog ikke kun fakturaer vedrørende tolkninger, og en gennemgang af hver enkelt faktura er nødvendig for at udlede antallet af tolkninger. Ved indsamlingen af data vedrørende antallet af tolkninger blev der i evalueringen taget udgangspunkt i Region Midtjylland. Via regionens økonomisystem blev alle tolkebureauer, som havde leveret tolkeydelser til regionens hospitaler i projektperioden identificeret. Herefter blev der søgt fakturaer fra hvert af tolkebureauerne, og antallet af tolkninger på de enkelte fakturaer blev registreret. Dette arbejde krævede store ressourcer, og for at mindske arbejdsbyrden for de andre fire regioner blev der ud fra disse oplysninger udarbejdet en metode til estimering af antallet af tolkeydelser (se bilag 1)⁸.

Region Syddanmark har som den eneste region fra 2011 pålagt tolkeudbydere at registrere og indberette antallet af tolkeydelser (både fremmøde og videotolkning). Oplysningerne

⁷ Enkelte hospitaler har selv valgt at lave en indberetning af tolkninger i SKS, men da registreringen er meget uensartet, kan disse data ikke anvendes i denne evaluering.

⁸ I Region Hovedstaden er antallet skønnet på grundlag af de samlede udgifter og tolkepriserne.

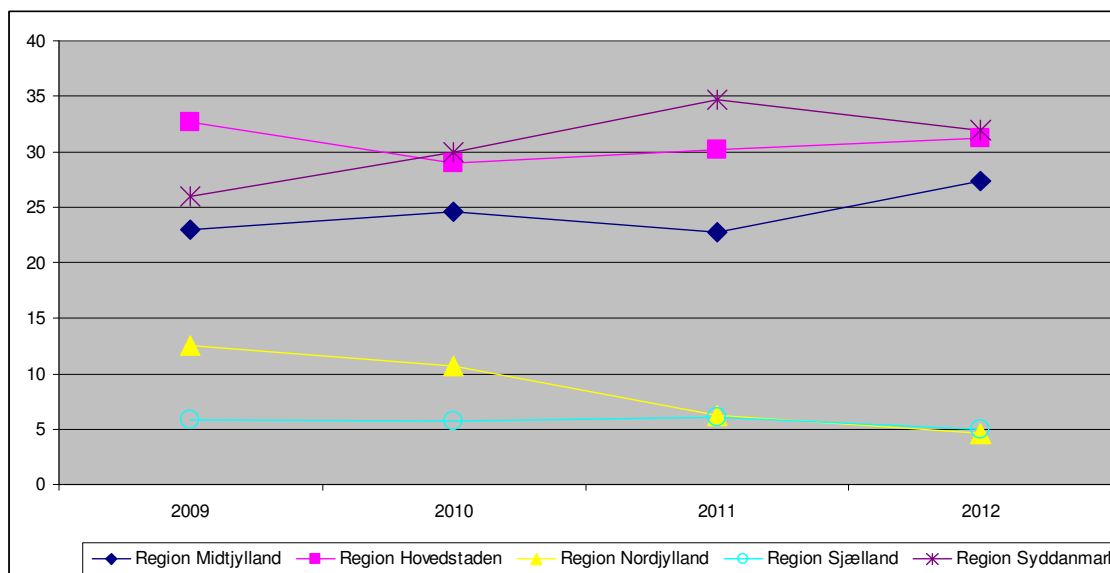
om antallet af tolkeydelser i Region Syddanmark fra 2011 og 2012 er fremkommet på baggrund af disse indberetninger.

Tabel 4.2. Estimat for antal tolkninger på hospitaler i de fem regioner

Region	Samlet antal tolkninger			
	2009	2010	2011	2012
Region Midtjylland	15.702	17.429	14.904	18.832
Region Hovedstaden	22.300	20.486	19.761	21.552
Region Nordjylland	8.547	7.528	4.086	3.150
Region Sjælland	3.955	4.064	3.999	3.466
Region Syddanmark	17.750	21.200	22.700	22.000
I alt	68.254	70.707	65.450	69.000

Tabel 4.2 illustrerer det estimerede antal tolkninger på hospitalerne i de fem regioner. Tabellen viser, at antallet af tolkninger har svinget mellem 65.450 og 70.707 i den fire-årige periode, som er undersøgt. Det fremgår, at Region Nordjylland har haft en halvering af antallet af tolkninger, mens Region Sjælland har haft et stort set uændret antal tolkninger. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland har antallet af tolkninger svinget en smule, og Region Syddanmark har haft en stigning i antallet af tolkninger. Samlet set er der ikke basis for at konkludere, om antallet af tolkninger på hospitaler i Danmark er stigende eller faldende.

Figur 4.2. Udviklingen i antal tolkeydelser på hospitaler i de fem regioner



Figur 4.2 viser udviklingen i regionernes procentvise andel af det samlede antal tolkninger i perioden 2009-2012. Figuren viser, at regionernes procentvise andel af tolkninger svinger en del i perioden. Region Nordjylland er gået fra at have 13 % af alle tolkninger til at have 5 % af alle tolkninger. I samme periode er andelen af tolkninger i Region Syddanmark steget fra 26 % i 2009 til 32 % i 2012.

Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark havde i 2012 hver omkring 30 % af tolkningerne, mens Region Nordjylland og Region Sjælland hver havde 5 %

Variationen i den procentvise fordeling af tolkninger gør det relevant at se, hvordan andelen af tolkninger forholder sig til det procentvise indbyggertal i hver region og andelen af personer med anden sproglig baggrund end dansk⁹.

Tabel 4.3. Fordeling af indbyggere, personer med anden sproglig baggrund og tolkninger i 2012 i de fem regioner

Region	Indbyggertal i procent (2011)	Andel med anden etnisk baggrund i procent	Andel af tolkninger i 2012 i procent
Region Midtjylland	23 %	19 %	27 %
Region Hovedstaden	31 %	48 %	31 %
Region Nordjylland	10 %	6 %	5 %
Region Sjælland	15 %	10 %	5 %
Region Syddanmark	22 %	18 %	32 %
I alt	100 %	100 %	100 %

(www.regioner.dk og Danmarks statistik)

Tabel 4.3 viser, at der er variation i befolkningssammensætningen i forhold til antallet af indbyggere og antallet af personer med anden sproglig baggrund. Kolonner to og tre viser indbyggertal i procent og den procentvise andel af personer med anden sproglig baggrund i hver region. Region Hovedstaden har en væsentlig større andel af personer med anden sproglig baggrund end indbyggertallet tilsiger, mens de øvrige fire regioner har lavere andel af personer med anden sproglig baggrund. Den sidste kolonne i tabellen viser andelen af tolkninger i 2012. Her fremgår det, at Region Midtjylland og Region Syddanmark har en højere procentdel af tolkningerne end andelen af personer med anden sproglig baggrund tilsiger, mens Region Hovedstaden og Region Sjælland har en lavere andel af tolkningerne. I Region Nordjylland er den procentvise andel af personer med anden sproglig baggrund og andelen af tolkninger stort set ens.

De ovenstående figurer og tabeller viser det samlede antal tolkninger – altså fremmødetolkning, videotolkninger og telefontolkning - i hver region. Tabel 4.4 nedenfor viser antallet af videotolkninger i hver region.

⁹ Andelen af personer med anden sproglig baggrund er baseret på Danmarks Statistiks opgørelse af antallet af indvandrere og efterkommere af indvandrere i 2011 (www.dst.dk).

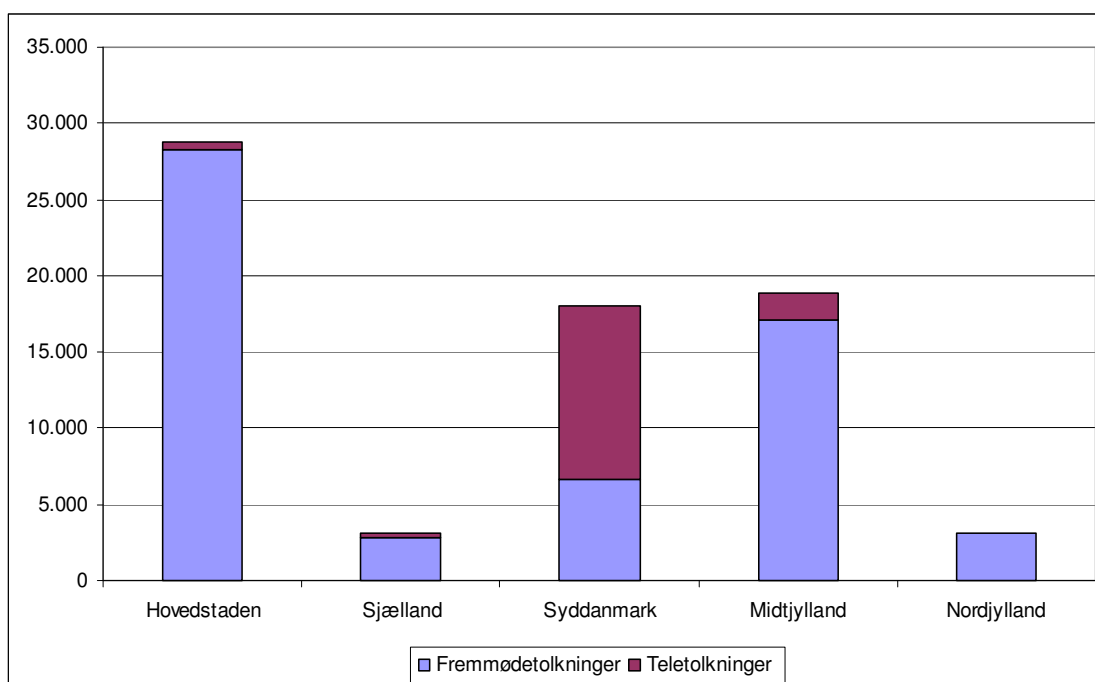
Tabel 4.4. Antal videotolkninger på hospitaler for de fem regioner

Region	2010	2011	2012
Region Midtjylland	385	953	1.759
Region Hovedstaden	28	270	453
Region Nordjylland	8	11	34
Region Sjælland	0	63	333
Region Syddanmark	1.055	6.317	11.352
I alt	1.476	7.614	13.931

Tabel 4.4 er opgjort på baggrund af regionernes indberetninger til Medcom. På landsplan blev der i 2010 udført 1.476 videotolkninger på sygehusene i de fem regioner. I 2012 blev der udført knap 14.000 videotolkninger. Der er således sket en markant stigning i antallet af videotolkninger. I 2012 var ca. 20 % af det samlede antal tolkninger videotolkninger.

Det fremgår, at Region Syddanmark er den region, som har udført størstedelen af videotolkningerne. I 2012 blev der udført 11.352 videotolkninger i Region Syddanmark, hvilket svarer til, at 81 % af alle videotolkninger i Danmark gennemføres i Region Syddanmark.

Figur 4.3. Andelen af tolkeydelser der gennemføres som videotolkning i 2012



Figur 4.3 viser antallet af videotolkninger i forhold til det samlede antal tolkninger i hver region. 55 % af alle tolkninger i Region Syddanmark er videotolkninger, mens det i de øvrige regioner er mellem 1 og 10 % af tolkningerne, der er videotolkninger.

4.2.2 Udgifter til tolkeydelser på hospitaler i de fem regioner

I opdraget til evalueringen fremgår det, at der ønskes data for de samlede udgifter samt priserne for tolkning og videotolkning. Udgifterne til tolkeydelser er indhentet via regionernes regnskabsafdelinger, hvor der er blevet søgt specifikt på den pågældende regions

tolkeforbrug til hospitaler (inklusive psykiatri). Omkostningerne er opgjort på årsbasis fra 2009 til og med 2012. Alle udgifter er eksklusive moms.

I tabel 4.5 ses de samlede udgifter til tolkeydelser på sygehusene i de fem regioner fra 2009 til 2012.

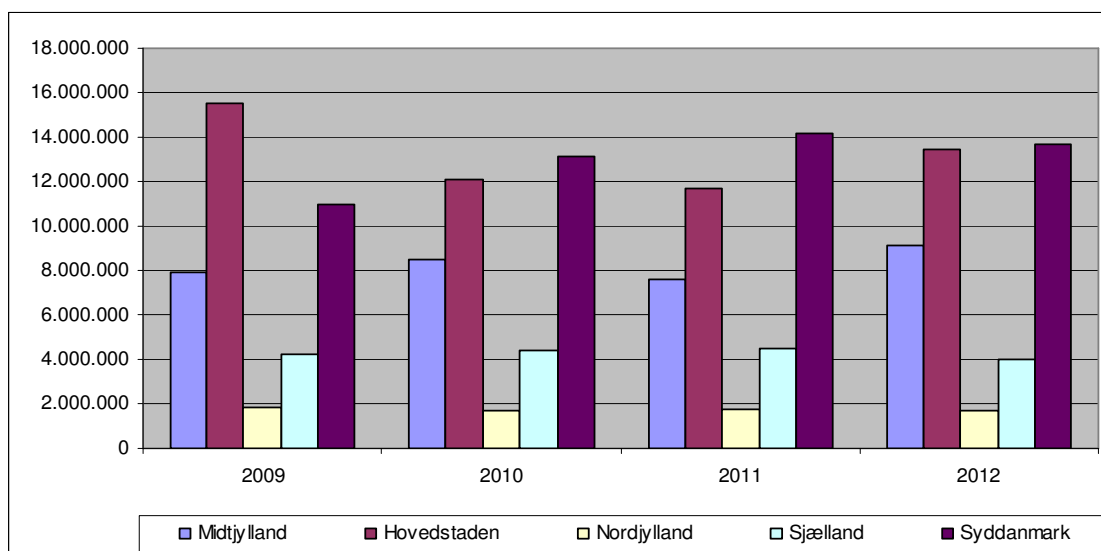
Tabel 4.5. Udgifter til tolkeydelser på hospitaler

Region	2009	2010	2011	2012
Region Midtjylland	7.896.647 kr.	8.486.155 kr.	7.635.764 kr.	9.101.845 kr.
Region Hovedstaden	15.521.000 kr.	12.107.000 kr.	11.659.000 kr.	13.470.000 kr.
Region Nordjylland	1.877.431 kr.	1.678.881 kr.	1.733.886 kr.	1.659.768 kr.
Region Sjælland	4.212.745 kr.	4.437.879 kr.	4.475.887 kr.	3.975.630 kr.
Region Syddanmark	11.000.000 kr.	13.150.000 kr.	14.200.000 kr.	13.700.000 kr.
I alt	40.507.823 kr.	39.859.915 kr.	39.704.537 kr.	41.907.243 kr.

