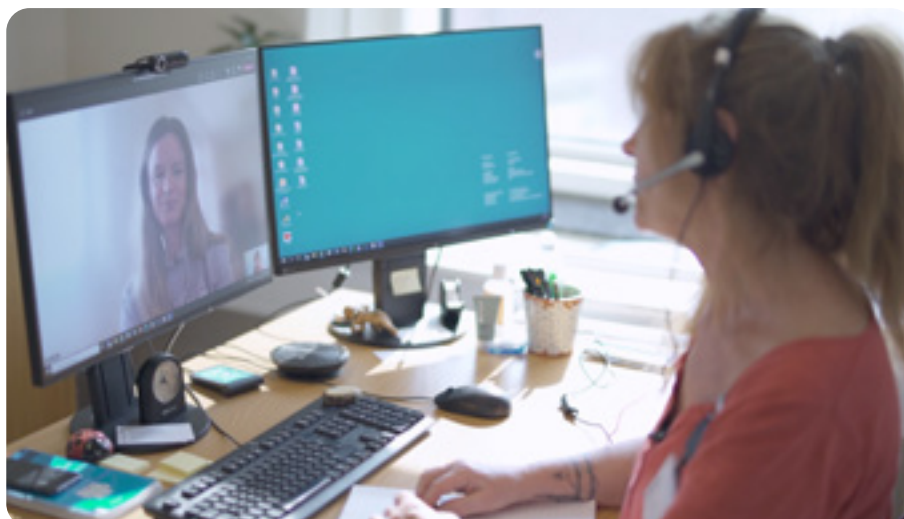




# Vejledning om **videosamtaler**

# Indhold

<b>1. Vejledningens formål</b>	<b>3</b>
1.1 Vejledningens målgrupper og anvendelse	3
1.2 Formål med at bruge videosamtaler	3
1.3 Evidens for brug af videosamtaler	4
<b>2. Kliniske forhold ved videosamtaler</b>	<b>5</b>
2.1 Anvendelsesområde	5
2.2 Sundhedsfaglige og digitale kompetencer til anvendelse af videosamtaler	6
2.3 Målgruppe for videosamtaler	6
2.4 Patientsikkerhed og akutberedskab	11
<b>3. Juridiske forhold ved brug af videosamtaler</b>	<b>12</b>
3.1 Ansvarsforhold	12
3.2 Dokumentation i patientjournal og patientens samtykke til behandling	12
3.3 Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger	13
3.4 Datasikkerhed	13
3.5 Optagelse af videosamtaler	13
<b>4. Gode råd til afholdelse af videosamtaler</b>	<b>14</b>
4.1 Aftaler og rammer	14
4.2 Relation og tryghed	17
4.3 Tydelig kommunikation	19
<b>Bilag 1: Evidens for brug af videosamtaler i psykiatrien</b>	<b>21</b>
Klinisk effekt af videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt samtaler	21
Tilfredshed	22
Terapeutisk alliance	22
Økonomi	23
<b>Bilag 2: Baggrund og oversigt over bidragydere til vejledningen</b>	<b>24</b>
Referencer	25



# 1 Vejledningens formål

Vejledning om brug af videosamtaler i psykiatrien beskriver, hvordan man kan bruge videosamtaler i psykiatrisk behandling. Formålet med vejledningen er at kvalificere anvendelsen af videosamtaler i psykiatrien og danne et fælles udgangspunkt for ensartet faglig kvalitet og patientsikkerhed.

Denne vejledning understøtter brug af videosamtaler ved at klæde sundhedsfagligt personale på til at vurdere, hvornår videosamtale er egnet i kontakten med den enkelte patient og til at gennemføre videosamtale, så der sikres størst muligt udbytte for patient, pårørende og behandler.

Vejledningen er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe med repræsentation af de fem regionale behandlingspsykiatrier på initiativ af taskforce for digital psykiatri under Danske Regioner. Arbejdsgruppen har nedsat en faglig følgegruppe med deltagelse af Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Dansk Sygeplejeråd og Sundhedsstyrelsen (for baggrund og oversigt over bidragydere til vejledningen, se bilag 2).

## 1.1 Vejledningens målgrupper og anvendelse

Vejledningen er målrettet behandlere og ledere i psykiatrien. Den dækker alle samtaler med patienter, hvor der anvendes video, herunder individuelle samtaler (både psykoterapi og øvrige samtaler), gruppesamtaler samt samtaler med pårørende i ambulans og døgnpsykiatri. Tværsektorielle videomøder mellem fagpersoner ligger uden for vejledningens anvendelsesområde. Det anbefales at følge vejledningen, men det vil altid være en individuel faglig vurdering i den konkrete situation, hvordan videosamtaler anvendes.

## 1.2 Formål med at bruge videosamtaler

Patient og pårørende kan have videosamtaler i eget hjem med behandler på behandlingssted eller med patient på behandlingssted – støttet af sundhedsperson – og med behandler på video fra en anden lokalitet.

Formålet med at bruge videosamtaler i psykiatrisk behandling kan være at:

- Give den enkelte patient flere valgmuligheder og mere fleksibilitet
- Gøre behandling mere tilgængelig, fx på grund af lang transport eller vanskeligheder ved fysisk fremmøde på grund af somatisk eller psykisk sygdom
- Skabe større sammenhæng i behandlingsforløb og mellem sektorer, fx ved overgang mellem behandlingssteder og sektorer
- Bidrage til at sikre lige adgang til behandling af høj kvalitet uafhængigt af geografisk lokalitet og patientens økonomiske situation
- Reducere udeblivelser og afbud, fx når patienten er for dårlig til at møde frem

### 1.3 Evidens for brug af videosamtaler

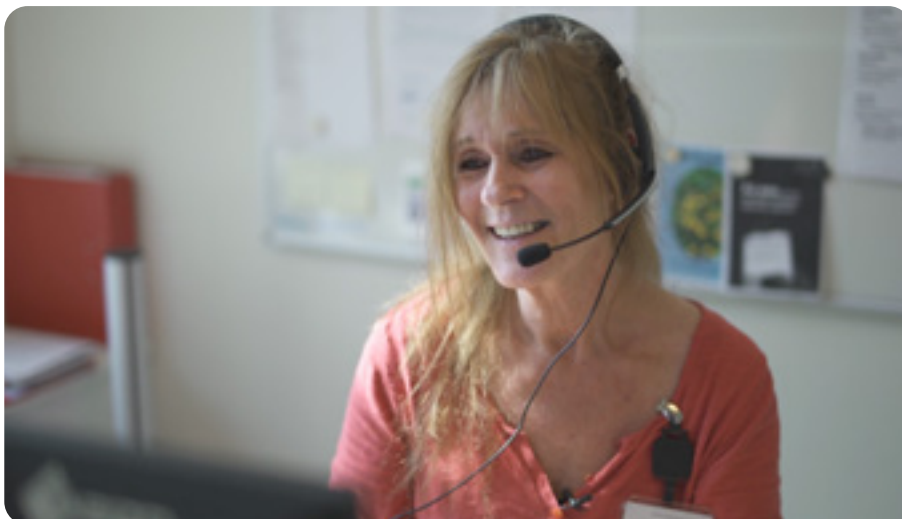
De seneste to årtier er der publiceret et stort antal videnskabelige artikler om videosamtaler i psykiatrien. En del af disse er randomiserede, kontrollerede studier (RCT) hvor videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt konsultationer er undersøgt, primært i forhold til udredning og behandling for en række psykiske lidelser.

I udredningsstudier er diagnostik og graden af psykopatologi hovedsageligt undersøgt ved neuropsykologisk testning, strukturerede interviews og vurderingsskemaer. I behandlingsstudier er det overvejende individuel psykoterapi og anden klinisk behandling, herunder psykofarmakologisk behandling til depression eller PTSD, der er undersøgt.

Jævnfør tre meta-analyser [1][2][3], er resultaterne lovende. I de fleste studier kan videosamtaler betragtes som lige så effektive som ansigt-til-ansigt samtaler både for udredning og behandling af depression og PTSD. Forfatterne understreger også, at der er en del kliniske og metodiske begrænsninger ved den nuværende forskning, bla. er få diagnosegrupper blevet undersøgt og derudover er design og kvaliteten af de udførte studier varierende.

Tilfredsheden med behandling via videosamtaler findes generelt sammenlignelig med behandling via ansigt-til-ansigt. Omkostningerne ved brug af videosamtaler afhænger af, hvordan teknologien bruges, hvilken videoteknologi der anvendes, og hvordan sundhedsvæsenets infrastruktur er sammensat.

Da der kun er få RCT'er der undersøger specifikke diagnoser og behandlinger, er der brug for yderligere forskningsstudier for helt at afklare effekten af anvendelse af videosamtaler i psykiatrien. Nye forskningsstudier skal anvende stærkere forskningsdesigns, undersøge flere psykiatriske lidelser (fx angstlidelser, skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse) samt undersøge forskellige kliniske situationer (fx indlagt/ambulant regi). Der er også brug for at undersøge effekten af videosamtaler i gruppebehandling. Se bilag 1 for en grundigere gennemgang af evidensgrundlag for brug af videosamtaler i psykiatrien.



# 2 Kliniske forhold ved videosamtaler

## 2.1 Anvendelsesområde

I Specialevejledning for Psykiatri og Specialevejledning for Børne- og Ungdomspsykiatri (Sundhedsstyrelsen 2022, 2021)<sup>1</sup> fremgår det, at telepsykiatri (dvs. brug af videosamtaler) kan anvendes som supplement til psykiatrisk behandling og opfølgning, men ikke bør anvendes som led i indledende diagnostik. Denne vejledning anbefaler, at videosamtaler kan anvendes i psykiatrisk behandling, hvor det vurderes relevant og hensigtsmæssigt af behandler og patient. I forlængelse af specialevejledningen anbefales det, at videosamtaler i udgangspunktet ikke anvendes i forbindelse med diagnostisk udredning medmindre særlige forhold gør sig gældende.

Aktiviteter som erfaringsmæssigt kan foregå via videosamtale er psykoedukation, rådgivende, støttende, stabiliserende samtaler, terapeutiske samtaler, opfølgning på medicin og gennemgang af behandlingsplan. Videosamtale kan være mindre egnet til at gennemføre nogle former for psykologiske tests og traumebehandling. Det er ikke nødvendigvis umuligt eller uhensigtsmæssigt at bruge videosamtale ved disse samtaler, men det kræver ekstra opmærksomhed og overvejelse, og det anbefales løbende at evaluere brugen af videosamtaler med patienten.

Det understreges, at anvendelse af digitale løsninger i psykiatrien er under udvikling, og at der løbende indhentes erfaringer med samtaleformatets styrker og begrænsninger. Aktuelle erfaringer fra digitale behandlingstilbud som Online Klinikken i Psykiatrien i Region Sjælland og Internetpsykiatrien i Psykiatrien i Region Syddanmark viser, at diagnostik og førstegangssamtaler via videosamtaler kan være både hensigtsmæssigt og relevant.

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen (2022). Specialevejledning for Psykiatri, Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen (2021). Specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri, Sundhedsstyrelsen.

## 2.2 Sundhedsfaglige og digitale kompetencer til anvendelse af videosamtaler

Det er væsentligt at være opmærksom på, at digitale kompetencer hos behandlere, patienter og pårørende er en afgørende forudsætning for at opnå de fordele, som er forbundet med videosamtale-formatet. Videosamtaler kræver noget andet end en fysisk samtale. Behandlerne skal have grundlæggende tekniske færdigheder til at anvende videoløsningen sikkert og stabilt. Herudover skal de have viden om, hvordan man kan levere videosamtaler med høj patientsikkerhed og faglig kvalitet, herunder fx at vurdere, hvilke samtaler, der egner sig til video og patientens behov for støtte til at gennemføre en videosamtale (for en analyse af patientsikkerhedsmæssige udfordringer ved telemedicin, se Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2020).<sup>2</sup>

## 2.3 Målgruppe for videosamtaler

Alle patienter kan som udgangspunkt tilbydes videosamtaler. Det bør være den kliniske vurdering af den enkelte patient samt dialog med patienten selv, som er afgørende for, om videosamtaler anvendes. Beslutningen om at bruge videosamtaler i behandlingen bør tages i fællesskab. I den forbindelse er det væsentligt at drøfte, om patienten er indforstået med de rammer, der gør sig gældende for en videosamtale.

Der er på nuværende tidspunkt ikke fundet indikation for at afgrænse målgruppen for videosamtaler baseret på diagnose, symptombillede, alder eller andre forhold (se litteraturgennemgang i bilag 1).

Videosamtaler med børn og unge kræver særlig opmærksomhed. Det anbefales, at der er en voksen tilstede eller i nærheden under samtalen. Erfaringsmæssigt varer konsultationer via skærm med børn kortere tid end ved fysisk fremmøde, fordi det kan være sværere for barnet at holde koncentrationen.

I vurderingen af, om videosamtaler er hensigtsmæssige i et behandlingsforløb, bør en række forhold overvejes:



Forhold som kan tale for brug af video



Forhold som kan kræve særlig opmærksomhed ved brug af video



Forhold som taler imod brug af video.

<sup>2</sup> Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2020). Patientsikkerhed og telemedicin. Hvordan påvirker telemedicin patientsikkerhed? Internationale og danske erfaringer.



<b>Forhold som kan tale for brug af video</b>	<b>Bemærkninger</b>
Patienten ønsker det	Det er vigtigt, at patientens egen vurdering og motivation tages i betragtning i forhold til at beslutte at bruge videosamtaler.
Patienten har et nedsat fysisk funktionsniveau	For patienter med fx fysiske handicaps, kan videosamtaler øge adgangen til behandling og lette hverdagen for patienten.
Patient har svært ved eller afviser at møde op i ambulatoriet	Det kan fx være pga. psykiske lidelser, høj sensitivitet for stimuli eller udgifter til transport.  Ved mange udeblivelser eller afbud, kan videosamtaler være en måde at imødekomme patienten på.
Patienten har lang transporttid til behandlingssted (eller behandler har lang transporttid i forbindelse med hjemmebesøg)	Er der stor afstand mellem patient og behandlingssted kan det være krævende at skulle transportere sig langt, og her kan videosamtaler være en god måde at sikre deltagelse i behandling.
Patienten har svært ved at åbne op ved fysisk fremmøde	Nogle patienter kan have svært ved at åbne op ved fysisk fremmøde, fx fordi de føler sig intimiderede.  Afstanden over video, og det at være hjemme i egne trygge omgivelser, kan betyde at patienten har lettere ved at åbne op.