Samlet set er der på hospitalerne i Danmark udgifter for ca. 40 mio. kr. om året til tolkning. Tallet har svinget en anelse. Der blev brugt 40,5 mio. kr. i 2009, hvorefter der var et fald til knap 40 mio. kr. i 2010 og 2011, mens de samlede udgifter til tolkning steg til knap 42 mio. kr. i 2012. Der kan på baggrund af den analyserede periode ikke vises en klar tendens i forhold til, om udgifterne til tolkning er stigende eller faldende.

Figur 4.4 viser regionernes udgifter til tolkeydelser fra 2009 til 2012 fordelt på de enkelte regioner.

Figur 4.4. Udgifter til tolkeydelser på hospitaler fordelt på regioner



I figur 4.4 ses det, at udgifterne til tolkeydelser har været stigende i Region Syddanmark, mens Region Hovedstaden har haft et fald i udgifterne til tolkeydelser fra 2009 til 2010 og derefter en let stigning. I Region Midtjylland har der været en lille stigning i udgifterne fra 2011 til 2012. Udgifterne for Region Sjælland og Region Nordjylland har været stabile.

Udbudspriser på tolkeydelser i regionerne

I alle regioner varetages udbud vedrørende tolkning af de respektive indkøbsafdelinger. Dette betyder, at alt juridisk vedrørende aftaler med tolkebureauerne foregår fra en anden afdeling end den, der varetager projektledelsen af videotolkning. I forbindelse med udbud har der været varierende grader af samarbejde mellem projektlederne i it-afdelingerne og indkøbsafdelingerne.

Ved annonceringsudbud forpligter regionerne sig til at benytte de tolkebureauer, der er indgået rammeaftaler med. Hver region har rammeaftaler med 3-4 tolkebureauer. I 2011 var det bestemt, at tolkeudbydere skal søges anvendt i prioriteret rækkefølge. Det betyder, at regionerne forpligter sig til at rette henvendelse til det tolkebureau, som står nummer et på listen, såfremt der skal rekvireres tolkeydelser. Priserne på tolkeydelser varierer fra region til region og fra udbyder til udbyder. Af Region Midtjyllands rammeaftaler fremgår det, at der har været en stigning i priserne til fremmødetolkning fra 2009 til 2011 på 4-6 %.

Et samlet overblik over priserne for tolkning er vanskeligt at præsentere. Dette skyldes, at priserne kan være per påbegyndt ¼ time, ½ time eller 1/1 time. Hvis der er behov for at forlænge en tolkning ud over den aftalte tid, er der stor variation i prisen på den forlængede tid. Nogle tolkebureauer har lavere takster for den tid, en tolkning bliver forlænget, mens andre tolkebureauer har op til fire gange så høje priser for forlængelse af en tolkning.

Desuden varierer prisen for fremmødetolkning i forhold til transportomkostninger. Hos nogle bureauer faktureres transporttiden per påbegyndt halve time, hos nogle bureauer er transportomkostningerne ligeledes ud over prisen for tolkningen, mens enkelte bureauer har transporttid og transportomkostninger indregnet i timeprisen for fremmødetolkning.

Det er således ikke muligt at give et enkelt overblik over prisen for en tolkning, da den afhænger af forbrugt tid (forudbestilt eller forlænget tid), transport og den gældende udbudsaftale mellem regionen og tolkebureauet. Samles alle disse forskelligartede priser, kan der gives en oversigt over spændvidden af tolkepriser i 2012.

Udbudspriser for tolkning i 2012¹⁰:

- Fremmødetolkning: Kr. 310 – 450/time
 - Transport: Kr. 300 – 957/time
- Videotolkning: Kr. 286 – 696/time

I tillæg til timeprisen for fremmødetolkning kan der komme transportomkostninger samt timepris for transport. Transportudgifterne svinger mere end selve tolkningen. Umiddelbart er der ikke stor forskel på timeprisen for fremmødetolkning og videotolkning, men hvis transporttiden faktureres ud over timeprisen for selve tolkningen, betyder det, at fremmødetolkning er markant dyrere end videotolkning.

¹⁰ Region Syddanmark har en klausul i kontrakterne om, at priser på tolkning ikke må offentliggøres. Dette betyder, at priser for Region Syddanmark ikke indgår i denne evaluering.

Udbudspriser fremmødetolkning 2011

- Den laveste udbudspris for fremmødetolkning var 143 kr. for en halv times tolkning. Dertil skal der dog tillægges 819 kr. for transport per påbegyndte halve time.
- Den højeste pris for fremmødetolkning i 2011 var 450 kr. for 1 times tolkning. Dette beløb var inklusiv transportomkostninger.

Udbudspriser videotolkning 2011

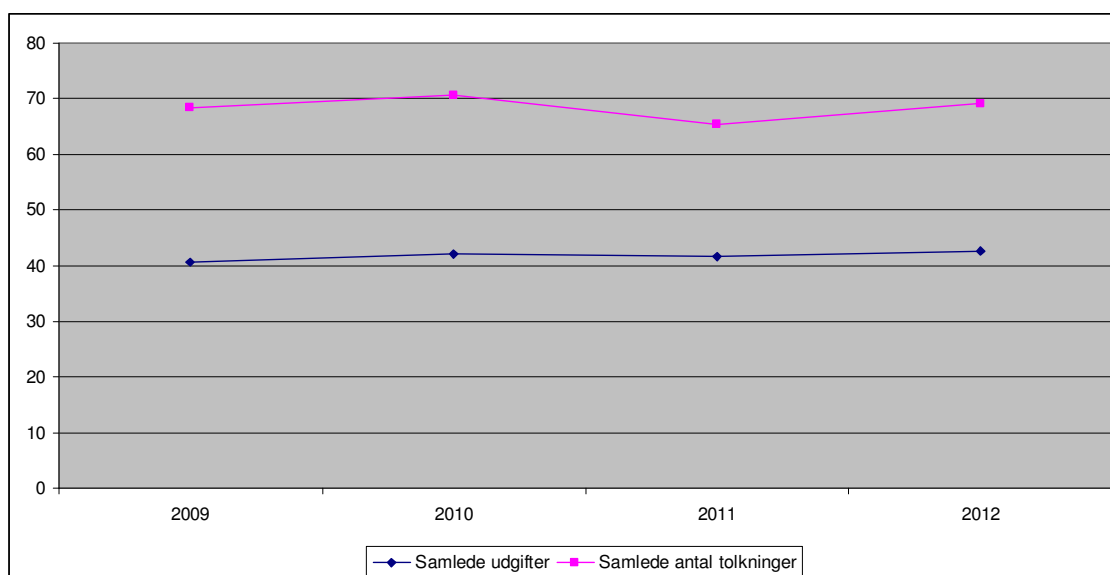
- Den laveste udbudspris på videotolkning var 143 kr. per halve time, hvilket giver en timepris på 286 kr.
- Den dyreste udbudspris var 155 kr. per kvarter, hvilket giver en timepris på 620 kr.

Som nævnt tidligere, er evaluator i Region Sjælland flere gange stødt på udsagnet om, at videotolkning var dyrere end telefontolkning, som var den mest anvendte tolkeform i Region Sjælland inden teletolkeprojektet blev påbegyndt. En gennemgang af Region Sjællands tolkepriser viser imidlertid, at prisen for videotolkning og telefontolkning har været den samme i 2010, 2011 og 2012.

Region Hovedstaden havde i 2010-2012 aftale med fire tolkebureauer. Der var en relativ stor forskel på timeprisen mellem de fire firmaer med ét firma, der prismæssigt lå væsentligt under de øvrige tolkebureauer. Ved ikrafttrædelse af denne aftale blev det meldt ud fra regionen, at alle afdelinger så vidt muligt skulle bruge det billigste tolkebureau. Da aftalen blev forlænget i 2012-2013 faldt det billigste firma ud af aftalen, hvilket kan have haft betydning for de samlede udgifter til tolkning i Region Hovedstaden i 2012.

Figur 4.5 illustrerer sammenhængen mellem udgifter til tolkeydelser og antallet af gennemførte tolkninger i projektperioden.

Figur 4.5. Samlet antal tolkninger og udgifter til tolkeydelser for alle regioner



Det fremgår af figur 4.5, at udgifterne til tolkning har været svagt stigende, mens antallet af tolkninger har svinget. Det største udsving i figuren er faldet i antal tolkninger fra 2010 til 2011. Dette fald genfindes ikke i udgifterne.

4.2.3 Diskussion af udbredelsesgrad og dækningsgrad

Det fremgår af ovenstående analyse, at udbredelsesgraden ikke opfylder målet på 90 % af relevante afdelinger. Samtidig er det tydeligt, at der er stor forskel på udbredelsesgraden mellem regionerne. Dækningsgraden af videotolkninger er på landsbasis på 19 %. Dette tal dækker også over en stor variation mellem regionerne, idet 55 % af tolkningerne i Region Syddanmark er videotolkninger, mens knap mellem 1 og 10 % af tolkningerne i de øvrige regioner var videotolkninger.

Der er flere årsager til den store variation i udbredelse og dækning af videotolkning. For det første er der en tidsfaktor, som går ud på, at Region Syddanmark har været tidligere i gang med at videotolke end de øvrige regioner, og både it-afdelinger, klinisk personale og patienter har således haft længere tid til at vænne sig til brugen af udstyret. For det andet tyder de indsamlede data på, at ledelsesopbakning til projektet gør en forskel. Ledelsesopbakning skal være til stede på alle niveauer. Det er således ikke tilstrækkeligt, at it-afdelingen prioriterer opsætning af udstyr, hvis de enkelte afdelingsledelser ikke bakker op om, at udstyret rent faktisk skal anvendes. Endelig kan den lokale projektledelse have en betydning. I Region Syddanmark har projektlederne været aktive i undervisning og tilbudt afdelingerne alle de besøg, de ønskede. Denne markante udmelding og det ledelsesmæssige fokus på alle niveauer har uden tvivl haft betydning for den høje udbredelses- og dækningsgrad i Region Syddanmark.

4.3 Tidsforbrugsmåling

Der er i samarbejde med Endokrinologisk Afdeling, Odense Universitetshospital lavet et forsøg med måling af tidsforbruget ved videotolkning og fremmødetolkning. Formålet med tidsregistreringsforsøget var at teste antagelsen om, at videotolkning ville medføre en tidsreduktion i tolkningen. Forsøget - og antagelsen - er inspireret af et studie fra Almeida, Californien, hvor en omlægning fra fremmødetolkning til videotolkning gav en besparelse i tidsforbruget på 20 minutter (Cisco 2006).

Gennem en kontrolleret randomisering, der tager højde for tolkningens sprog og patientens køn, er alle patienter, som var forhåndsbookede til at modtage tolkebistand ved konsultation på afdelingen i perioden 1. oktober 2012 til 31. januar 2013, blevet randomiseret til at få tolkning via en fremmødetolk eller en videotolk. I inklusionsperioden er 155 tolkninger blevet randomiseret: 75 til videotolkning og 80 til fremmødetolkning. Der er randomiseret tolkeydelser på 15 forskellige sprog.

Ved alle randomiserede konsultationer blev det kliniske personale bedt om at udfylde et spørgeskema. På spørgeskemaet blev registreret nøjagtig tidsangivelse af den bookedede konsultationstid, tidspunkt for patientens og tolkens fremmøde, konsultationens afslutningstidspunkt samt sprog og køn for både tolk og patient.

Der blev udfyldt spørgeskemaer for 91 af de 155 randomiserede patienter. 25 % af konsultationerne med tolkning blev aflyst, og 68 skemaer indeholdt data om gennemførte konsultationer med tolkning.

Analysen af de 68 indsamlede skemaer viser, at der ikke er forskel på tidsforbruget ved videotolkning og fremmødetolkning. Medianen i tidsforbruget for begge typer tolkning er 30 minutter, og spændvidden er 8-75 minutter for videotolkning og 6-75 minutter for frem-

mødetolkning. Ser man på, om der er forskel på tidsforbruget i forhold til køn og sprog, er der ingen forskel. Samlet set er der ingen signifikant forskel mellem tidsforbruget ved de to typer tolkning.

Tabel 4.6. Tidsforbrug ved videotolkning og fremmødetolkning

Type af tolkning	Median (range)
Videotolkning (n:32)	30 min. (8-75)
Fremmødetolkning (n:25)	30 min. (6-75)

Det administrative personales tidsforbrug ved bestilling af fremmødetolk og videotolk er ikke blevet undersøgt særskilt. Ifølge deltagere i gruppeinterview i alle regioner, er der ikke forskel på den tid det administrative personale bruger på at bestille de to typer af tolkning. Enkelte har givet udtryk for, at der anvendes tid til at stille videotolkeudstyret frem, mens andre påpeger, at der bruges tid på at hilse på tolken og vise vedkommende hen til konsultationslokalet.

Det må således konkluderes, at der på basis af nærværende undersøgelse ikke er belæg for at en omlægning fra fremmødetolkning til videotolkning medfører en tidsbesparelse i en dansk sammenhæng.

Et aspekt af tolkeområdet, som data fra tidsregistreringen sætter fokus på, er antallet af aflyste konsultationer og tolkninger. 25 % af de planlagte konsultationer med tolkning blev aflyst, og lignende tal for aflysninger bekræftes i alle gruppeinterview. I antagelserne bag teletolkeprojektet indgår en forventet besparelse, ved at aflysninger og forsinkelser undgås. I prisaftaler mellem tolkebureauer og regionerne fremgår det tydeligt, at alle tolkninger, der ikke er afbestilt senest 24 før afholdelse, skal faktureres som gennemførte. Dette betyder, at overgang fra fremmødetolkning til videotolkning ikke indebærer en besparelse på dette område. Et fremtidigt fokusområde kunne være at undersøge årsagen til de mange aflysninger.

4.4 Genberegning af business case

I forbindelse med ansøgning til Fonden for Velfærdsteknologi blev der udarbejdet en business case, der vurderer de økonomiske konsekvenser af teletolkeprojektet.

Business casen er udregnet for en 9-årig periode. I genberegning af business casen er år 0 sat til at være år 2010. De indsamlede data og erfaringer fra teletolkeprojektet, der er præsenteret ovenstående i dette kapitel 4, vil blive anvendt til at genberegne business casen med de faktiske tal for 2010-2012.

Den økonomiske model og hele business casen inddrager ikke økonomiske (eller andre) generelle gevinster ved udbredelsen af videotolkeudstyr på hospitalerne i Danmark. Konklusionerne om de økonomiske konsekvenser ser således udelukkende på tolkeområdet.

Den oprindelige business case er genberegnet med følgende justeringer:

- 1) Antallet af relevante afdelinger er justeret ned fra 500 til 350.
- 2) Antallet af tolkninger på danske hospitaler er nedjusteret fra 75.000 til 70.000.

- 3) Prisen på ½ times videotolkning og ½ times fremmødetolkning er revurderet. Som beskrevet under 4.2.2 er det ikke muligt at angive en gennemsnitspris for tolkning. Den anførte pris i business casen er den laveste pris for både videotolkning og fremmødetolkning. Denne pris er lavt sat, men for udregningen af business casen er den laveste pris anvendt for at få sammenlignelige tal i de to typer af tolkning.
- 4) En antagelse i business casen var, at der er højere omkostninger ved patientudeblivelser ved fremmødetolkning i forhold til videotolkninger. Det blev antaget, at udeblivelser ved fremmødetolkning koster 73 kr. per tolkning, mens udeblivelser ved videotolkning koster 22 kr. per tolkning. Der er i evalueringen ikke fundet belæg for, at denne forskel eksisterer, og omkostninger ved patientudeblivelser er derfor ved begge typer tolkning sat til 73 kr.
- 5) En antagelse i business casen var desuden, at man ved videotolkning vil kunne spare 10 minutter per tolkning, hvilket var vurderet til 38 kr. per tolkning. Tidsregistreringsforsøget på OUH (afsnit 4. 3) havde til formål at undersøge, om en sådan tidsbesparelse kunne findes i Danmark ved omlægning fra fremmødetolkning til videotolkning. Som beskrevet ovenfor er dette ikke tilfældet. Undersøgelsen viste ingen tidsbesparelse, hvorfor den forventede værdi af tidsbesparelse i business casen omskrives til 0.

Disse fem anførte justeringer er i bilag 2 markeret med gult¹¹. Ud over de fem anførte justeringer ovenfor var der kalkuleret med, at antallet af videotolkninger ville være stigende, og at der efter fem år (år 4) ville være en dækningsgrad på 71 % af alle tolkninger, der gennemføres som videotolkninger.

I tabel 4.7 fremgår det forventede antal videotolkninger af øverste række. Det ses, at der forventes en dækningsgrad på 71 % i år 4, og denne dækningsgrad forventes derefter opretholdt på 71 % i de efterfølgende år. Det fremgår, at det faktiske antal gennemførte videotolkninger i 2010, 2011 og 2012 stemmer nogenlunde overens med forventede antal videotolkninger.

Tabel 4.7. Dækningsgrad af videotolkning – forventet og faktisk

	År 0 (2010)	År 1 (2011)	År 2 (2012)	År 3 (2013)	År 4 (2014)	År 5 (2015)	År 6 (2016)
Forventede antal videotolkninger jf. business case	1.500 (2 %)	7.500 (10 %)	15.000 (20 %)	44.250 (59 %)	53.250 (71 %)	53.250 (71 %)	53.250 (71 %)
Faktisk/forventede videotolkninger	1.476 (2 %)	7.614 (11 %)	13.931 (20 %)	(35 %)	(50 %)	(65 %)	(71 %)

For årene 3 (2013), 4 (2014) og 5 (2015) er der i tabel 4.7 i anden række angivet en ny forventet %-del. Denne forventede procentdel er fremkommet på baggrund af de hidtidige udfordringer med at implementere videotolkning. Den forventede dækningsgrad er nedjusteret til en stigning med 15 % om året frem til år 5 (2015) og derefter i år 6 (2016) og fremefter at nå det forventede mål på 71 %.

¹¹ Den samlede business case kan rekvireres ved henvendelse til CFK.

De gennemførte justeringer i økonomimodellen viser en ændring i den forventede besparelse på tolkeområdet ved anvendelse af videotolkning, som fremgår af tabel 4.8.

Tabel 4.8. Forretningsmæssige gevinster i oprindelig business case

År i projektet	Oprindelig beregning	Ny udregning
År 0	726.623	654.123
År 1	5.449.673	3.270.615
År 2	9.082.788	6.541.231
År 3	27.248.365	11.447.154
År 4	32.698.038	16.353.077
År 5	32.698.038	19.623.692
År 6	32.698.038	21.259.000
År 7	32.698.038	23.221.369
År 8	32.698.038	23.221.369

Tabellen viser, at videotolkning vil give en forretningsmæssig besparelse på 654.123 mio. kr. det første år og op til godt 23 mio. kr. 8 år efter implementeringen er gået i gang.

Tabel 4.8 ser udelukkende på selve udgiften til tolkning og inddrager ikke omkostninger ved indkøb og drift af videokonferenceudstyr. De samlede økonomiske omkostninger ved omlægning fra fremmødetolkning til videotolkning inklusiv indkøb, drift og vedligeholdelse af videokonferenceudstyr fremgår af tabel 4.9.

Tabel 4.9. Økonomiske konsekvenser af omlægning til videotolkning

År i projektet	Oprindelig beregning	Ny udregning
År 0	- 5.646.763	- 7.893.200
År 1	- 1.512.809	- 5.652.633
År 2	- 790.839	- 9.228.060
År 3	- 887.454	- 5.562.180
År 4	7.785.645	- 4.256.560
År 5	10.719.318	- 4.014.460
År 6	10.719.318	- 2.757.600
År 7	10.719.318	- 2.409.840
År 8	10.719.318	- 2.409.840

Tabel 4.9 viser, at der på nuværende tidspunkt ikke er en økonomisk gevinst ved at omlægge op til 71 % af alle tolkninger på danske hospitaler fra fremmødetolkning til videotolkning. Den forventede årlige besparelse på ca. 10 mio. kr. er således ikke til stede, når antagelser og forudsætninger i den økonomiske model ændres på baggrund af de indsamlede data i evalueringen.

4.5 Delkonklusion om videotolkning i antal og kroner

Den samlede udbredelsesgrad af videotolkning er på 73 % af de relevante afdelinger. Ses udbredelsesgraden på 73 % af de 350 relevante afdelinger i forhold til det samlede antal afdelinger på hospitaler i Danmark, som er ca. 900, fremgår det, at videotolkning anvendes på ca. 25 % af alle hospitalsafdelinger i Danmark. Det vil ikke være muligt at udbrede på alle afdelinger. Den store regionale variation i hvilken type af afdelinger, der er vurderet rele-

vante, peger på, at det er muligt at implementere videotolkning på flere afdelinger, end dem der hidtil er vurderet relevante.

Der er udgifter for ca. 40 mio. kr. på de danske hospitaler, og der gennemføres omkring 70.000 tolkninger årligt. Udgifter og antal tolkninger har svinget en smule i den undersøgte periode 2009-2012, og de indsamlede data giver ikke en entydig konklusion på, om udgifter og antal tolkninger er stigende eller faldende i perioden.

En forventning til videotolkning har været, at det giver større muligheder for akuttolknin-ger. Det har ikke været muligt at analysere, om denne antagelse kan bekræftes, da ingen af de relevante afdelinger er akutaafdelinger. Konklusionen er således, at videotolkning giver et potentiale for akutte tolkninger, men at behovet ikke er til stede. Anvendelsen af video-tolkning i akutte situationer skal således afvejes med det samlede behov for tolkninger på de enkelte afdelinger. Hvis tolkebehovet er lille, skal det overvejes om udgifter til indkøb af udstyr og oplæring af personale opvejes af fordelene ved videotolkning.

Der har været en forventning om, at regionerne i løbet af projektperioden ville forhandle nye udbudsaftaler på plads, som indeholdt væsentlig lavere priser på videotolkning. Der er forhandlet nye aftaler i perioden, men de har ikke medført det forventede fald i prisen per tolkning.

Genberegningen af business casen viser, at der på nuværende tidspunkt ikke er den forventede besparelse på at anvende videotolkning. Denne konklusion kan ændre sig på sigt, fx ved forhandling af nye prisaf-taler.

5 Brugerperspektiv

Det er et centralt projektmål, at videotolkning opfattes som et anvendeligt redskab, der letter hverdagen i den kliniske praksis (Medcom 2011). Med andre ord skal brugerne være tilfredse med videotolkning. Målet er først og fremmest rettet mod kliniske behandlere, der som ansatte på hospitaler har brug for tolkning i forbindelse med udførelse af deres arbejde. Det kliniske personales vurdering af videotolkning omhandler blandt andet tidsforbruget forbundet med tolkningen samt opfattelsen af og tilfredsheden med tolkningen. Da bestilling og afregning af tolkning oftest varetages af administrativt personale, er det administrative personales vurdering af netop bookning og afregning også relevant at inddrage i evalueringen. For patienterne er tolkning en nødvendighed for at forstå sundhedspersonalet. Deres vurdering af videotolkning handler i høj grad om, hvorvidt de er trygge og tilfredse med videotolkning.

Spørgeskemaundersøgelsen gennemført på videotolkende afdelinger

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i oktober 2012. Deltagerne i undersøgelsen var som udgangspunkt alle afdelinger, der havde meldt til MedCom, at de anvendte videotolkning per 1. juni 2012. Denne dato blev valgt, idet det var ønsket, at de deltagende afdelinger havde en vis erfaring med videotolkning, og det blev antaget, at perioden på fire måneder fra juni til oktober 2012 var en rimelig tid til, at afdelingerne kunne få erfaringer med videotolkning.

Ifølge de indberetninger, som MedCom har modtaget fra regionerne, var der 1. juni 2012 174 afdelinger, der aktivt brugte videotolkning. Alle disse afdelinger blev individuelt kontaktet telefonisk og per mail med henblik på at få kontaktoplysninger på personer indenfor tre forskellige faggrupper, der arbejder med videotolkning på afdelingen (fx sekretær, sygeplejerske, læge, diætist). Hensigten var at få kontaktoplysninger på 2-3 ansatte på hver afdeling, således at spørgeskemaet kunne sendes til mellem 350 og 500 ansatte.

Gennem kontakten med afdelingerne kom det frem, at det ikke var alle 174 afdelinger, der rent faktisk anvendte videotolkning. Desuden var der afdelinger, der ikke ønskede at medvirke i undersøgelsen. I alt blev der indsamlet kontaktoplysninger på 125 afdelinger, og spørgeskemaet blev sendt ud til 335 ansatte fordelt på de 125 afdelinger.

247 ansatte returnerede spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 69 %. Besvarelsene kom fra 103 af afdelingerne, hvilket giver en svarprocent på afdelingsniveau på 82 %. I sammenligning med tilsvarende spørgeskemaundersøgelser i hospitalsregi er dette en særdeles tilfredsstillende svarprocenter på både individ- og afdelingsniveau.

Tabel 5.1 nedenfor viser, hvordan de returnerede besvarelser fordeler sig mellem regionerne.

Tabel 5.1. Antal besvarelser fordelt på regioner

	Antal	Procent
Region Syddanmark	159	64 %
Region Midtjylland	33	13 %
Region Nordjylland	23	9 %
Region Sjælland	11	5 %
Region Hovedstaden	21	9 %
Total	247	100 %

Besvarelserne afspejler det faktum, at Region Syddanmark i sommeren 2012 var markant foran de øvrige regioner i implementeringen af videotolkning, idet ca. to tredjedele af besvarelserne kommer fra Region Syddanmark.

Det var hensigten, at en administrativ ansat, en sygeplejerske eller tilsvarende (fx fysioterapeut) samt en læge i hver region skulle deltage i undersøgelsen. Det personale, der returnerede spørgeskemaet, fordeler sig på følgende professioner:

Tabel 5.2. Antal besvarelser fordelt på personalegrupper

	Antal	Procent
Læge	62	25 %
Sygeplejerske	78	32 %
Sekretær	89	36 %
Andet personale	18	7 %
Total	247	100 %

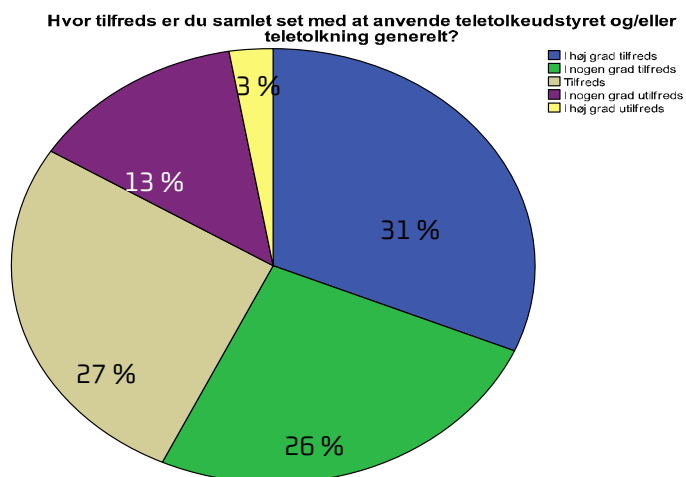
Tabel 5.2 viser en nogenlunde ligelig fordeling af medarbejdere på de tre forskellige personalegrupper. Dog er der en lille underrepræsentation af læger, som udgør 25 % af besvarelserne, mens personale med en mellemlang uddannelse udgør 40 %, hvis sygeplejersker og kategorien andet, som indeholder forskellige mellemlange uddannelser, lægges sammen.

Af de 247 returnerede spørgeskemaer svarede 18 personer, at de ikke havde kendskab til videotolkning, og seks personer besvarede kun dele af spørgeskemaet. Det samlede antal besvarelser, som indgår i den resterende del af analysen af personalets opfattelse af videotolkning, består derfor af 223 besvarelser. 153 besvarelser er givet af klinisk personale, mens 70 er afgivet af administrativt personale.

5.1 Samlet tilfredshed med videotolkning

Den samlede tilfredshed med videotolkning er i spørgeskemaundersøgelsen blevet besvaret i ét spørgsmål om, hvor tilfreds man er med videotolkning. Besvarelserne viser, at personalet på hospitalerne overordnet set er tilfredse med videotolkning.

Figur 5.1. Samlet tilfredshed med videotolkning



Tilsammen har 84 % af personalet svaret, at de er i høj grad tilfredse, i nogen grad tilfredse eller tilfredse. 13 % har svaret, at de i nogen grad er utilfredse, mens 3 % har svaret, at de i høj grad er utilfredse. Den højeste svarprocent er i kategorien "I høj grad tilfreds", og besvarelsene indikerer, at der generelt er stor tilfredshed, omend knap en femtedel af personalet ikke er tilfredse med videotolkning. Dette billede blev bekræftet i de kvalitative gruppeinterview. Her fortalte størstedelen af deltagerne om gode oplevelser med anvendelsen af videotolkning, samtidig med at enkelte havde dårlige oplevelser og derfor var utilfredse med videotolkningen. Den samlede tilfredshed indikerer, at videotolkning er en anvendelig og god måde at gennemføre tolkninger på i det danske sundhedsvæsen.