Forhold som kan kræve særlig opmærksomhed ved brug af video	Bemærkninger
Patienten har nedsat kognitivt funktionsniveau	<p>Det er relevant at overveje, om patienten har kapacitet til at kommunikere over video.</p> <p>En del patienter med kognitive vanskeligheder kan godt have samtaler via video.</p> <p>Det kan kræve at samtalerne er lidt kortere, eller at patienten har mulighed for at modtage hjælp af pårørende eller plejepersonale.</p>
Patienten har selvmordsrisiko	<p>Det er som udgangspunkt kun hensigtsmæssigt ved kendte patienter med relativt stabilt sygdomsforløb og regelmæssig kontakt i et behandlingsforløb.</p>
Patienten har en psykose	<p>Anvendelse af videosamtaler ved patienter med aktiv psykose kræver særlig opmærksomhed og er som udgangspunkt kun hensigtsmæssigt ved kendte patienter i et behandlingsforløb med regelmæssig kontakt.</p> <p>Der kan dog være situationer, hvor en videosamtale kan være den bedste mulighed, fx ved ikke-kendte patienter som potentielt kan være farlige og hvor uanmeldte besøg kan udgøre en risiko.</p>
Patienten har en spiseforstyrrelse	<p>Det kan være svært at vurdere patientens fysiske tilstand over video, da man ikke kan se hele kroppen.</p> <p>Samtidig kan det for patienter med spiseforstyrrelser være ubehageligt hele tiden at kunne se et billede af sig selv på skærmen, hvilket kan betyde at de har svært ved at deltage i samtalen, vælger at slå deres kamera fra, eller sætter sig uden for kamerabilledet.</p> <p>Det er vigtigt at behandleren sikrer at man kan få et fyldestgørende billede af patienten.</p>



<p>Patienten udviser impulsivitet og nedsat affektregulering</p>	<p>Der bør foretages en individuel vurdering forud for videosamtalen.</p> <p>Ofte vil det være en fordel, at patienten ikke er alene, men har en nær person, som patienten har en god relation til og som kan virke beroligende med, en pårørende, eller en kontaktperson.</p> <p>Dette forudsætter, at der er foretaget en risikovurdering og at patienten ikke er personfarlig.</p>
<p>Patienten har svært ved at holde fokus i videosamtalen</p>	<p>Hvis patienten har svært ved at holde koncentrationen under videosamtalen, kan behandleren imødekomme dette ved at inddrage flere sanser og være mere visuel fx bruge tavle og dele skærm. Hvis dette ikke er tilstrækkeligt, anbefales det, at video-samtalen omlægges til fysisk fremmøde eller telefonsamtale. Ved telefonsamtalen har patienten nemmere mulighed for at bevæge sig rundt, og det kan have en betydning for koncentrationen.</p>

Forhold som taler imod brug af video	Bemærkninger
Patienten er meget isoleret med lavt niveau af menneskelig kontakt	Det er vigtigt ikke at forstærke patientens isolation. Hvis der alligevel anvendes videosamtaler kan målet være at patienten skal støttes i at komme mere ud
Patienten har brug for at træne at komme ud/fremmøde	Hvis patienten brug for at udfordre en sygdomsproblematik, fx patienter med angst, er det vigtigt at træne, at de kan møde fysisk op til en samtale.
Patientens IT-kompetencer og udstyr	Hvis patienten ikke har det nødvendige IT-udstyr eller tilstrækkelig internetforbindelse til at gennemføre en videosamtale, eller patienten ikke føler sig teknisk kompetent og tryk ved det, taler det imod at bruge video.
Patienten har ikke mulighed for at være i et egnet lokale	<p>Det er afgørende, at patienten har adgang til et sted, hvor der kan skabes et fortroligt og roligt samtalerum.</p> <p>Som behandler har man ansvar for at sikre sig, at patienten gennemfører samtalen i et fortroligt lokale, og man bør afvise at gennemføre videosamtalen, hvis dette ikke er muligt.</p>
Patienten har nedsat mødestabilitet ved videosamtaler	Hvis patienten er mindre mødestabil ved brug af videosamtaler, bør dette italesættes, og brug af video kan evt. genovervejes
Patienten har svært ved at holde fokus i videosamtalen	<p>Hvis patienten har svært ved at holde koncentrationen under videosamtalen, kan behandleren imødekomme dette ved at inddrage flere sanser og være mere visuel fx bruge tavle og dele skærm.</p> <p>Hvis dette ikke er tilstrækkeligt, anbefales det, at videosamtalen omlægges til fysisk fremmøde eller telefonsamtale.</p> <p>Ved telefonsamtalen har patienten nemmere mulighed for at bevæge sig rundt, og det kan have en betydning for koncentrationen.</p>

## 2.4 Patientsikkerhed og akutberedskab

En væsentlig forskel på videosamtaler og fysisk fremmøde er, at behandler ikke altid ved, hvor patienten befinder sig i samtalen. Derfor er det vigtigt at spørge, hvor patienten er ved hver samtale og notere det i journalen. Enhver samtale kan tage en negativ drejning, patienter kan blive akut selvmordstruede eller psykotiske og de kan afslutte samtalen i affekt.

Det bør derfor altid aftales forud for videosamtalen, hvordan man håndterer afbrudte samtaler. Det anbefales at aftale med patienten, at behandler i så fald ringer patienten op på telefon, så samtalen kan afrundes på en god måde. Det er vigtigt, at man ved første samtale indhenter oplysninger om patientens pårørende og får samtykke til at kontakte dem efter behov og ved akutte situationer.

Hvis en patient under en videosamtale lægger på i affekt, kan man ringe til patienten, hvor man minder patienten om aftalte rammer for samtalen. Hvis patienten ikke svarer på telefonen, og det vurderes, at patienten er udsat eller selvmordstruet, kan man sende en SMS til patienten for at få kontakt. Man kan evt. gøre patienten opmærksom på, at man ved manglende svar fra patienten inden for en given tidshorisont kontakter patientens pårørende, vagtlæge eller politi, såfremt man vurderer, at patienten er i fare. Særlig ved mistanke om selvmordsrisiko er det behandlerens pligt at reagere og patienten bør informeres om dette ved første samtale.

Behandlere, der tilbyder videosamtaler, skal kende til og følge akutberedskabet i egen region og på landsplan. Patienter kan opholde sig i andre regioner under en videosamtale, og behandlere skal kunne hjælpe patienten uanset hvor de befinder sig.



## 3 Juridiske forhold ved brug af videosamtaler

Når patient og behandler mødes over video, gælder samme regler som ved fysisk fremmøde. Brug af videosamtaler er således underlagt sundhedsloven, autorisationsloven, databeskyttelsesloven, forvaltningsloven og offentlighedsloven som enhver anden sundhedsfaglig aktivitet. Styrelsen for Patientsikkerhed har i 'Vejledning om ansvarsforhold mv. ved brug af telemedicin mellem sundhedspersoner' (2021) præciseret en række spørgsmål om ansvarsforhold, information og samtykke, tavshedspligt, journalføring og videregivelse af helbredsoplysninger ved brug af telemedicinske ydelser mellem sundhedspersoner (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021).

### 3.1 Ansvarsforhold

Det sundhedsfaglige ansvarsforhold ændres ikke som følge af, at der anvendes videosamtale. Den enkelte behandler skal foretage en selvstændig vurdering af, om de patientoplysninger, vedkommende har modtaget, er relevante og tilstrækkelige. Dette gælder uanset om oplysningerne er fremkommet ved fysisk fremmøde, på telefon eller over video.