"Jeg synes, at det fungerer overraskende godt. Jeg havde måske forventet nogle flere vanskeligheder, men de er ligesom udeblevet. Jeg er forbavsede positiv overfor det."

(radiograf)

Den samlede tilfredshed viser ikke, hvorvidt der er forskel på tilfredsheden mellem forskellige personalegrupper eller regioner. Dette undersøges i de to nedenstående tabeller.

Tabel 5.2. Tilfredshed fordelt på personalegruppe

	I høj grad tilfreds	I nogen grad tilfreds	Tilfreds	I nogen grad utilfreds	I høj grad utilfreds	Total
Læge (59)	29 %	29 %	19 %	15 %	8 %	100 %
Sygeplejerske (77)	34 %	26 %	25 %	15 %	0 %	100 %
Sekretær (70)	34 %	20 %	37 %	7 %	2 %	100 %
Andre (17)	17 %	35 %	24 %	24 %	0 %	100 %
Total	31 %	26 %	27 %	13 %	3 %	100 %

Tabel 5.2 viser tilfredsheden fordelt på de forskellige personalegrupper i undersøgelsen. Det fremgår, at tilfredsheden er nogenlunde lige stor for læger, sygeplejersker og sekretærer. Kategorien "andre", som består af 17 personer og indeholder fysioterapeuter, diætister og andet sundhedsfagligt personale, er overordnet set mindre tilfredse med videotolkning end de andre personalegrupper.

Table 5.3. Satisfaction distributed by region

Region (n)	I høj grad tilfreds	I nogen grad tilfreds	Tilfreds	I nogen grad utilfreds	I høj grad utilfreds	Total
Region Syddanmark (142)	38 %	27 %	26 %	8 %	1 %	100 %
Region Midtjylland (32)	25 %	25 %	19 %	22 %	9 %	100 %
Region Nordjylland (19)	10 %	10 %	37 %	37 %	6 %	100 %
Region Sjælland (11)	9 %	37 %	27 %	27 %	0 %	100 %
Region Hovedstaden (19)	21 %	26 %	37 %	11 %	5 %	100 %
Total (223)	31 %	26 %	27 %	13 %	3 %	100 %

As seen from regional differences in satisfaction, it follows from Table 5.3, that there is highest satisfaction with video interpretation in Region Syddanmark, where overall 91 % declare satisfaction with video interpretation. The highest dissatisfaction is found in Region Nordjylland, where overall 43 % of the 19 participants in the survey declare satisfaction in some degree or high degree dissatisfaction with video interpretation.

There should be a certain reservation for the difference in satisfaction, as there is a large variation in the number of responses from each region, and the differences are not significant. Region Sjælland's responses are based on 11 responses, while Region Syddanmark's are based on 142 responses.

A factor that can be thought to affect the overall satisfaction with video interpretation, is training and familiarity with the use of the equipment and video interpretation. The participants were therefore asked which form of introduction they had received for video interpretation. Some participants had received more than one form of introduction, which means that the overall number of responses in the following table exceeds the number of participants in the survey.

Table 5.4. Satisfaction distributed by staff group

	I høj grad tilfreds	I nogen grad tilfreds	Tilfreds	I nogen grad utilfreds	I høj grad utilfreds	Total
Gruppeundervisning	19 (25 %)	19 (25 %)	25 (32 %)	11 (14 %)	3 (4 %)	77
Sidemandsoplæring eller lignende	35 (34 %)	30 (29 %)	23 (23 %)	12 (12 %)	2 (2 %)	102
Introduktion over internettet	3 (38 %)	1 (13 %)	2 (25 %)	2 (25 %)	0 (0 %)	8
Andet	9 (33 %)	3 (11 %)	10 (27 %)	2 (5 %)	3 (11 %)	27
Ingen introduktion	14 (33 %)	11 (26 %)	11 (26 %)	6 (14 %)	0 (0 %)	42
Total	80 (31 %)	64 (25 %)	71 (28 %)	33 (13 %)	8 (3 %)	256

Ses der på yderste højre kolonne viser tabellen først og fremmest, at den hyppigste form for introduktion til videotolkning har været sidemandsoplæring, hvor kollegaer har oplært hinanden i, hvordan udstyret virker. Over 100 deltagere har deres kendskab til videotolkning fra sidemandsoplæring. En anden stor gruppe har deltaget i gruppeundervisning (77 deltagere), og 27 har fået en anden form for introduktion. 42 deltagere angiver, at de ikke har fået nogen form for introduktion til videotolkning.

Ses der på introduktionsformen sammenholdt med tilfredsheden, viser der sig ikke et entydigt mønster. Man kunne forestille sig, at deltagere, der ikke har fået nogen form for introduktion, ville være mindre tilfredse med videotolkning. Dette viser sig ikke at være tilfældet, da der ikke er en signifikant forskel på tilfredsheden. Deltagere, som ikke har modtaget introduktion, er hverken mere eller mindre tilfredse med videotolkning end gennemsnittet af deltagerne. Lidt færre af de deltagere, som har modtaget gruppeundervisning, er i høj grad tilfredse med videotolkning, men samlet set er der ingen sammenhæng mellem formen for introduktion og tilfredsheden.

Langt størstedelen af personalet finder udstyret let at betjene. 91 % har således svaret, at udstyret er let at betjene, mens 9 % har svaret, at det er svært at betjene. Sammenholdes udsagnet om, hvorvidt udstyret er let eller svært at betjene, med tilfredsheden med videotolkning, er der en statistisk signifikant sammenhæng, der viser, at det personale, der finder udstyret svært at betjene, er mere utilfreds med videotolkning.

Tabel 5.5. Tilfredshed og betjening af videotolkeudstyr

	I høj grad tilfreds	I nogen grad tilfreds	Tilfreds	I nogen grad utilfreds	I høj grad utilfreds	Total
Udstyret er let at betjene (202)	34 %	27 %	26 %	12 %	1 %	100 %
Udstyret er svært at betjene (21)	5 %	9 %	38 %	29 %	19 %	100 %
Total	31 %	26 %	27 %	13 %	3 %	100 %

Samlet set er der en stor tilfredshed med videotolkning i alle regioner og på tværs af faggrupper. Den eneste sammenhæng der kan påvises mellem tilfredshed og forskellige grupperinger er, at dem, der finder udstyret svært at betjene, er mindre tilfredse end andre.

5.1.1 Det kliniske personales opfattelse af videotolkning

Den samlede tilfredshed med videotolkning blandt det kliniske personale viser, hvordan personalet opfatter selve videotolkningen, og giver en indikation af om det er en anvendelig tolkeform. En kvalificering af analysen er at se på videotolkning i sammenligning med de tidligere mest almindelige tolkeformer: fremmødetolkning og telefontolkning. Den generelle tilfredshed med videotolkning siger således ikke noget om, hvorvidt personalet foretrækker videotolkning frem for andre tolkeformer, men udelukkende om videotolkning er anvendelig, hvilket analysen konkluderer, at den er.

Det kliniske personale, som har anvendt videotolkning i samtaler med patienter, bliver spurgt til en række forskellige aspekter af videotolkning, herunder deres vurdering af videotolkning i forhold til fremmødetolkning og telefontolkning. Spørgsmålet var konstrue-

ret på en måde, så der skulle træffes et valg mellem de tre tolkeformer ved hvert spørgsmål. De spørgsmål, der blev stillet lød således:

1. Den mest professionelle tolkning opnås samlet set med...
2. Dialogen mellem behandler og patient bliver oversat mest neutralt med...
3. Den bedste kontakt mellem behandler og patient opnås ved...
4. Den professionelle distance mellem tolk og patient understøttes bedst ved brug af...
5. Den mest tidskrævende tolkeform er....

Fordelingen af besvarelser på denne række spørgsmål fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 5.6. Sammenligning af tolkeformer

	Mest professionelle tolkning	Dialog oversat mest neutralt	Bedste kontakt ml. behandler og patient	Professionel distance ml. tolk og patient bedst	Mest tidskrævende tolkeform
Videotolkning	32 %	48 %	27 %	64 %	23 %
Fremmødetolkning	51 %	18 %	54 %	11 %	32 %
Telefontolkning	2 %	3 %	2 %	5 %	23 %
Ved ikke	15 %	31 %	17 %	20 %	22 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel 5.6 giver et meget blandet billede af det kliniske personales opfattelse af videotolkning i forhold til fremmødetolkning. Meget få deltagere foretrækker telefontolkning, mens fordelingen mellem videotolkning og fremmødetolkning varierer ved de fem spørgsmål.

1) Ved det første spørgsmål om den mest professionelle tolkning angiver godt 50 %, at det er fremmødetolkning. Dette stemmer ikke overens med de forventninger, der har været forud for teletolkeprojektet, hvor det blev forventet, at videotolkning ville føre til en mere professionel tolkning.

Ved gruppeinterviewene gav flertallet udtryk for den forventede sammenhæng, at videotolkning er mere professionel end fremmødetolkning.

"Jeg tænker umiddelbart, at patientforløbet er bedre ved en fremmødetolk, især i de tilfælde hvor det er noget sekvensopdelt noget. Men jeg er enig i, at ellers virker det mere professionelt, og det der med, at tolken og patienten ikke taler sammen inden undersøgelsen. De kan nogle gange næsten blive enige om, hvad det er der skal siges, inden de kommer ind. Det [videotolkning] er lidt mere både diskret og professionelt."

(læge)

Det blev dog understreget i gruppeinterviewene, at det er vanskeligt at komme med en generel prioritering af professionaliteten ved fremmødetolkning og videotolkning, da det ofte afhænger af den enkelte tolk.

2) Spørgsmålet om, hvilken tolkeform der giver den mest neutrale oversættelse, viser, at knap halvdelen mener, at dette sker ved videotolkning. Her skal det bemærkes, at 31 % af

deltagerne svarer "ved ikke". Dette kan indikere, at en del deltagere mener, at der ikke er nævneværdig forskel på neutraliteten i oversættelse ved fremmødetolkning og videotolkning. Endvidere kan den høje andel af ved ikke-besvarelser skyldes, at det kliniske personale ikke forstår det fremmede sprog og derfor ikke ser sig i stand til at konkludere, om den ene form for tolkning er mere neutral end den anden.

Spørgsmål 1 og 2 kan tilsammen give en indikation af, om forventningen om at videotolkning ville føre til bedre sundhedsfaglig tolkning, kan bekræftes. Som det fremgår af tabel 5.5, er besvarelserne på, hvad der er den mest professionelle tolkning, og hvad der giver den mest neutrale oversættelse, forskellige. Hvis professionalisme sidestilles med bedre sundhedsfaglig tolkning, kan forventningen ikke bekræftes. Omfatter bedre sundhedsfaglig tolkning også neutraliteten i oversættelsen, peger svarene på, at der findes et vist belæg for forventningen. Da definitionen af bedre sundhedsfaglig tolkning ikke har indgået i de stillede spørgsmål, kan data ikke anvendes til endeligt at af- eller bekræfte forventningen.

3) Den bedste kontakt mellem patient og behandler opnås ifølge besvarelserne ved fremmødetolkning. Dette er ikke i overensstemmelse med forventningerne til projektet, hvor det blev antaget, at anvendelsen af videotolkning ville give en bedre relation mellem patient og behandler, idet tolken ikke ville sidde med i rummet og forstyrre denne relation. Ved gruppeinterviewene var den hyppigste opfattelse, at videotolkning gav den bedste kontakt mellem patient og behandler.

"Det er sådan lidt mere diskret. Det er et redskab i stedet for en, der har en mening og fortolker og sådan"

(sygeplejerske)

Ved de kvalitative interview blev der i højere grad givet udtryk for, at en fremmødetolk fyldte i rummet rent fysisk og mentalt, og at videotolkning derfor gav større rum for en tættere kontakt mellem patient og behandler.

"Der kunne godt være lidt trængt, når der skulle sidde en fremmødetolk, fordi de skal jo være der under hele undersøgelsen, fordi de jo skal berolige patienten. Og der synes jeg jo, det er en stor fordel, at det kun er denne her lille skærm, og man lige kan dreje den."

(sygeplejerske)

4) Den mest professionelle distance mellem tolk og patient opnås ifølge undersøgelsen ved videotolkning. Fraværet af en fysisk tilstedeværende tolk medfører som antaget i projektet et mindre venskabeligt og mere professionelt forhold mellem patient og tolk. Dette udtrykkes af en behandler på følgende måde.

"De [patient og tolk] kan nogle gange næsten blive enige om, hvad det er, der skal siges, inden de kommer ind. Det [videotolkning] er lidt mere både diskret og professionelt."

(oversygeplejerske)

Den kvantitative besvarelse af disse fire spørgsmål giver tilsammen ikke et ensartet billede af, hvorvidt behandlerne foretrækker videotolkning eller fremmødetolkning. Samme resultat blev formuleret ved gruppeinterviewene. Deltagerne kunne se fordele og ulemper ved både videotolkning og fremmødetolkning.

Den forholdsvis høje andel af "ved ikke"-besvarelser, som ligger mellem 15 % og 31 %, indikerer, at der ikke er en entydighed i vurderingen af videotolkning i forhold til fremmødetolkning. Begge tolkeformer anses af det kliniske personale som basis for gode tolkninger.

5) Det sidste spørgsmål i tabel 5.6 spørger til, hvilken tolkeform, der er mest tidskrævende. Her er der en stort set ligelig fordeling mellem de forskellige tolkeformer. Dette billede blev bekræftet i flere gruppeinterview, hvor det blev påpeget, at konsultationer med tolkning tager længere tid end almindelige konsultationer, men det ekstra tidsforbrug er uafhængigt af tolkeformen.

Gruppeinterviewene bekræftede hovedsageligt de kvantitative data. I starten af implementeringsfasen var der en del udfordringer med anvendelsen af udstyr og teknik, og der var en naturlig skepsis overfor en ny teknologi. Tilfredsheden med videotolkning er generelt høj, og mange kunne se fordele ved videotolkning på trods af en indledende skepsis overfor projektet.

"Det var først, da vi blev tvunget til at benytte det [videotolkning] af regionen og ikke kunne bestille fremmødetolk, at vi begyndte at synes om videotolkning. Så er det jo dejligt, at man egentligt bliver mere tilfreds med det, der bliver presset ned over en, så er det faktisk en stor hjælp, at tolken ikke er der."

(distriktssygeplejerske)

Et afsluttende spørgsmål vedrører, om man vil anbefale videotolkning til en kollega. Til dette spørgsmål svarer 85 % ja, mens 15 % svarer nej. Dette svarer til antallet af besvarelser, der udtrykker tilfredshed med videotolkning.

Tabel 5.7. Vil du anbefale videotolkning til en kollega?

	Antal	Procent
Ja	189	85 %
Nej	34	15 %
Total	223	100 %

Endelig spørges der til, om deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen anvender videotolkeudstyret til andre formål end videotolkning. Dette svarer 30 % ja til.

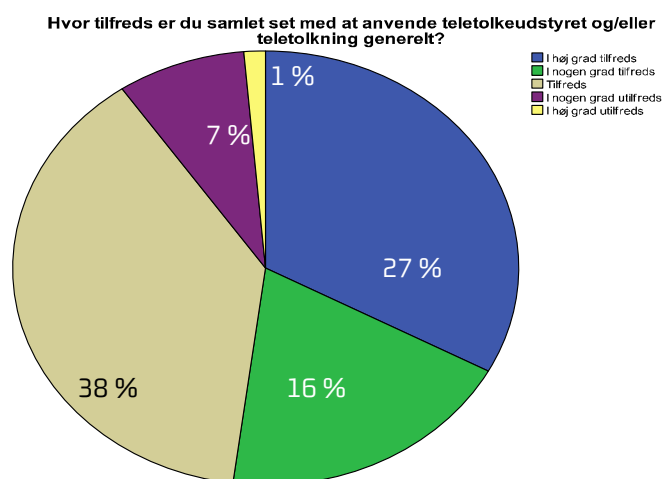
Tabel 5.8. Anvender du videotolkeudstyret i andre sammenhænge?

	Frekvens	Procent
Ja	66	30 %
Nej	157	70 %
Total	223	100 %

5.1.2 Det administrative personales opfattelse af videotolkning

Kigges der alene på det administrative personales tilfredshed fremgår det af nedenstående figur, at størstedelen er tilfreds med videotolkning.

Figur 5.2. Tilfredshed blandt administrativt personale



Sammenholdes det administrative personales tilfredshed med den samlede tilfredshed for alle deltagere i undersøgelsen i figur 5.2 ses det, at flere fra det administrative personale ligger i den midterste kategori "tilfreds". Der er færre, der er utilfredse med videotolkning, ligesom der er færre, der i høj grad eller i nogen grad er tilfredse med videotolkningen.

Det administrative personale varetager opgaven med at bestille tolkninger. Videotolkning bestilles på forhånd på alle afdelinger, der deltager i videotolkning. Dette hænger blandt andet sammen med den type af afdelinger, der er vurderet til at være relevante til at anvende videotolkning, hvilket hovedsageligt er ambulatorier og afdelinger eller afsnit, hvor patienter primært kommer til planlagte konsultationer og ikke i akutte situationer.

Der er stor forskel på, hvordan en afdeling får besked om, at der er et behov for tolkning. Hvis en patient henvises fra praktiserende læge, vil det typisk stå i henvisningen, om der skal anvendes tolk. Andre gange henvender patienten sig før den første kliniske samtale/undersøgelse og beder om at få en tolk. Derudover forekommer det, at en afdeling kontakter den praktiserende læge ved begrundet mistanke om, at der er et tolkebehov, hvis der ikke står i henvisningen, at der skal bruges tolk. Hvis det er en kendt patient, står det typisk i journalen, om der skal anvendes tolk. Oplysningen om, at der er et tolkebehov, formidles således forskelligt, og det forekommer, at en samtale/undersøgelse må aflyses, fordi personalet ikke har fået besked på, at der skulle bestilles en tolk.

Arbejdsopgaven med at bestille tolkning er en del af det tidsforbrug, der er på afdelingerne i forbindelse med tolkning, og det er relevant at undersøge, hvordan bestillingen foregår. Det administrative personale er blevet spurgt til, hvordan tolkninger bestilles, og hvordan der modtages kvittering for bestillingen. En del hospitaler anvender flere forskellige tolkebureauer, hvilket fremgår af nedenstående tabel ved, at det samlede antal besvarelser overstiger antallet af deltagende administrative ansatte.

Tabel 5.9. Bestillingsform ved bestilling og kvittering (antal og procent)

	Bestilling i antal	Bestilling i procent	Kvittering i antal	Kvittering i procent
Internetportal	45	37 %	4	3 %
E-mail	14	12 %	27	24 %
Fax	5	4 %	64	57 %
Telefon	50	41 %	9	8 %
Brev	0	0 %	0	0 %
Andet	7	6 %	9	8 %
Total	121	100 %	113	100 %

De to hyppigst forekommende bestillingsformer er telefonbestilling og bestilling via internetportal, hvilket udgør næste 80 % af alle bestillingerne. Bestilling via e-mail udgør 12 %, og fax og anden form for bestilling udgør tilsammen 10 %. Kvittering for en tolkebestilling kommer sjældent retur på samme måde, som den er bestilt. Den hyppigste form for kvittering er således fax, som udgør over halvdelen af kvitteringerne, mens e-mail udgør en fjerdedel. I forbindelse med bestilling og kvittering for bestilling skal det administrative personale således forholde sig til forskellige systemer, hvilket kan forekomme som en ressourcetrækkende handling.

Tabel 5.10. Tilfredshed med bestillingsprocessen (procent)

	I høj grad tilfreds	I nogen grad tilfreds	Tilfreds	I nogen grad utilfreds	I høj grad utilfreds	Total
Tilfredshed med bestillingsprocessen	39 %	29 %	26 %	5 %	1 %	100 %

Generelt er der stor tilfredshed med de eksisterende bestillingsprocedurer. Kun 6 % af de administrative medarbejdere udtrykker utilfredshed med bestillingsprocessen.

Tilfredsheden med bestillingsformen deles ikke af teknikgruppen. Flere teknikmedlemmer udtrykker forundring over, at bestilling af tolkning foregår så lavpraktisk, og at personalet finder det overskueligt at gennemføre bestillinger på forskellige måder.

"Den store akilleshæl omkring tolkning er efter min mening bookning af tolkninger."

(teknikmedlem)

"De her tolkebureauer har ikke været gode til at blive integreret i hospitalerne. Tolkebestilling burde foregå via EPJ. Hvis man har en patient med anden etnisk baggrund, bør man præsenteres for muligheden for at booke en tolk hver gang."

(teknikmedlem)





I takt med den stigende digitalisering og udvikling af telemedicin - herunder især EPJ - kan det overvejes, om bestilling og kvittering af bestilling samt afregning af tolkning med fordel kan lægges ind i EPJ. Dette ville sikre en mere smidig og ensartet arbejdsgang, hvor bestilling af tolkning foregår automatisk. En sådan ændring forudsætter, at EPJ er velimplementeret og integreret i de daglige arbejdsgange på afdelingerne. Region Midtjylland har i

samarbejde med bl.a. Teletolkeprojektet udviklet og pilotafprøvet en sådan løsning, som beskrevet i kapitel 2.

5.2 Patienters og behandleres tilfredshed med tolkning på OUH

I forbindelse med forsøget med tidsforbrugsmålingen på Endokrinologisk Afdeling M, Odense Universitets Hospital (OUH) er patienter og behandlere efter gennemført konsultation blevet bedt om at vurdere kvaliteten af den tolkning, der er gennemført i forbindelse med konsultationen. Kvaliteten blev vurderet ved hjælp af følgende spørgsmål:

Figur 5.3. Spørgsmål om tilfredshed stillet til patienter på Afdeling M, OUH

Hvor tilfreds har du været med <i>tolkningen</i> af din samtale? Sæt kryds over det ansigt, der passer bedst			
Meget tilfreds	Tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds
			

Den visuelle fremstilling af tilfredsheden i "smileys" er anvendt for at gøre det muligt for patienterne at besvare spørgsmålet uanset sprog og uden tolkens tilstedeværelse.

Spørgsmålet er oversat til arabisk og tyrkisk, som er de to sprog, der oftest tolkes på (henholdsvis 35 % og 11 % af tolkninger i forsøget blev gennemført på arabisk og tyrkisk).

Tabel 5.11. Patienternes tilfredshed med videotolkning og fremmødetolkning

	Meget tilfreds	Tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke besvaret	Total
Videotolkning (40)	69 %	10 %	3 %	0 %	18 %	100 %
Fremmødetolkning (28)	64 %	21 %	0 %	0 %	14 %	100 %

Tabellen viser, at der ikke er forskel på patienternes tilfredshed med videotolkning og fremmødetolkning. De små afvigelser, der forekommer i den procentvise tilfredshed med tolkningen er ikke signifikant.

Formuleringen af spørgsmålet til behandlerne var: "Hvor tilfreds har du været med *tolkningen* af din samtale?". Grafikken med billeder af smilende ansigter samt resten af op-sætningen var magen til patienternes spørgeskema. Dette spørgsmål varierer en smule fra spørgsmålet stillet i spørgeskemaundersøgelsen sendt til alle videotolkende afdelinger i oktober 2012, som blev gennemgået i afsnit 5.1, idet det aktuelle spørgsmål vedrører en specifik tolkning, mens den anden undersøgelse spørger til den generelle tilfredshed med videotolkning. Tilfredsheden med videotolkning kan derfor variere imellem de to besvarelser.

Tabel 5.12. Behandlernes tilfredshed med videotolkning og fremmødetolkning

	Meget tilfreds	Tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke besvaret	Total
Videotolkning (40)	59 %	28 %	5 %	3 %	5 %	100 %
Fremmødetolkning (28)	61 %	32 %	4 %	4 %	0 %	100 %

Tabellen viser, at der ingen forskel er på det kliniske personales tilfredsheden med videotolkning og fremmødetolkning.

En lille forskel på tabel 5.11 og 5.12 er, at flere patienter end behandlere har undladt at udfylde skemaet. Da stort set lige mange patienter, der har modtaget de to typer tolkninger, har undladt at besvare spørgsmålet, konkluderes det, at dette ikke har betydning for resultatet.

5.3 Delkonklusion om brugernes opfattelse af videotolkning

Den samlede tilfredshed er forholdsvis høj, idet 84 % af deltagerne i undersøgelsen har svaret, at de er i høj grad, i nogen grad eller tilfredse med videotolkning. Det ser ud til, at personalet i Region Syddanmark er mere tilfredse end personalet i de øvrige regioner. Da Region Syddanmark er den region, der har været i gang med videotolkning i længst tid, kan dette tyde på, at tid og tilvænning til en ny teknologi har en betydning for tilfredsheden med videotolkning. Analysen viser ligeledes, at der er en signifikant sammenhæng mellem tilfredsheden med videotolkning og opfattelsen af, om videotolkeudstyret er let eller svært at anvende. De medarbejdere, der finder videoudstyret svært at bruge, er mere utilfredse med videotolkning, end de medarbejdere, der finder det let at bruge. Der er ingen forskel på tilfredsheden i forhold til hvilken form for oplæring/uddannelse medarbejderne har fået.

Undersøgelsen konkluderer, at videotolkning er et anvendeligt redskab i klinikken på tværs af afdelinger og specialer. Undersøgelsen viser, at de fleste medarbejdere er positive overfor videotolkning. Resultaterne af undersøgelsen tyder på, at personalet (eventuelt efter lidt tilvænning) er lige så tilfredse med videotolkning som med fremmødetolkning. De kvalitetsmæssige forbedringer af tolkning, som blev antaget i projektplanen kan ikke verificeres af denne undersøgelse, men der er på den anden side heller ikke belæg for at afvise antagelserne.

Implementering af ny teknologi kræver tid og tilvænning. Et vedvarende fokus på at øge kendskabet og anvendelse af udstyret, samt sikring af at nye medarbejdere får kendskab til videotolkning, vil sammen med tilvænning arbejde til fordel for den fortsatte implementering af videotolkning. Der er således fortsat et potentiale for, at videotolkning kan medføre en højere kvalitet og større professionalisme i tolkningen, omend det ikke kan konkluderes, at videotolkning har disse kvalitative fordele på nuværende tidspunkt.

"Sådan noget skal modnes på et sygehus. Det er ikke noget, man gør fra dag til dag."

(regional projektleder)

En randomiseret undersøgelse af patienters og behandleres tilfredshed med henholdsvis fremmødetolkning og videotolkning viser, at der er lige stor tilfredshed med de to tolkeformer. Det opfattes som et positivt resultat for videotolkningen, at der er lige stor tilfredshed med videotolkning og fremmødetolkning hos både patienter og behandlere. Undersøgelsen bekræfter projektets antagelse om, at videotolkning er et brugbart redskab til tolkning i sundhedsvæsenet.

6 Erfaringer fra kommuner og lægepraksis

Teletolkeprojektet er ikke kun foregået på hospitaler. Der er i projektperioden desuden lavet et pilotprojekt med videotolkning i almen praksis og ti kommuner. Erfaringerne fra disse to pilotprojekter er evalueret af andre aktører (Medcom, 2010a), og de indgår derfor ikke selvstændigt i denne evaluering. Erfaringerne fra almen praksis og kommunerne er relevante at inddrage, blandt andet fordi dele af projektets business case er baseret på udregningen af implementering af videotolkning i alle tre sektorer.

6.1 Kommunale erfaringer med videotolkning

Ti kommuner har i perioden 2010-2012 deltaget i et pilotprojekt med anvendelse af videotolkning til samtaler mellem borgere og kommunale medarbejdere. Erfaringer og potentialet i videotolkning er beskrevet i Notat om brug af videokonference i kommunerne (Medcom 2012). Formålet med pilotprojekterne i kommunerne er at teste videotolkning i praksis samt at indsamle erfaringer om videoudstyr, anvendelsesmuligheder og potentiale for forbedringer med henblik på senere udbredelse af videotolkning i kommunalt regi. Ydermere vurderes det gennem pilotprojekterne, hvorvidt videotolkning kan medvirke til en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne til tolkeydelser i kommunerne.

De ti kommuner i pilotprojektet er:

- Aarhus Kommune
- Esbjerg Kommune
- Favrskov Kommune
- Fredericia Kommune
- Kolding Kommune
- Københavns Kommune
- Middelfart Kommune
- Odense Kommune
- Varde Kommune
- Vejen Kommune

De ti kommuner har selv meldt sig til at deltage i pilotprojektet. De ti kommuner har tilsammen 1.5 mio. indbyggere. Fire af Danmarks fem største kommuner deltog i projektet, en kommune har knap 90.000 indbyggere, mens fem kommuner har mellem 37.000 og 51.000 indbyggere.