### 3.2 Dokumentation i patientjournal og patientens samtykke til behandling

Journalføringspligt ved rådgivning, undersøgelse og behandling af patienter er uændret ved brug af videosamtale. I Styrelsen for Patientsikkerheds vejledning fremgår det, at patientens informerede samtykke skal foreligge i forbindelse med undersøgelse og behandling af patienten. Patient skal give samtykke til deltagelse i videosamtale og have oplyst, hvad det betyder i forhold til behandling af personoplysninger, fx hvis samtalen optages (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Styrelsen for Patientsikkerhed (2021). Vejledning om ansvarsforhold mv. ved brug af telemedicin mellem sundhedspersoner, <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9796>.

### 3.3 Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger

Telemedicin, herunder videosamtaler, indebærer videregivelse af oplysninger om patientens helbredsforhold i form af tekst, billeder, prøver mv. til brug for behandling af patienten. Bestemmelser om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger skal overholdes. Videregivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med brug af videosamtaler vil som udgangspunkt være omfattet af patientens samtykke til behandling. 'Har patienten givet informeret samtykke til behandling, indebærer dette således, at patienten også anses for at have givet samtykke til, at sundhedspersonen må videregive de for det aktuelle behandlingsforløb relevante helbredsoplysninger mv. til brug for telemedicinsk vurdering og behandling' (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021).

### 3.4 Datasikkerhed

For at sikre datasikkerhed, overholde lovgivning og patienters rettigheder i forbindelse med video-samtaler skal videokontakt foregå via den pågældende regions godkendte videoløsning og IT-infrastruktur. Dette for at sikre, at forbindelsen er datasikker for både behandlere og patienter i forhold til de krav, der stilles i henhold til persondataforordningen og databeskyttelsesloven. Skype, Facetime og andre cloud-baserede videoløsninger bør derfor ikke anvendes, medmindre regionen har indgået databehandleraftale med leverandørerne af løsningerne.

### 3.5 Optagelse af videosamtaler

Optagelse af videosamtaler mellem patient og behandler må ikke ske uden samtykke til optagelse fra begge parter. Optagelse af vide samtale indebærer behandling af personoplysninger, og optagelsen af vide samtalen skal derfor ske i overensstemmelse med databeskyttelsesreglerne, som stiller en række krav til bla. saglighed og nødvendighed, ligesom der skal være et lovligt grundlag for optagelse (se Datatilsynets vejledning <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/vejledning/optagelser-og-overvaagning/optagelse-af-digitale-moeder>).



# 4 Gode råd til afholdelse af videosamtaler

## 4.1 Aftaler og rammer

Inden opstart af videosamtaler med en patient, er det vigtigt at tale med patienten om, at en videosamtale er en behandlingsaftale som alle andre. Det betyder, at samtalen er fortrolig og skal foregå uforstyrret og i enrum med mindre andet aftales.

Da videosamtaler kan virke mere uformelle end fx samtaler, som foregår på ambulatoriet, er det vigtigt at forventningsafstemme rammer for videosamtalen. Man kan tale med patienten om en række forhold, inden videosamtaler anvendes i et behandlingsforløb:



Aftaler og rammer



Relation og tryghed



Tydlig kommunikation



Aftaler og rammer	Bemærkninger
Hvem deltager i videosamtalen	<p>Hvis patient eller behandler ønsker at inddrage andre, fx pårørende mfl. i videosamtalerne aftales dette på forhånd.</p> <p>Både for patient og behandler kan det, at man ikke sidder i samme rum, give anledning til utryghed i forhold til, hvad der foregår hos den anden, og om der er andre til stede, man ikke kan se.</p> <p>Hvis dette er tilfældet, kan man imødegå det ved, at begge parter viser det rum, de sidder i med webkameraet. Det giver patienten mulighed for at se, at der ikke er andre i rummet, og behandleren kan få indblik i patientens hjem.</p> <p>For børn under 15 anbefales det, at der er en voksen til stede under samtalen, medmindre andet er aftalt. For patienter mellem 15-18 år kan man med fordel aftale, at der skal være en pårørende i nærheden, som kan hjælpe og støtte dem, hvis det bliver nødvendigt.</p>
Fysisk placering under samtalen	<p>Inden en videosamtale anbefales det, at man som behandler sikrer, at man har optimale forhold for at gennemføre samtalen.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at man:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• sidder i enerum og rolige omgivelser</li><li>• undgår modlys</li><li>• sidder, så man er synlig på billedet</li><li>• varierer blikket mellem kamera og skærm, så deltagerne får en fornemmelse af øjenkontakt</li><li>• bruger headset, da det giver den bedste lyd for både behandler og patient</li></ul> <p>Tal også med patienten om, hvor han/hun trygt og uforstyrret kan gennemføre en videosamtale.</p>
Teknisk udstyr	<p>Det anbefales, at både behandler og patient bruger stationær, bærbar PC eller tablet pga. skærmstørrelsen.</p> <p>Smartphone kan anvendes, hvis det er det eneste udstyr patienten har adgang til.</p> <p>Skærm på smartphone kan begrænse både behandler og patients visuelle indtryk af hinanden, og jo mere flytbar enheden er, jo mere kan patienten bevæge sig rundt under samtalen og kompromittere samtalens fortrolighed.</p>
Sikring af trygt rum	<p>Både patient og behandler skal mødes i sikre, forudsigelige og trygge rum. Det betyder bla. at videosamtaler ikke afvikles i parker eller på McDonalds.</p> <p>Hvis det sker må man italesætte afvigelser ift. lokalitet og rammen for behandlingssamtalen.</p>

Formålet med videosamtale	<p>Det er en god idé på forhånd at tale om, hvad formålet er med at bruge videosamtale i et behandlingsforløb. I nogle tilfælde kan der være forskel på, hvad man taler om ved fysiske møder og ved videosamtaler, og det er vigtigt, at dette er aftalt på forhånd.</p> <p>I andre tilfælde bruges videosamtaler måske som "udfasning" af kontakten, og det kan i så fald være godt at italesætte dette, dvs. at den nye kontaktform kan være svær, men at den bruges som en øvelse i at stå på egne ben.</p> <p>Under alle omstændigheder er det godt at tale eksplicit om, at videosamtaler er en del af et sammenhængende behandlingsforløb.</p>
Forventningsafstemning i starten af videosamtalen	Ligesom ved fysisk fremmøde er det en god ide at forventningsafstemme og skabe en fælles dagsorden med patienten i starten af videosamtalen.
Tidsrammen	<p>Længden af en videosamtale varierer. Nogle oplever at samtaler på video ofte er lidt kortere end en samtale ved fysisk fremmøde, mens andre oplever, at der ikke er nogen forskel.</p> <p>Det er en god ide at forventningsafstemme med patienten, så de ved, hvad de kan forvente, og evt. orientere undervejs om, hvor lang tid der er tilbage og dermed forebygge, at patienten føler, at samtalen afsluttes for tidligt.</p>
En plan B	Det vigtigt at have aftalt, hvad man gør, hvis videoforbindelse ikke kan opnås, eller hvis teknikken svigter under en samtale. Det anbefales at aftale, at behandleren i så fald ringer patienten op på telefon, så kontakten alligevel opnås.
Konsekvensen af udeblivelser	<p>Det kan være nødvendigt at aftale med patienten, hvad der sker, hvis patienten gentagne gange udebliver fra videosamtaler eller på anden vis ikke overholder de aftaler, man har lavet for forløbet, eller hvis der opstår forværring af patientens symptomer. Det kan fx aftales, at behandleren ringer til patienten eller en pårørende.</p> <p>Det kan også være nødvendigt at genoverveje, om videosamtale er den rette løsning for patienten eller om brug af videosamtaler skal standses, eventuelt midlertidigt indtil patientens situation er stabil nok til at kunne genoptage dem. Håndtering af akutte krisesituationer beskrives i afsnittet "Patientsikkerhed og Akutberedskab".</p>
Afslutning på videosamtalen (de-briefing)	Afslutningen på videosamtalen er anderledes end ved fysisk fremmøde. Skærmen slukkes, og patienten er langt væk og alene. Det er derfor vigtigt at sikre sig, at der er tid til, at samtalen bliver afsluttet godt.