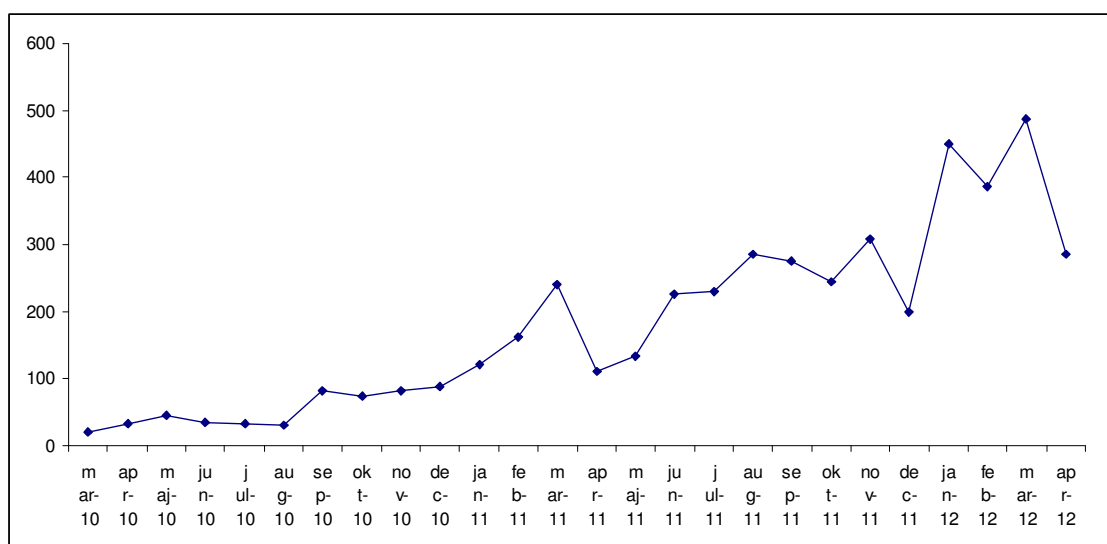
Tabel 6.1 viser det samlede antal registrerede videotolkninger i de ti pilotkommuner i 2010, 2011 og 2012. Enkelte kommuner har ikke registreret i hele perioden, hvorfor de samlede antal gennemførte videotolkninger er højere end de anførte 3427.

Tabel 6.1. Videotolkninger i pilotkommunerne 2010-2012

	2010	2011	2012 ¹²	I alt
Kolding	129	126	0	255
Odense	235	1118	518	1871
Aarhus	81	207	279	567
Esbjerg	0	46	17	63
Vejen	0	123	38	161
Fredericia	0	95	0	95
København	0	156	145	301
Middelfart	0	7	30	37
Varde	0	14	58	72
Favrskov	0	0	5	5
I alt	445	189	1090	3427

Det fremgår af tabel 6.1, at pilotkommuner er startet på projektet på lidt forskellige tidspunkter. Det fremgår endvidere af tabellen, at Odense Kommune står for ca. 50 % af alle gennemførte videotolkninger i pilotperioden.

Nedenfor vises udviklingen i det samlede antal videotolkninger i perioden marts 2010 – april 2012.

Figur 6.1. Det samlede antal videotolkninger 2010-2012

Figur 6.1 viser, at der samlet set har været en stigning i videotolkninger i pilotkommunerne i projektperioden. Registreringen af videotolkninger ophørte i maj 2012, men, som det vil fremgå af de samlede erfaringer fra kommunerne, har flere kommuner fortsat anvendelsen af videotolkninger efter 2012.

¹² I 2012 er der kun registreringer af videotolkninger i perioden januar-maj.

En enkelt kommune, Vejen, har holdt antallet af videotolkning op imod antallet af fremmødetolkninger i projektperioden. Det fremgår af Vejen Kommunes evalueringsrapport, at ca. 30 % af alle gennemførte tolkninger har været videotolkninger i perioden maj-december 2011.

Pilotprojekterne er blevet internt evalueret med afsæt i MTV strukturens fire søjler: Teknologi, borger, organisation og økonomi. Otte af de oprindelige ti kommuner gennemførte projektet og har lavet en intern evaluering¹³. Nedenfor gives en kort sammenfatning af de otte kommuners erfaringer med videotolkning.

Teknologi

I hovedparten af projektkommunerne blev der i projektperioden anvendt videotelefoner af mærket Tandberg E20, mens en enkelt kommune anvendte videokonferenceanlæg, der i forvejen var til rådighed i kommunen¹⁴. Udstyret beskrives som værende nemt at tilslutte og brugervenligt. Lyd - og billedkvalitet beskrives generelt som værende tilfredsstillende. En ulempe ved videotelefonen er, at det indbyggede kamera ikke har nok vidvinkel til, at både sagsbehandler og borger kan være synlige for tolken. Problemet har været forsøgt løst, ved at sagsbehandleren ikke altid behøver at være synlig under hele samtalen. Flere beskriver, at der særligt i opstartsfasen har været problemer med manglende netforbindelse, manglende forbindelse til tolkeudbyder, eller at forbindelsen er blevet afbrudt midt i en samtale. Problemerne blev løst i løbet af projektperioden. Til trods for ovennævnte startproblemer udtrykker sagsbehandlere og andre tolkebrugere samlet set tilfredshed med anvendelsen af det teknologiske udstyr.

I flere kommuner har der været udtrykt ønske om at anvende videotolkning i borgernes hjem via en mobil opkobling. Teknologien blev forsøgt anvendt i Fredericia Kommune i projektperioden. På grund af tekniske mangler i form af den generelle dækningsgrad af mobil bredbånd i borgerens hjem var forsøget ikke succesfuldt og medførte frustrationer hos projektdeltagerne. Der er fortsat et ønske om at kunne anvende videotolkning i hjemme hos borgerne, men udfordringerne med teknologien er ikke løst.

Brugerperspektiv

Der kan defineres tre typer af brugere af videotolkning: borgere, sagsbehandlere og tolke. Disse tre brugertyper er i varierende grader inddraget i de otte kommunale evalueringer. Flere kommuner har gennemført spørgeskemaundersøgelser og/eller fokusgruppeinterview blandt borgere, sagsbehandlere og tolke, som har anvendt videotolkning. Disse undersøgelser peger på, at størstedelen af borgerne og sagsbehandlerne mener, at videotolkning styrker tolkens neutralitet og medvirker til en mere direkte kommunikation mellem sagsbehandler og borger.

Størstedelen af borgerne føler sig trygge ved videotolkning og tilkendegiver, at videotolkning kvalitetsmæssigt er på niveau med fremmødetolkning. Borgere har bl.a. påpeget, at fordele ved videotolkning er, at borgeren ikke skal forholde sig til tolken på samme måde, som hvis tolken havde været fysisk tilstede. Flere borgere beskriver, at distancen mellem

¹³ Esbjerg og Favrskov har ikke udarbejdet evalueringer.

¹⁴ For yderligere oplysninger om de tekniske løsninger ved kommunernes brug af videotolkning se Medcom 2012.

tolk og borger gør det lettere for borgeren at tale om svære problemstillinger. Et mindretal af borgerne giver udtryk for, at videotolkning og fremmødetolkning giver lige store fordele.

Medarbejdere er ligeledes glade for videotolkning. Videotolkeudstyret opfattes som nemt at anvende, og størstedelen af medarbejderne giver udtryk for, at det giver en bedre relation til borgerne, når der ikke er en tredje person (tolken) til stede i lokalet.

"Videotolkning understøtter, at man taler med patienten og ikke om patienten"

(Konklusion fra kommunal evaluering)

Tolkene er kun i begrænset omfang inddraget i evalueringerne. De erfaringer, der er fra tolke, indikerer, at tolkene opfatter videotolkning som en behagelig distance mellem tolk og borger, hvilket i evalueringen betragtes som en forbedring af tolkenes arbejdsmiljø.

Af ulemper nævnes, at det er sværere at aflæse/afkode hinanden ved videotolkning, når man ikke kan bruge kropsproget. Dette skyldes blandt andet, at det valgte videokonferencestyre ikke gør det muligt at se flere personer på samme tid.

Samlet set viser de otte evalueringer, at der er overvejende positive erfaringer med videotolkning fra alle tre typer af brugere. I de evalueringer, der sammenligner videotolkning med fremmødetolkning, peger evalueringerne på, at de to typer af tolkninger rent kvalitetsmæssigt er på samme niveau.

Organisation

De deltagende pilotkommuner har valgt at implementere videotolkning i en eller flere afdelinger. Alle kommunerne har afprøvet videotolkning i deres jobcentre. Flere kommuner har desuden afprøvet videotolkning i andre afdelinger, og afprøvningen af videotolkning i kommunerne har bl.a. omfattet følgende afdelinger:

- Jobcenter
- Borgerservice
- Sundhedspleje
- Familieafdeling
- Socialcenter
- Genoptræningscenter
- Visitation
- Ældrepleje
- Integrationsteam
- Skoler

Kommunerne har implementeret videotolkning i disse afdelinger, da de har det største tolkebehov. Flere kommuner beskrev desuden en forventning om, at disse afdelinger organisatorisk set ville give de mest anvendelige resultater i forhold til en eventuel videre implementering af videotolkning. Kommunerne inddrog således fra starten den videre implementering af videotolkning i pilotprojektet.

Projektledelsen har ofte været delt mellem en ansat i kommunens it-afdeling og en ansat i tilknytning til en af de afdelinger, som har afprøvet videotolkningen.

Implementering af en ny teknologi påvirker organisationen i form af ændrede arbejdsgange og rutiner. Den nye teknologi kræver organisering af undervisning og oprettelse af et superbrugerkorps, som kan bistå ved problemer med udstyret. Der har været forskel på kommunernes undervisning og introduktion til videotolkning. I enkelte evalueringer indgår personalets vurdering af introduktion til videotolkning, og vurderingen af introduktionen er positiv.

For sagsbehandlerne (tolkebrugerne) i kommunerne har det krævet tilvænning at blive trygge ved anvendelsen af videotolkning. Ved pilotprojekternes afslutning vurderes det i alle kommuner, at organisationen ikke er en barriere for implementering af videotolkning. Introduktion til udstyret og efterfølgende support samt let adgang til en videotelefon beskrives som centrale elementer for en succesfuld organisatorisk implementering.

Økonomi

Implementering af videotolkning forventes at kunne reducere udgifterne til tolkeydelser. Besparelserne forventes at opstå primært ved, at transport- og ventetid undgås. Dette hænger sammen med, at alle pilotkommuner i projektperioden har haft kontrakter med tolkeudbydere, som indebærer betaling for tolkens transporttid. Det fremgår af en af evalueringerne, at op til 44 % af de hidtidige udgifter til tolkning har været transportudgifter.

En kommune har lavet konkrete beregninger på tidsforbruget i forbindelse med videotolkning, og det konkluderes, at videotolkning tager kortere tid, fordi alle parter er koncentreret om gennemførelse af samtalen og ikke bruger tid på udenomssnak. Datagrundlaget for beregningen er dog begrænset. De øvrige syv kommuner har ikke lavet konkrete økonomiske beregninger af gevinsten ved anvendelse af videotolkning. Flere kommuner skriver i deres evaluering, at der er en opfattelse af, at videotolkning tager mindre tid, og at der spares kørselsafgift og kilometerpenge ved videotolkning. Disse konklusioner er baseret på enkelte observationer og ikke en systematisk gennemgang af økonomien i videotolkning.

Der er dog kun lavet én konkret beregning, hvorfor det på baggrund af pilotprojekterne i kommunerne ikke kan konkluderes, hvorvidt besparelserne reelt er til stede. En kommune beskriver desuden, at de i projektperioden var forpligtet til at betale tolkens transport til tolkecenteret, hvorfra videotolkningen blev gennemført. Flere kommuner beskriver, at det ikke har været muligt at ændre de eksisterende udbudsaftaler i projektperioden, men at der er forventninger om besparelser i kommende udbudsrunder.

To kommuner har et korps af tolke ansat i kommunens eget tolkecenter. Denne organisatoriske konstruktion af tolkeområdet kan forventes at have betydning for de potentielle besparelser ved videotolkning, men der er ikke lavet konkrete beregninger på, hvilken betydning interne tolkekorps har for økonomi og organisering af videotolkning.

Samlet set bekræfter pilotkommunerne forventningen om en kommende besparelse ved brug af videotolkning.

Fortsat brug af videotolkning

Den samlede konklusion for hver kommune er, at pilotprojektet med videotolkning har haft positive effekter.

En kommune diskuterer i evalueringen, hvorvidt videotolkning er et supplement eller en erstatning for fremmødetolkning. Konklusionen er, at "*i løbet af projektperioden har der ikke været nogen situationer, hvor videotolkning har vist sig at være komplet uegnet*". Det er derfor pilotprojektets opfattelse, "*at videotolkning absolut er en erstatning for traditionel fremmødetolkning*."

Flere kommuner giver udtryk for at have et behov for at anvende videotolkning i akutte situationer. Denne behov kan på nuværende tidspunkt ikke opfyldes af tolkebureauerne, men kommunerne har en forventning om, at muligheden for akuttolkninger vil medføre kvalitetsforbedringer i sagsbehandlingen og på sigt give mulighed for kortere sagsforløb, hvis en borgersag kan afklares med det samme. Mulighed for akuttolkninger kan således medvirke til at fastholde og eventuelt udvide brugen af videotolkning i kommunerne.

Flere kommuner har allerede i løbet af pilotfasen besluttet at udvide udbredelsen af videotolkning til flere afdelinger end først besluttet. Fem ud af de otte evaluerede skriver eksPLICIT i deres evaluering, at videotolkning fortsat skal udvikles og implementeres i kommunen.

Konklusion om kommunale erfaringer

Evalueringerne viser samlet set, at implementering af en ny teknologi tager tid. Udbyttet af videotolkning er således ikke slået fuldt igennem i nogen af de otte kommuner, og flere af resultaterne er baseret på forventning om fremtidigt udbytte, snarere end reelt opnået udbytte på tidspunktet for gennemførelsen af evalueringen. Pilotprojekterne i de otte kommuner viser, at videotolkning har potentiale både i forhold til at opnå en bedre kvalitet af tolkeydelserne samt en mere effektiv udnyttelse af ressourcer.