## 4.2 Relation og tryghed

For nogle patienter er det helt naturligt at kommunikere via video, mens det for andre kan være ukendt og utrygt. Der er flere ting, behandleren kan gøre for at skabe tryghed og en god relation med patienten under en videosamtale. Hvilke redskaber, der bruges, afhænger af patientens situation.



Relation og tryghed	Bemærkninger
Afprøv videoprogrammet sammen	<p>Inden opstart af videosamtaler kan man med fordel afprøve videoprogrammet sammen med patienten, fx ved et hjemmebesøg, eller ved at patienten tager sin smartphone, tablet eller computer med til en ambulans samtale.</p> <p>Dette giver patienten mulighed for at se, hvordan programmet virker, inden videosamtalen.</p>
Giv patienten mulighed for at afslutte	<p>Hvis en patient gerne vil have en videosamtale, men er utryk ved mediet, kan man inden første videosamtale aftale, at samtalen kan afsluttes, hvis patienten føler sig utryk.</p> <p>Det er en god ide at aftale med patienten, at inden videosamtalen afsluttes, skal de fortælle hvorfor de ønsker at afslutte samtalen. Det kan med fordel aftales, at behandleren efterfølgende vil ringe patienten op på telefon for at runde samtalen af.</p>
Vær forberedt på tekniske problemer	<p>Det er vigtigt at forberede patienten på, at der kan være tekniske problemer og at have aftalt på forhånd, hvad man så gør. Fx kan det aftales, at man så tager en kortere telefonsamtale.</p> <p>Det er vigtigt at minde patienten om, at han/hun ikke står alene i tilfælde af tekniske problemer og informere om eventuel mulighed for teknisk support til at gennemføre videosamtalen.</p>
Anerkend at det er nyt	<p>For at fastholde og sikre alliancen med patienten kan man italesætte, at man sammen prøver sig frem og være anerkendende over for, at det kan være svært med ny teknik. Det kan gøre det nemmere for patienten at vise usikkerhed.</p> <p>I nogle tilfælde er patienten måske mere vant til at bruge video end behandleren, hvilket kan bidrage til at styrke en følelse af ligeværdighed hos patienten.</p>

<p>Kig ind i kameraet</p>	<p>Når man taler via video, sidder webkameraet over den skærm, man ser på. Det betyder at, det ser ud som om, man kigger lidt ned, når man som behandler kigger på patienten på skærmen. Når man som behandler i stedet ser ind i kameraet, får patienten oplevelsen af, at man ser ham/hende i øjnene.</p> <p>Det kan være en fordel at tale med patienten om denne forskel og at variere blikket, så man skiftevis ser på skærmen og ind i kameraet.</p>
<p>Lad patienten vise ting af betydning</p>	<p>Giv patienten mulighed for at vise dig sit yndlingssted i hjemmet eller en genstand af særlig betydning.</p>
<p>Start med lidt small-talk</p>	<p>Det er sværere at small-talk, når man taler via video, og man kan have en tendens til at springe small-talken over.</p> <p>Small-talk er dog vigtig, da det hjælper med at skabe kontakt og tryghed i samtalen.</p> <p>Det kan derfor være en fordel på forhånd at have tænkt over, om du vil starte med det, og hvordan du vil gribe det an.</p>
<p>Opfordre til at bruge høretelefoner</p>	<p>Hvis det er muligt, anbefales det at man bruger høretelefoner.</p> <p>Dette sikrer en bedre lyd, men det kan også være med til at skabe et mere privat rum omkring samtalen.</p>
<p>Hjælp patienten med at sørge for sig selv</p>	<p>Hvis patienten bliver utryg eller følelsesmæssig påvirket, er det ikke muligt for behandleren fx at række patienten et lommetørklæde ligesom ved fysisk fremmøde. Her kan man som behandler hjælpe patienten med at sørge for sig selv, fx ved at spørge om hun/han sidder behageligt, har brug for at hente et glas vand eller anden form for verbal vejledning af patienten.</p>
<p>Forklar at videosystemet er sikkert</p>	<p>Hvis patienten er utryg ved at have videosamtaler, fordi de tvivler på sikkerheden i systemet er det vigtigt at beskrive, at videoløsningen overholder krav til IT-sikkerhed.</p>

## 4.3 Tydelig kommunikation

Ved videosamtaler er der behov for at være ekstra opmærksom på at sikre en god samtaledynamik, og på at patient og behandler forstår hinanden.



Tydelig kommunikation	Bemærkninger
Start altid med at spørge om, der er tydeligt billede og lyd	<p>Det er meget forstyrrende for samtalen, hvis der er dårlig internetforbindelse og forstyrrelser i billede eller lyd.</p> <p>Forbindelsen kan nogle dage være mere ustabil end andre, så start altid med at sikre, at forbindelsen er god nok til, at behandler og patient kan se og høre hinanden tydeligt.</p>
Sid roligt og marker, når du gerne vil have ordet	<p>Det er vigtigt at sidde roligt og undgå at tale, mens patienten taler. Samtidig skal man være opmærksom på ens ansigtsmimik, da ansigtet er det, patienten hovedsageligt kan se.</p> <p>Det er en god ide at signalere, at man er tilstede og lytter fx ved at man læne sig frem og nikker.</p> <p>Man kan også med fordel tale lidt langsommere og tydeligere end ellers og markere med sit kropssprog eller med hånden, når man gerne vil have ordet.</p>
Vær mere eksplicit	<p>Det kan være sværere at mærke, hvordan patienten har det, når man taler via video. På samme måde kan det være sværere for både patient og behandler at fornemme, hvad der bliver sagt mellem linjerne. Det kan derfor være nødvendigt at spørge mere og italesætte, hvad man hver især tænker.</p> <p>Samtidig er det vigtigt at være mere eksplicit omkring sine handlinger, da patienten ikke kan se hvad man laver. Hvis man ikke kigger på skærmen eller virker fraværende på anden vis, kan det hurtigt misforstås.</p> <p>Derfor anbefales det, at man beskriver, hvis man skriver noter, åbner et dokument på sin PC eller anden form for adfærd, der kræver ens opmærksomhed. Behandleren kan med fordel bede patienten gøre det samme. Dette kan hjælpe med at undgå misforståelser og skabe tryghed.</p>

At skabe terapeutisk tilstedeværelse	Det kræver færdigheder og træning at skabe relation i det digitale rum i videosamtalen, herunder hvordan man agerer ved passive, undgående eller afvisende patienter.
Check-ind og pauser	Ved videosamtaler har man ikke transporten fra hjem til behandlingssted, og kontakten afbrydes dermed på en mere abrupt måde. Det kan være en god ide i starten af samtalen at sikre at patienten føler sig parat til samtalen. Man kan med fordel spørge patienten: "Sidder du godt? Sidder du i et rum hvor du kan tale fortroligt?". På samme måde er det en god ide under samtalen at checke ind oftere: "Har du brug for en pause? Er alt okay? Skal du have noget vand?". Dette skyldes, at det kan være sværere at "mærke", hvordan patienten har det, når man taler via video, og man er derfor nød til at være mere eksplicit.

# Bilag 1: Evidens for brug af videosamtaler i psykiatrien

De seneste to årtier er der publiceret et stort antal videnskabelige studier om videosamtaler i psykiatrien. Effekten af behandling og udredning er primært undersøgt for ambulante patienter med diag-noserne depression og posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Videosamtaler er både blevet undersøgt i landområder hvor afstanden mellem klinik og patientens hjem kan være betydelig, samt i byområder hvor den gennemsnitlige afstand er kortere. De fleste RCT studier, har rekrutteret patienter som er over 18 år og resultaterne er tydeligst for voksne ambulante patienter. I det følgende afsnit gives en introduktion til forskningsresultater omkring brug af videosamtaler i psykiatrien.

## Klinisk effekt af videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt samtaler

Hidtidige studier tyder på, at effekten af psykiatrisk behandling via videosamtaler overordnet er sammenlignelig med ansigt-til-ansigt samtaler, både ift. vurdering af graden af psykopatologi og udredning [1][2], samt til individuel behandling af depression og PTSD [3][4][5][6][7] og til gruppebehandling [8][9]. Videosamtaler er dog mest undersøgt for individuel, ambulant behandling og dermed er resultaterne stærkest for denne modalitet.

Tre meta-analyser, har opsummeret evidensen for brugen af videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt samtaler i psykiatrien for en række psykiske lidelser. Disse tre studier er repræsentative for den eksisterende forskning omkring videosamtaler i psykiatrien og studierne er udvalgt da hovedfokus i studierne er videoteknologi (og ikke asynkron teknologi som fx SMS, web-moduler mm.).

Drago et al.(2016) omfattede 26 RCT studier, hvor 14 studier (6 depression, 3 PTSD, 2 multiple diagnoser, 1 ADHD, 1 bulimia nervosa og 1 alzheimers) undersøgte brugen af videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt samtaler til almindelig psykiatrisk behandling (herunder psykofamakologisk behandling), og 12 studier undersøgte videosamtaler til udredning, diagnostik og vurdering af sværhedsgrad af psykopatologi [1]. Man fandt ikke nogen signifikant forskel på psykopatologi vurderet ved psykometriske skalaer ved behandling via videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt behandling (standardized mean difference (SMD) 0,11 [-0,41, 0,18]). Meta-analysen omfattede også 12 studier, som sammenlignede videosamtaler med ansigt-til-ansigt samtaler til struktureret udredning og diagnostik og vurdering af sværhedsgrad af psykopatologi for multiple diagnoser. Man fandt en god korrelation mellem videosamtaler og ansigt-til-ansigt samtaler ift. udredning, diagnostik og vurdering af sværhedsgrad af psykopatologi (korrelations koefficient 0.73 [0.63–0.83]). Dog rapporterede forfatteren om stor grad af heterogenitet i meta-analysen, hvorfor konklusionerne må tages med nogen forbehold.

Batastini et al.(2021) inkluderede i meta-analysen 57 empiriske studier, der sammenligner effekten af psykoterapi og udredning via videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt samtaler [2]. Meta-analysen omfattede 43 interventionsstudier med blandede forskningsdesigns og psykoterapeutiske interventioner til individuel behandling. En fjerdedel af de inkluderede interventionsstudier (11 undersøgelser) havde ikke

specificeret typen af psykoterapi. De diagnostiske grupper inkluderet i gennemgangen var depression (15 studier), PTSD (15 studier), opmærksomhedsforstyrrelser (4 studier), skizofreni (2 studier) og blandede diagnoser (7 studier). Meta-analysen viste at effekt vurderet ud fra psykometriske skalaer var sammenlignelig for psykoterapi udført ved hjælp af videosamtaler og psykoterapi udført ansigt-til-ansigt (Hedges'  $g = -0.02 [-0.12, 0.94]$ ). Meta-analysen omfattede også 14 studier, der undersøgte udredning (8- psykiatriske, 6 neuropsykologiske) for videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt samtaler. Der var en række diagnoser inkluderet, herunder Alzheimers, skizofreni og intellektuelle handicap. Man fandt at udredning udført over videosamtaler svarede til dem udført ansigt-til-ansigt (Hedges'  $g = 0.07 [-0.02, 0.17]$ ). Selvom forfatterne konkluderede at brugen af video-samtaler til udredning og psykoterapi var lige så god som ansigt-til-ansigt samtaler, var der betydelig variation i kvaliteten af forskningsdesign i de inkluderede studier. Begrænsningerne omfattede manglende og/eller inkonsekvent rapportering af metode og resultater. Forfatterne fremhævede, at der er behov for mere forskning, og de anbefalede flere studier med stærkere forskningsdesign (fx RCT'er), undersøgelse af flere diagnoser, forskellige behandlingsregi (ambulant, indlagte, gruppe) og undersøgelser af forskellige typer intervention (psykoedukation, psykoterapi og psykofarmakologisk behandling) i fremtidige studier.

Giovanetti et al. (2022) udførte en meta-analyse for at undersøge behandlingseffekten af psykoterapeutisk behandling udført via videosamtaler og ansigt-til-ansigt samtaler for patienter med depressionssymptomer, som ikke var forårsaget af en somatisk lidelse (fx diabetes) [3]. Meta-analysen omfattede 11 RCT-studier som direkte sammenlignede individuel ansigt-til-ansigt psykoterapi med videosamtaler. Man fandt ikke en signifikant forskel på de to behandlingsmodaliteter ift. psykoterapeutisk behandling af patienter med depressionssymptomer vurderet ud fra psykometriske skalaer (SMD 0.04 [0.12-0.20]). Forfatteren konkluderer at der er behov for flere homogene RCT-studier som specifikt undersøger psykoterapi til patienter med diagnosen depression.

## Tilfredshed

Studier peger generelt på at tilfredsheden med behandling via videosamtaler er sammenlignelig med behandling via ansigt-til-ansigt [5][11][15][16][17]. Videosamtaler kan bidrage til forbedret behandlingstilfredshed for patienterne i kraft af mindre rejsetid, mindre fravær fra arbejde/uddannelse, nedsat ventetid og flere valgmuligheder for den enkelte patient [18][19][20]. Studier af behandlernes perspektiv viser også tilfredshed med videosamtale – og at de positive indstillinger øges, efterhånden som video bruges [20][21][22][23]. Øget jobtilfredshed og fleksibilitet kan opveje ulemper som tekniske udfordringer og eventuelle opfattelser af upersonlig behandling [21][22][24]. En vellykket og succesfuld videosamtale i praksis, afhænger i stor grad af behandlernes erfaring og indstilling til videoteknologi [25].