6.2 Erfaringer med videotolkning fra almen praksis

I efteråret 2009 udvalgte MedCom i samarbejde med de fem regioner 19 lægepraksis, som blev inviteret til at deltage i et pilotprojekt om anvendelse af videotolkning i almen praksis. I løbet af en projektperiode på otte måneder blev 374 videotolkninger gennemført. Alle 19 lægepraksis har deltaget i evalueringen, som er opbygget omkring områderne teknologi, organisation, bruger (patient og praktiserende læge) og økonomi. Evalueringen er gennemført som kvalitative interview og løbende kontakt og erfaringsopsamling fra de 19 deltagende almene praksisser¹⁵.

Teknologi

Teknologien opfattes som nem at anvende. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den enkelte lægepraksis skal have et stabilt netværk med tilstrækkelig båndbredde for at få en god kvalitet af videotolkningen. Teknologien kan anvendes til andre formål, fx udskrivningskonferencer, hvilket kan spare tid for den praktiserende læge.

Organisation

Videotolkning øger tilgængeligheden og fleksibiliteten af tolkninger. En udfordring er håndtering af forsinkelser. Smidigere dokumentationsprocedurer og andre arbejdsgange i både region og hos tolkebureauerne har betydning for spredning af videotolkning i almen praksis.

¹⁵ Om erfaringer fra almen praksis se desuden Andersen, Noesgaard og Lou 2012

Brugerperspektiv

Patienterne giver udtryk for tilfredshed med og en øget tryghed ved anvendelsen af videotolkning. *Lægerne* oplever, at de har lettere ved at styre samtalen, når tolken er med på videokonferenceudstyr, og tolken fungerer i højere grad som et objektive redskab. Videotolkning understøtter, at lægen taler med patienten og ikke om patienten. Hovedparten af de barrierer, der er identificeret i evalueringen, er spørgsmål om tilvænning.

Økonomi

De potentielle økonomiske gevinster ved videotolkning er beregnet ud fra et scenarie, hvor videotolkning udgør 40 % af tolkninger i de almene praksis, der anvender videotolkning. Der er samlet set udgifter for ca. 23 mio. kr. i almen praksis-sektoren. Ved en implementering af videotolkning i de 20 almene praksisser i hver region, der har flest videotolkninger, vil det være muligt at nedbringe udgifterne til tolkning med godt 2 mio. kr. det første år, og knap 5 mio. kr. de følgende år. Modregnet udgifter til investering i udstyr betyder dette, at videotolkning vil medføre besparelser efter to år.

Konklusion om pilotprojektet i almen praksis

Samlet set viser pilotafprøvningen i almen praksis, at videotolkning har potentiale – både i forhold til kvaliteten af tolkningen og den lægefaglige samtale og i forhold til en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. At indføre ny teknologi og nye arbejdsgange er ikke uden udfordringer, men erfaringerne viser, at både patienter og praktiserende læger er positive overfor videotolkning.

En implementeringsstrategi kunne være at starte med de 20 almene praksisser i hver region, der har flest tolkninger. Erfaringerne ved en implementering af videotolkning i disse i alt 100 almene praksisser, vil efterfølgende kunne danne grundlag for en beslutning om, hvorvidt og hvor bredt videotolkning skal implementeres på landsplan.

Den økonomiske beregning viser, at der vil være en økonomisk besparelse allerede i løbet af to år efter investering i udstyr og opstart af videotolkning. Udbygning af implementering af videotolkning til de 100 praksisser, der anvender tolkning mest, vil give grundlag for at kvalificere denne beregning inden yderligere implementering igangsættes.

7 Konklusioner

Den overordnede konklusion på evaluering af Projekt Videotolkning er, at videotolkning er et anvendeligt redskab på hospitalerne, og at brugerne er tilfredse med videotolkning. Projektet indeholder fortsat et potentiale i forhold til udbredelse, og der er perspektiver for videre udvikling af videotolkning i Danmark. Disse konklusioner gælder både på hospitaler og i kommuner og almen praksis.

Der har været en svag stigning i antallet af tolkninger i perioden 2009-2012. Udgifterne er i samme periode steget relativt mindre end antallet, hvilket indikerer at prisen per tolkning er faldet. Videotolkning var 31. januar 2012 udbredt på 73 % af de relevante afdelinger. Antallet af tolkninger, der blev gennemført som videotolkninger, var på landsbasis 19 %. Dette tal dækker over store forskelle mellem regionerne, hvor videotolkninger udgjorde 55 % af alle tolkninger i Region Syddanmark og mellem 1 og 10 % i de øvrige regioner.

Teletolkeprojektet er bygget på en række antagelser indenfor fire områder, som er blevet belyst i evalueringen.

Tidsbesparelse

Det var forventningen, at implementering af videotolkning ville føre til tidsbesparelser i klinikken. Evalueringen viser, at der ikke er en tidsbesparelse på selve tolkningen. Videotolkning tager ikke kortere tid end fremmødetolkning. Der er en tidsbesparelse på tolkenes transport, men dette har ikke nødvendigvis indflydelse på regionale forhold, da transport har været inkluderet i prisen i de seneste udbudsrunder. Antagelsen om, at der vil være et mindre ressourceforbrug forbundet med planlægning af konsultationer på afdelingerne, er ikke blevet bekræftet. Samlet set kan antagelserne om, at videotolkning vil føre til tidsbesparelser, ikke bekræftes.

Øget tilgængelighed

En antagelse bag projektet var, at videotolkning ville føre til øget tilgængelighed af tolkning på små sprog og udenfor normal arbejdstid samt akuttolkninger. Evalueringen tyder på, at tilgængeligheden af små sprog er uændret. Ifølge hospitalsafdelingerne har de generelt mulighed for at bestille tolke på det sprog, de ønsker, og tilgængeligheden er derfor uændret.

Der har i projektperioden ikke været efterspørgsel efter akuttolkning eller tolkning udenfor normal arbejdstid. Dette kan hænge sammen med at ingen akutafdelinger er vurderet relevante. En eventuel udbredelse af hjemmearbejdspladser vil formentlig øge tilgængeligheden, men det er endnu ikke afprøvet i praksis.

Bedre sundhedsfaglig tolkning

Der var en forventning om, at tolkningen ville blive af en bedre kvalitet, når der blev oprettet større tolkebureauer, hvor der er mulighed for at lade tolke specialisere sig i tolkning indenfor sundhedsvæsenet. Der er generelt stor tilfredshed med videotolkning, men spørgeskemaundersøgelsen blandt personale giver ikke et klart billede af brugernes oplevelse af, at videotolkning har højere kvalitet end fremmødetolkning og telefontolkning.

Patienterne giver ligeledes udtryk for at være lige tilfredse med videotolkning og fremmødetolkning. Forventningen om bedre tolkning kan derfor hverken be- eller afkræftes, men

det er en væsentlig pointe, at brugerne er tilfredse med videotolkning. Hovedparten af brugerne opfatter videotolkning som mere professionel, og mange klinikere giver udtryk for, at tolken fylder mindre i samtalen, når tolkningen foregår via videokonferenceudstyr.

Økonomiske besparelser

Der har været en forventning om, at videotolkning ville medføre en besparelse på op til 10 mio. kr. ni år efter implementering (Medcom 2011b). Evalueringen kan ikke bekræfte, at videotolkning vil medføre besparelser af denne størrelsesorden.

Årsagen til den lavere besparelse på selve tolkningen skal dels findes i, at der ikke er den forventede tidsbesparelse i videotolkning, og dels i at priserne på videotolkning i gennemsnit ikke er lavere end priserne på fremmødetolkning. En forventning om, at regionerne ville indgå aftaler med tolkebureauerne, som indebar lavere priser på tolkninger, er ikke blevet indfriet.

Implementering og organisering

Regionerne har organiseret sig forskelligt i forbindelse med implementering af videotolkning. Det fremgår tydeligt af udbredelsesgraden og dækningsgraden, at ledelsesopbakning og lokalt engagement i projektet har haft betydning for implementeringen.

Placering af ansvaret i regionernes it-afdelinger har en række fordele i forhold til at få videotolkeudstyret og den tekniske infrastruktur på plads. Der har således været stor ledelsesmæssig opbakning på it-niveau. En ulempe ved valget af it-afdelinger som brohoved for projektet er, at it-afdelingerne ikke har den daglige kontakt til de afdelinger, hvor videotolkningen foregår. Der har således været en afstand mellem projektledelsen og det udførende led, som har medført, at udstyret i nogle tilfælde er blevet opstillet på hospitaler, men ikke taget i brug. Projektet og udbredelsen ville formentlig have profiteret af en tættere kontakt til praksis.

Udbytte

Har teletolkeprojektet med en bevilling fra Fonden for Velfærdsteknologi på 41 mio. kr. været en god investering? Erfaringerne med videotolkning er positive, og projektet har vist, at videotolkning er en anvendelig tolkeform på hospitalsafdelinger. Den forventede millionbesparelse på tolkning er imidlertid ikke blevet effektueret, og der er ikke basis for at antage, at eventuel besparelse vil blive så stor som forventet. Afledte konsekvenser af projektet, som ikke kan opgøres i den eksisterende økonomiske ramme, er blandt andet, at teletolkeprojektet har bidraget til at opgradere den teknologiske infrastruktur på nationalt niveau, og det har affødt et nationalt samarbejde om nye it-teknologiske projekter. Teletolkeprojektet har således haft et stort positivt udbytte på områder, som ikke vedrører videotolkning, og som derfor ikke fremgår af de økonomiske beregninger af projektet.

Et andet vigtigt spørgsmål er, hvad der sker med videotolkning, når projektet afsluttes ved udgangen af 2013? Besvarelsen af dette spørgsmål handler til en vis grad om, hvordan regionerne vælger at forankre videotolkning fremover. Placeres videotolkning fortsat i it-afdelingerne eller får en anden regional enhed ansvaret for at fastholde brugen af videokonferenceudstyret? Med den nuværende mangel på et økonomisk incitament, er det afgørende, at der sikres en regional forankring med kontakt til de udførende led – afdelingerne – og med en stærk ledelsesmæssig opbakning. Uden opbakning og brugbare incitamenter

er der risiko for, at afdelingerne går tilbage til det velkendte fremmødetolkning, når projektperioden udløber.

7.1 Fremadrettede perspektiver for videotolkning

De positive erfaringer med videotolkning giver basis for at overveje fremtidige forbedringer og muligheder for at opnå – eller bekræfte opnåelsen – af nogle af de antagelser og forventninger, der har ligget bag teletolkeprojektet.

Som beskrevet ovenfor giver evalueringen ikke belæg for at konkludere, at videotolkning i sig selv medfører en sundhedsfaglig forbedring. Der er indikationer af, at videotolkning ansporer til en mere professionel adfærd, men det er ikke muligt at konkludere, om dette er ensbetydende med en mere sundhedsfaglig tolkning. En decideret sundhedsfaglig forbedring kunne opnås ved, at regionerne stiller krav om, at alle tolke skal have bestået en godkendt tolkeuddannelse for tolke i sundhedsvæsnen (se fx Larsen 2013). En sådan specifikation i de regionale udbud vil sandsynligvis føre til en stigning i prisen på tolkninger, da tolke og tolkebureauer forventes at kræve en højere betaling for uddannede tolke. Det vil således være nødvendigt at foretage en afvejning mellem ønsket om at reducere udgifterne til tolkning sammenholdt med ønsket om en bedre sundhedsfaglig tolkning.

Muligheden for øget tolkning udenfor normal arbejdstid og i akutte situationer har ikke været afprøvet i projektperioden. En forøgelse af udbuddet af tolkning i disse situationer kræver et behov. Med de nuværende relevante afdelinger anses behovet ikke for at være tilstrækkeligt til, at tolkebureauerne kan fastansætte tolke til at være stand-by til akuttolkninger 24 timer i døgnet. Hvis videotolkning i et forsøg bliver implementeret på skadestuer og akutmodtagelser, kunne det være muligt at undersøge, hvor stort behov der er for akutte tolkninger og tolkninger udenfor normal arbejdstid.

Der er stor forskel på, hvilke prisaftaler regionerne har med tolkebureauerne. Enkelte tolkebureauer har aftaler med flere regioner, og der er forskel på, hvilken pris de tager i forskellige regioner. For at sikre alle regioner en fornuftig prisaftale, kunne regionerne gå sammen om at lave et fælles udbud. Et sådant fælles udbud vil indebære en række fordele. Alle regioner ville kunne bestille tolkning til samme pris og vilkår, og tolkebureauerne ville få et større kundegrundlag, hvilket vil give et større incitament til at have tolke med speciale indenfor tolkning i sundhedsvæsnen (evt. med krav om specifik uddannelse). Samtidig vil regioner potentielt spare ressourcer i indkøbsafdelingen, idet hver region ikke skal have personale til at sætte sig ind i og gennemføre udbud på tolkeområdet. Et fælles udbud vil således potentielt give en samlet besparelse på tolkning.

Under udarbejdelsen af denne evaluering er det blevet tydeligt, at tolkeområdet er karakteriseret ved manglende registrering og overblik. Regionerne havde samlet set udgifter på knap 42 mio. kr. i 2012, men der er ingen gennemsigtighed eller overskuelighed i forhold til, hvad de 42 mio. kr. bliver brugt til. Af hensyn til fremtidige beslutninger og prioriteringer af tolkeområdet i regionerne, ville det være en fordel, hvis der på tværs af regioner (og kommuner og almen praksis) ville blive truffet beslutning om at registrere antallet af tolkninger og udgifter til tolkning.

Region Midtjylland har i efteråret 2012 pilottestet en tolkeportal, som giver let og ensartet adgang til bookning af tolke for alle afdelinger i regionen via et bookingmodul i EPJ. Tolke-

portalen er udviklet som et delprojekt i teletolkeprojektet og kan benyttes af alle regioner. Den førømtalte registrering af tolkeområdet kunne eventuelt placeres i tilknytning til en national tolkeportal.

8 Litteratur

Aftale om genopretning af dansk økonomi (2010)

http://www.fm.dk/Nyheder/Pressemeddelelser/2010/05/—/media/Files/Nyheder/Pressemeddelelser/2010/05/Aftale%20om%20genopretning%20af%20dansk%20oekonomi/Aftale_om_genopretning_af_dansk_oekonomi_250510.ashx (jan 2013)

Andersen, S., Noesgaard S. og Lou, S. (2012) "Når tolken ikke er til stede i lokalet", *Månedsskrift for almen praksis*, maj 2012

Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven, BEK nr. 1413 af 28/12/2011

Cisco (2006), *Video Interpreters Cut Wait Times in Half. Customer Case Study* (jan 2013)

Danske Regioner (2007) *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012 – til fremme af befolkningens sundhed samt forebyggelse og behandling*

Danske Regioner (2010) *Pejlemærker for sundheds-IT 2010*
(<http://e-pages.dk/regioner/31/>) (jan 2013)

Devoteam consulting (2010) *Evaluering af videotolkeprojektets 1. fase*,

Jørgensen, L. & Pedersen, C. D. (2008), *Evaluering af projekt vedrørende tolkning via videokonference på Odense Universitetshospital og Kolding Sygehus - en MTV*, Odense Universitetshospital, Odense.