I en meta-analyse af Hyler et al. (2005) [26] sammenlignes patienttilfredshed mellem ansigt-til-ansigt og videosamtaler. Meta-analysen er baseret på 14 interventionsstudier og inkluderede både indlagte, ambulante, børn, unge og voksne samt geriatriske patienter. Generelt finder forfatterne ingen forskel i oplevet patient tilfredshed mellem de to modaliteter. Forfatterne nævner flere væsentlige begrænsninger. Først og fremmest var der stor metodisk heterogenitet da studierne havde evalueret tilfredsheden vha. diverse måleinstrumenter og ikke alle måleinstrumenter var validerede/standardiserede. Derudover var der stor klinisk heterogenitet, da de inkluderede patientgrupper var meget forskellige [26].

## Terapeutisk alliance

Flere studier viser, at man kan opnå en god terapeutiske alliance igennem videosamtaler [5][6][7][12][13][16][27]. Den terapeutiske alliance, hvor patienterne vurderer relation og nærvær lige så højt som ved samtaler ansigt-til-ansigt, kan især opretholdes, hvis videosamtale bruges som et supplement i behandlingsforløbet, og der er planer

for alternative løsninger, hvis videoløsningen ikke fungerer [28]. Samarbejdet omkring tekniske detaljer i behandlingsformatet kan også facilitere den positive udviklingen af alliancen [27]. Nogle patienter føler, at det er nemmere at kommunikere via video, da det er forbundet med en øget oplevelse af personlig kontrol, hvilket kan opleves mindre intimiderende end at mødes fysisk med en behandler [15]. Nogle studier har også fundet, at behandlere har flere forbehold omkring alliancen end patienterne – det kan derfor være hensigtsmæssigt at være opmærksom på, hvordan man kan støtte den terapeutiske alliance under et behandlingsforløb via video [25][28]. Se evt. afsnit 4 om ”Gode råd til afholdelse af videosamtaler”.

## Økonomi

Omkostningerne ved brug af videosamtaler afhænger af, hvordan teknologien bruges, hvilken videoteknologi der anvendes, og hvordan sundhedsvæsenets infrastruktur er sammensat. Selvom der er øgede omkostninger forbundet med anskaffelse af tekniske udstyr, der skal bruges [29], er anvendelse af videosamtale generelt omkostningseffektivt set i forhold til ansigt-til-ansigt samtaler [16][18]. Eksempelvis kan der ses besparelser på grund af reduktion af behandlingstiden pr. behandlingsgang [16] og reduktion af rejseomkostninger, især når patienten bor langt væk fra psykiatrien. Der er således mange kontekstafhængige faktorer, der påvirker direkte og indirekte omkostninger forbundet med anvendelse af videosamtaler. Det er derfor svært at drage konklusioner om økonomiske konsekvenser ved indførelse af videosamtaler sammenlignet med ansigt-til-ansigt konsultationer [30].

# Bilag 2:

## Baggrund og oversigt over bidragydere til vejledningen

Arbejdsgruppen under taskforce for digital psykiatri har taget afsæt i de to eksisterende lokale retningslinjer for videokonsultation fra hhv. Psykiatrien i Region Syddanmark og Psykiatrien i Region Hovedstaden (Helverskov et. al 2017, 2021 og Nielsen et al. 2020)<sup>4</sup>. Begge lokale retningslinjer er udarbejdet af klinisk nedsatte tværfaglige arbejdsgrupper. Arbejdsgruppen har tilpasset de lokale retningslinjer til fællesregional anvendelse og har drøftet og udbygget det eksisterende materiale i lyset af de erfaringer med videosamtaler, som alle regionspsykiatrier har gjort sig under Covid-19 pandemien. Forskningsenheden i Psykiatrien i Region Sjælland har gennemgået den eksisterende forskningslitteratur med henblik på kortlægning af evidens for videosamtaler i psykiatrien.

Medlemmer af arbejdsgruppen under taskforce for digital psykiatri:

- Marie Paldam Folker, afdelingschef  
Center for Digital Psykiatri, Region Syddanmark
- Pernille Mejer Højholt, teamleder  
Psykiatrien Region Nordjylland
- Pernille Rømer Nielsen, afdelingssygeplejerske  
Psykiatrien i Region Sjælland
- Aleksandar Jovanovic, ledende overlæge  
Onlineklinikken, Psykiatrien i Region Sjælland
- Lisa Lundsgaard, digitaliseringskonsulent  
Psykiatrien i Region Midtjylland
- Magnus Pedersen, reservelæge  
Kvalitets- og Forbedringsafdelingen i Psykiatrien i Region Hovedstaden
- Lars Sabroe Thomsen, teamleder  
Kvalitets- og Forbedringsafdelingen i Psykiatrien i Region Hovedstaden
- Søren Haselmann, seniorkonsulent  
Danske Regioner

Medlemmer af faglig følgegruppe:

- Lene Lauge Berring, sygeplejerske og leder af Kompetencecenter for Relationer og Deeskalering  
Psykiatrien Region Sjælland - Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker

---

<sup>4</sup> Helverskov, T., Nielsen, A.S., Bendixen, I.K. og Folker, M.P. (2017, 2021). Retningslinje for Videokonsultationer i Psykiatrien i Region Syddanmark, 1. og 2. udgave. Nielsen, A.C. et al. (2020). Vejledning til anvendelse af video i ambulant behandling i Region Hovedstadens Psykiatri.



- Marie Drengsgaard Jørgensen, psykolog  
Forskningsklinikken for Ludomani, Aarhus Universitetshospital - Dansk Psykologforening
- Christian Legind, overlæge  
Region Hovedstadens Psykiatri - Dansk Psykiatrisk Selskab
- Laura Toftegaard, sektionsleder  
Sygehusplanlægning, Sundhedsstyrelsen
- Tamara Elisabeth Gesmar Krøyer, specialkonsulent  
Sygehusplanlægning, Sundhedsstyrelsen
- Ali Abbas Shaker, læge og ph.d studerende  
Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien i Region Sjælland (ansvarlig for gennemgang af evidens for videosamtaler) i samarbejde med Stephen Austin, seniorforsker, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien i Region Sjælland.

## Referencer

- [1] A. Drago, T. N. Winding, and N. Antypa, "Videoconferencing in psychiatry, a meta-analysis of assessment and treatment," *European Psychiatry*, vol. 36. pp. 29–37, 2016, doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.03.007.
- [2] A. B. Batastini, P. Paprzycki, A. C. T. Jones, and N. MacLean, "Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice," *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 83, p. 101944, Feb. 2021, doi: 10.1016/j.cpr.2020.101944.
- [3] A. K. Giovanetti, S. E. Punt, E.-L. Nelson, and S. S. Ilardi, "Teletherapy Versus In-Person Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials," doi: 10.1089/tmj.2021.0294.
- [4] F. A. Moreno, J. Chong, J. Dumbauld, M. Humke, and S. Byreddy, "Use of standard webcam and internet equipment for telepsychiatry treatment of depression among underserved hispanics," *Psychiatr. Serv.*, vol. 63, no. 12, pp. 1213–1217, Dec. 2012, doi: 10.1176/APPI.PS.201100274/FORMAT/EPUB.
- [5] I. Hungerbuehler, L. Valiengo, A. A. Loch, W. Rössler, M. ; Wagner, and F. Gattaz, "Home-Based Psychiatric Outpatient Care Through Videoconferencing for Depression: A Randomized Controlled Follow-Up Trial," doi: 10.2196/mental.5675.
- [6] S. Watts *et al.*, "Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance," *J. Psychother. Integr.*, vol. 30, no. 2, p. 208, Jun. 2020, doi: 10.1037/INT0000223.
- [7] L. A. Morland *et al.*, "TELEMEDICINE VERSUS IN-PERSON DELIVERY of COGNITIVE PROCESSING THERAPY for WOMEN with POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A RANDOMIZED NONINFERIORITY TRIAL," *Depress. Anxiety*, vol. 32, no. 11, pp. 811–820, Nov. 2015, doi: 10.1002/DA.22397.
- [8] J. H. Shore, "Best Practices in Tele-Teaming: Managing Virtual Teams in the Delivery of Care in Telepsychiatry," *Curr Psychiatry Rep*, vol. 21, no. 8, p. 77, 2019, doi: 10.1007/s11920-019-1052-x.
- [9] K. Marton and N. Kanas, "Telehealth Modalities for Group Therapy: Comparisons to In-Person Group Therapy," 2016, doi: 10.1080/00207284.2015.1096109.

- [10] D. M. Hilty, N. Sunderji, S. Suo, S. Chan, and R. M. McCarron, "Telepsychiatry and other technologies for integrated care: evidence base, best practice models and competencies," *Int Rev Psychiatry*, vol. 30, no. 6, pp. 292–309, 2018, doi: 10.1080/09540261.2019.1571483.
- [11] R. O'Reilly, J. Bishop, K. Maddox, L. Hutchinson, M. Fisman, and J. Takhar, "Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial," *Psychiatr. Serv.*, vol. 58, no. 6, pp. 836–843, 2007, doi: 10.1176/PS.2007.58.6.836.
- [12] J. Chong and F. Moreno, "Feasibility and acceptability of clinic-based telepsychiatry for low-income Hispanic primary care patients," *Telemed. J. E. Health.*, vol. 18, no. 4, pp. 297–304, May 2012, doi: 10.1089/TMJ.2011.0126.
- [13] K. P. Maieritsch, T. L. Smith, J. D. Hessinger, E. P. Ahearn, J. C. Eickhoff, and Q. Zhao, "Randomized controlled equivalence trial comparing videoconference and in person delivery of cognitive processing therapy for PTSD," *J. Telemed. Telecare*, vol. 22, no. 4, pp. 238–243, 2016, doi: 10.1177/1357633X15596109.
- [14] J. C. Fortney *et al.*, "Practice-based versus telemedicine-based collaborative care for depression in rural federally qualified health centers: a pragmatic randomized comparative effectiveness trial," *Am. J. Psychiatry*, vol. 170, no. 4, pp. 414–425, Apr. 2013, doi: 10.1176/APPI.AJP.2012.12050696.
- [15] S. S. Naik, N. Manjunatha, C. N. Kumar, S. B. Math, and S. Moirangthem, "Patient's Perspectives of Telepsychiatry: The Past, Present and Future," *Indian J Psychol Med*, vol. 42, no. 5 Suppl, pp. 102S-107S, 2020, doi: 10.1177/0253717620963341.
- [16] A. P. Sunjaya, A. Chris, and D. Novianti, "Efficacy, patient-doctor relationship, costs and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review," *Trends Psychiatry Psychother*, vol. 42, no. 1, pp. 102–110, 2020, doi: 10.1590/2237-6089-2019-0024.
- [17] D. D. Luxton, L. D. Pruitt, A. Wagner, D. J. Smolenski, M. A. Jenkins-Guarnieri, and G. Gahm, "Home-based telebehavioral health for U.S. military personnel and veterans with depression: A randomized controlled trial," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 84, no. 11, pp. 923–934, Nov. 2016, doi: 10.1037/CCP0000135.
- [18] A. Ignatowicz *et al.*, "Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: A review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations," *Digit Heal.*, vol. 5, p. 2055207619845831, 2019, doi: 10.1177/2055207619845831.
- [19] T. Lamb, N. A. Pachana, and N. Dissanayaka, "Update of Recent Literature on Remotely Delivered Psychotherapy Interventions for Anxiety and Depression," *Telemed J E Heal.*, vol. 25, no. 8, pp. 671–677, 2019, doi: 10.1089/tmj.2018.0079.
- [20] B. Harerimana, C. Forchuk, and T. O'Regan, "The use of technology for mental healthcare delivery among older adults with depressive symptoms: A systematic literature review," *Int J Ment Heal. Nurs*, vol. 28, no. 3, pp. 657–670, 2019, doi: 10.1111/inm.12571.
- [21] S. L. Connolly, C. J. Miller, J. A. Lindsay, and M. S. Bauer, "A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing," *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, vol. 27, no. 2, 2020, doi: 10.1111/cpsp.12311.
- [22] L. F. Christensen, A. M. Moller, J. P. Hansen, C. T. Nielsen, and F. A. Gildberg, "Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with unipolar depression: A systematic review," *J Psychiatr Ment Heal. Nurs*, vol. 27, no. 3, pp. 258–271, 2020, doi: 10.1111/jpm.12574.

- [23] I. Reinhardt, E. Gouzoulis-Mayfrank, and J. Zielasek, "Use of Telepsychiatry in Emergency and Crisis Intervention: Current Evidence," *Curr Psychiatry Rep*, vol. 21, no. 8, p. 63, 2019, doi: 10.1007/s11920-019-1054-8.
- [24] J. S. Gardner, B. E. Plaven, P. Yellowlees, and J. H. Shore, "Remote Telepsychiatry Workforce: a Solution to Psychiatry's Workforce Issues," *Curr Psychiatry Rep*, vol. 22, no. 2, p. 8, 2020, doi: 10.1007/s11920-020-1128-7.
- [25] K. E. Cowan, A. J. McKean, M. T. Gentry, and D. M. Hilty, "Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers," *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 94, no. 12, pp. 2510–2523, 2019, doi: 10.1016/j.mayocp.2019.04.018.
- [26] S. E. Hyler, D. P. Gangure, and S. T. Batchelder, "Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies," *CNS Spectrums*, vol. 10, no. 5. Cambridge University Press, pp. 403–413, 2005, doi: 10.1017/s109285290002277x.
- [27] L. Payne *et al.*, "Business as usual? Psychological support at a distance," *Clin Child Psychol Psychiatry*, vol. 25, no. 3, pp. 672–686, 2020, doi: 10.1177/1359104520937378.
- [28] A. Lopez, S. Schwenk, C. D. Schneck, R. J. Griffin, and M. C. Mishkind, "Technology-Based Mental Health Treatment and the Impact on the Therapeutic Alliance," *Curr Psychiatry Rep*, vol. 21, no. 8, p. 76, 2019, doi: 10.1007/s11920-019-1055-7.
- [29] G. Guaiana, J. Mastrangelo, S. Hendrikx, and C. Barbui, "A Systematic Review of the Use of Telepsychiatry in Depression," *Community Ment Heal. J*, vol. 57, no. 1, pp. 93–100, 2021, doi: 10.1007/s10597-020-00724-2.
- [30] R. Morriss *et al.*, "Clinical and economic outcomes of remotely delivered cognitive behaviour therapy versus treatment as usual for repeat unscheduled care users with severe health anxiety: a multicentre randomised controlled trial," doi: 10.1186/s12916-019-1253-5.