Larsen, Kasper (2013), *Ugeskrift for Læger*, "Læger savner kvalificeret tolkning" nr. 10, marts 2013

Medcom (2010a) *Evaluering af ABT-projekt. Pilotafprøvning af videotolkning i almen praksis*

Medcom (2010b) *Notat vedr. implementering af videotolkning på relevante hospitalsafdelinger inden udgangen a 2012.*

Medcom (2011a) *National udbredelse af tolkning via videokonferenceudstyr. Business casen*. Revideret marts 2011

Medcom (2011b) *Opdateret projektplan. Teletolkeprojektet*, 1. april 2011

Medcom (2012) *Notat om brug af videokonference i kommunerne*, April 2012

Pallesen, Axel (2012) *Evaluering. Pilottest Book en tolk i MitdEPJ og Tolkeportalen.*

Sundhedsloven LBK nr. 913 af 13/07/2010

9 Bilag 1. Registrering af tolkeydelser på hospitaler

Omkostningerne til tolkeydelser på de regionale hospitaler (inkl. psykiatri) er indhentet via regnskabsafdelingerne i hver region. Regionernes regnskaber følger som udgangspunkt den samme opbygning, hvor de overordnede konti er fastlagt af statens budget- og regnskabssystem for regionerne. Tolkeydelser posteres under hovedkonto nummer 110. Hver hovedkonto er opdelt i mere specifikke konti, hvorved det er muligt at søge specifikt på tolkeydelser for den pågældende regions sygehuse og psykiatri. Omkostningerne er opgjort på årsbasis fra 2009 til og med den 30. 06. 2012. Alle beløbene er eksklusive moms.

Antal tolkninger på hospitaler i Danmark

Antallet af udførte tolkninger på sygehusene er vanskeligt at opgøre nøjagtigt, da det som oftest ikke registreres i SKS-systemet. Det eneste sted, det er muligt at finde disse oplysninger, er i regnskabssystemerne i de fem regioner, hvor antallet af tolkeydelser fremgår af de enkelte fakturaer. I Region Midtjylland er antallet af tolketimer fundet ved at tælle antallet af tolketimer posteret under hver faktura på konto 110 for hver enkelt tolkeudbyder. For at mindske arbejdsbyrden for de andre fire regioner blev der ud fra disse oplysninger udarbejdet en metode til estimering af antallet af tolkeydelser. Estimering af antallet af tolkeydelser for de fire andre regioner blev foretaget ved hjælp af nedenstående metode.

Estimering af antal tolkninger

Først blev gennemsnitspris per tolkning beregnet ud fra bilagene fra 100 posteringer. Dette blev udført på følgende måde:

- 100 fakturaer blev gennemgået og antallet af tolkninger posteret under hver faktura blev registreret.
- Udgifterne for de 100 fakturaer blev divideret med antallet af tolkninger i de 100 fakturaer.

Herefter blev antallet af tolkninger estimeret ved at dividere de totale udgifter for det pågældende år med gennemsnitsprisen for en tolkning.

Regneeksempel

- Antal tolkeyder for 100 posteringer = 347
- Udgifter tolkeydelser uden moms = 169.842,84 kr.
- Gennemsnitspris for en tolkning uden moms = 489,50 kr.
- Samlede udgifter 2010 uden moms = 864.664,95 kr.
- Estimeret antal tolkninger (beløb uden moms) $(864.664,95 \text{ kr.} / 489,50 \text{ kr.}) = 1767$
- Det faktiske tal: 1733
- Difference: 34
- Difference i procent: 2 %

Anvendelsen af ovenstående metode antages at kunne estimere antallet af tolkninger med en usikkerhed på under 5 %.

Region Syddanmark har som den eneste region pålagt tolkeudbydere at registrere og indberette antallet af tolkeydelser (fremmøde og videotolkning) fra 2011. Oplysningerne om antallet af tolkeydelser i Region Syddanmark fra 2011 og 2012 er fremkommet på baggrund af disse indberetninger.

10 Bilag 2. Business casens økonomimodel

Alle felter markeret med gult er ændret i forhold til den oprindelige business case.

ID-nr.	Beskrivelse af parameter	Værdi	Bemærkninger / Kilde / antagelser
	Rentesatser, afskrivning mv.		
1	Diskonteringsrente	1,75%	Kilde: Diskontoen pr. 15. jan. 2010 + 1%. Se evt. finansministeriets vejledning
2	Levetid for aktiver (IT-udstyr)	4 år	Lavt sat ift. erfaringer omkring udstyr af denne type.
	Brugerne af teletolkning		
3	1) Antal sygehusafdelinger i DK	632	Baseret på udtræk fra Sundhedsstyrelsens SKS-browser - (6-cifret sks-kode, udtræk fra SOR d. 23/9-10). Regionerne vurderer, at 350 af disse afdelinger er relevante for teletolkning.
4	Antal almen praksis	2.200	
5	Antal speciallægepraksis	1.175	
6	Antal kommuner	98	
	Tolkebehovet i 2008 (produktionen)		
7	2) Antal tolkninger pr. år på sygehusene	70.000	Kilde: Evalueringsrapporten
8	Antal tolkninger pr. år i almen praksis	80.000	Kilde: Danske Regioner
9	Antal tolkninger pr. år i speciallægepraksis	56.000	Kilde: Danske Regioner
10	Estimeret antal tolkninger kommuner	127.000	Tallet er beregnet ud fra 2 kommuners antal tolkninger pr år, set i forhold til deres relative andel af indvandrere fra ikke-vestlige lande i Danmark
11	I alt tolkninger på landsplan	333.000	Sum af id 7 til 10
	Prisoplysninger		
12	Gns. timeløn for personale (sygeplejersker/sekretærer)	231	Gns. årlig løn på 360.000 kr. inkl. pension og 1.560 timer om året (effektive timer idet ferie mv. er trukket ud)
13	Pris for videokonferenceudstyr til én bruger	10.000	Der anvendes udstyr til en pris af 10.000 kr.
14	Gns. timeløn for it-medarbejder til opsætning af udstyr	294	Gns. Årlig løn på 457.980 kr. inkl. pension og 1.560 timer om året (effektive timer idet ferie mv. er trukket ud) Kilde: Prosa lønstatistik for offentligt ansatte (Driftt host/slutbrugerudstyr/netværk)
15	Licensomkostning pr tolkning gennemført på samme dag	1.550	Licensomkostningerne er en del af omkostningerne ved driften af det centrale videonodepunkt. Prisen er et estimat baseret på erfaringer fra pilotprojektet. Licensudgiften betales pr samtidig tolkning, og prisen er afhængig af tolkningernes fordeling i løbet af en arbejdsdag
16	3) Pris på ½ times teletolkning - dagtid, hverdag	286	Billigste pris for videotolkning i 2012.
17	3) Pris på ½ times fremmødetolkning - dagtid, hverdag	375	Billigste pris for fremmødetolkning i 2012 + 20 km. til transport (transportomkostninger er lavt sat, da timeprisen i to regioner er inkl. transport.)

Tabel 2: Overordnede omkostninger og forudsætninger for fremmødetolkning

Beskrivelse af omkostning	Værdi	Bemærkninger / Kilde / antagelser
Pris for ½ time fremmødetolkning	375	Prisen afhænger af ID17
Patientudblivelse (10% af alle bookninger)	10%	

4) Omkostning ved patientudblivelse	73	Antagelse: Ved patientudblivelse betales for tolkehonorar + bookning af tid
Omkostning for anvendt tid ved booking af fremmødetolkning	19	Tidsforbruget for plejepersonalet til bestilling af tolk antages at være 5 min pr. tolkning
5) Ekstra forbrugt tid hos læge/offentlig ansat i forhold til TT, grundet længere seancer ved FT	0	Antagelse: 10 min. Vurderes at være lavt sat, givet at TT forventes markant at nedsætte tiden der bruges på en tolkning + lav gennemsnitslønnings anvendt, idet de fleste tolkninger vil spare lægetid.
Enhedspris pr. traditionel tolkning:	467	Den samlede omkostning til fremmødetolkning er lig de omkostninger, som ikke skal afholdes ved at indføre teletolkning. Den figurerer som "lønbesparelse" i arket "Økonomiske konsekvenser". Besparelsen forventes primært at være en lavere udgift til tolkebestand.

Tabel 3: Overordnede omkostninger og forudsætninger for teletolkning

Beskrivelse af omkostning	Værdi	Bemærkninger / Kilde / antagelser
Koordinationscenter (sekretariat for den samlede infrastruktur)		Der er etableret et fast sekretariat, som understøtter infrastrukturen med teknisk og administrativ support.
Etableringsomkostninger: (år 0)		
Procesdesign m. etablering af infrastruktur (planlægning, specificering, opbygning, mv.)	3.600.000	Udgift ved etablering af den centrale infrastruktur (knudepunkt).
Faste omkostninger (drift af infrastruktur)		
Sekretariat - administration (leder, tekniker, sekretær)	1.000.000	
Løbende vedligeholdelse af infrastruktur	800.000	
Årlig omkostning til infrastruktur	1.800.000	
Licensomkostninger		
		Antagelse: Alle tolkninger gennemføres inden for normal arbejdstid på dette antal arbejdsdage. Tallet vurderes at være lavt sat, da en del af tolkningerne vil foregå uden for normal arbejdstid, hvilket ved betyde en relativt lavere omkostning pr. tolkning.
Antal arbejdsdage pr år	250	
Licensomkostning pr tolkning	6,20	Afhængig af licensomkostninger pr daglig tolkning (ID15)
Omkostning til licenser pr tolkning	6,20	
Omkostninger til teletolkning		
Pris for ½ times teletolkning	286	Prisen afhænger af ID16
Patientudblivelse (10% af alle bookninger)	10%	
4) Omkostning ved patientudblivelse	73	Antagelse: Ved patientudblivelse betales for tolkehonorar + bookning af tid
Omkostning for anvendt tid ved booking af teletolkning	19	Tidsforbruget for plejepersonalet til bestilling af tolk antages at være 5 min pr. tolkning
Enhedspris pr. teletolkning:	378	Den samlede omkostning til teletolkning, er den samlede pris omkostning pr gennemført teletolkning.
Omkostninger pr. sygehusafdeling		
Etableringsomkostninger pr. sygehusafdeling (varierer over årene med antal nye tilslutninger)		

Videokonference udstyr, 3 stationer	30.000	Løbende etablering af udstyr på nyttilsluttede afdelinger.
Teknikerhjælp v. opsætning af udstyr	6.605	1 dags(7,5 timer) teknikerhjælp pr station
Uddannelse	2.077	1½ time pr. medarbejder og 6 medarbejdere pr. afdeling. Erfaringen fra pilotprojekt viser at systemerne er lette at bruge, og at efterfølgende uddannelse kan ske ved sidemandsoplæring.
Variable omkostninger pr. år		
Licenser	0	Indgår ikke i beregningerne
IT support mv.	4.000	Adgang til hotline mv., når der opstår tekniske problemer
Øvrige driftsomkostninger (transport, møder, mv.)	2.000	
Løbende fornyelse af udstyr	7.500	Afhænger af levetiden af udstyret (ID2)
Årlige variable omkostninger pr. afdeling	13.500	
Omkostninger pr. lægepraksis (både alment og specialpraktiserende)		Kan være svært med udbredelsen grundet de økonomiske incitament i alment og speciallæge praksis
Etableringsomkostninger pr. praksis (varierer over årene med antal nye tilslutninger)		
Videokonference udstyr, 1 station	10.000	Løbende etablering af udstyr hos nyttilsluttede læger
Teknikerhjælp v. opsætning af udstyr	2.202	1 dags(7,5 timer) teknikerhjælp pr station
Uddannelse	692	1½ time pr. medarbejder og 2 medarbejder pr. praksis. Erfaringen fra pilotprojekt viser at systemerne er lette at bruge, og at efterfølgende uddannelse kan ske ved sidemandsoplæring.
Variable omkostninger pr. år		
Licenser	0	Der er ingen... Indgår ikke i beregningerne
IT support mv.	2.000	Adgang til hotline mv., når der opstår tekniske problemer
Øvrige driftsomkostninger (transport, møder, mv.)	2.000	
Løbende fornyelse af udstyr	2.500	Afhænger af levetiden af udstyret (ID2)
Årlige variable omkostninger pr. praksis	6.500	
Omkostninger pr. kommune		Antagelse: De 10 største kommuner dækker halvdelen af de samlede kommunale tolkninger
Etableringsomkostninger pr. kommune (varierer over årene med antal nye tilslutninger)		
Videokonference udstyr, 10 stationer	100.000	Løbende etablering af udstyr hos nyttilsluttede kommuner
Teknikerhjælp v. opsætning af udstyr	22.018	1 dags(7,5 timer) teknikerhjælp pr station
Uddannelse	6.923	1½ time pr. medarbejder og 20 medarbejdere pr. kommune. Erfaringen fra pilotprojekt viser at systemerne er lette at bruge, og at efterfølgende uddannelse kan ske ved sidemandsoplæring.
Variable omkostninger pr. år		
Licenser	0	Der er ingen... Indgår ikke i beregningerne
IT support mv.	8.000	Adgang til hotline mv., når der opstår tekniske problemer
Øvrige driftsomkostninger (transport, møder, mv.)	4.000	
Løbende fornyelse af udstyr	25.000	Afhænger af levetiden af udstyret (ID2)
Årlige variable omkostninger pr. kommune	37.000	

Scenarie 1:

Dækningsgrad / udbredelsesgrad	Ar 0	Ar 1	Ar 2	Ar 3	Ar 4	Ar 5	Ar 6	Ar 7	Ar 8
Dækningsgrad sygehusafdeling*	2%	10%	20%	35%	50%	60%	65%	71%	71%
Dækningsgrad almen praksis	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Dækningsgrad speciallæge praksis	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Dækningsgrad kommuner	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Udbredelsesgrad sygehusafdeling*	2%	15%	25%	75%	90%	90%	90%	90%	90%
Udbredelsesgrad almen praksisser	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Udbredelsesgrad specialpraksis	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Udbredelsesgrad kommuner	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

