

# NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM

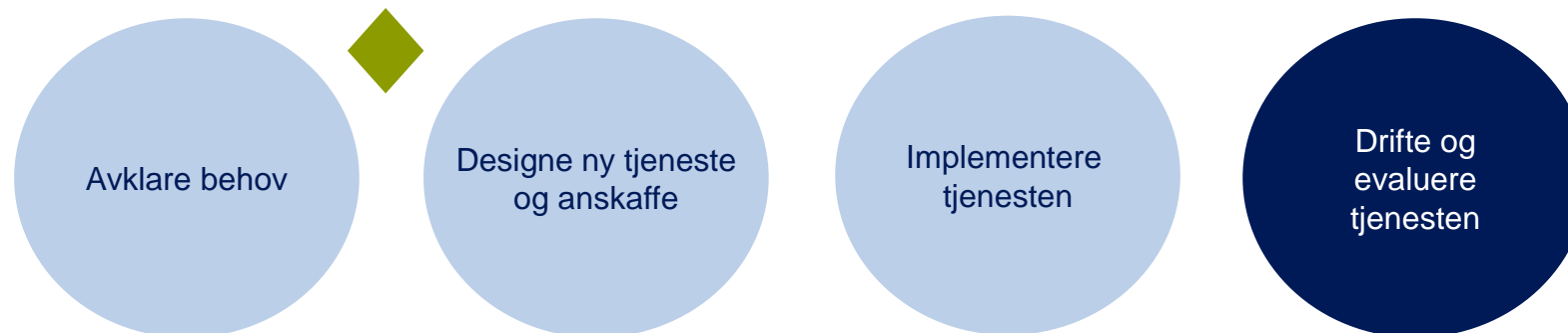
---

## Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon

*Robert Högvall*

# Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon

- **Målgruppe** er for de som skal innføre videokommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten.
- **Bakgrunnen for utarbeidelse** av guiden er behov som er kartlagt i en spørreundersøkelse av kommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.
- **Guiden er basert på** erfaringer fra kommuner i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som har tatt i bruk videokommunikasjon.
- **Hensikten** er å gi steg for steg veiledning fra behovsfasen til videokommunikasjon er satt i drift som en naturlig del av tjenesten.
- **Kvikk-guiden bygger på** KS sitt veikart for tjenesteinnovasjon og Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser, og må sees i sammenheng med Direktoratet for e-helses krav ved bruk av videokommunikasjon, og tidligere Kvikk-guider.
- **Praktisk bruk av kvikk-guiden**
  - Guiden er inndelt i fire hovedfaser med ett beslutningspunkt illustrert i figuren under.
  - Inneholder veiledning, eksempler, verktøy og sjekklister.



# Guiden inneholder

- **Praktiske råd og veiledning om:**

- ✓ Å finne riktige brukergrupper.
- ✓ Kartlegge tjenesten og nytteverdi.
- ✓ Kartlegge behov og krav til teknisk løsning.
- ✓ Gjennomføre risikovurdering og anskaffelse
- ✓ Planlegge implementering og utarbeide rutiner.
- ✓ Implementere, drifte og evaluere tjenesten.

- **Eksempler fra kommuner.**

- **Verktøy og linker.**

### GJENNOMFØRE RISIKOVURDERING

Ved implementering av tjenester med videokommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten skal det gjøres en risikovurdering. Tjenestene kan bli benyttet til utveksling av sensitiv informasjon (spesielt helseopplysninger), enten kommunikasjonen skjer mellom tjenestemottakere og helse- og omsorgstjenesten eller mellom helsepersonell. Videokommunikasjon er også avhengig av sikker og stabil nettverksforbindelse for å kunne overføre lyd og bilde med akseptabel kvalitet.

**Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS):**

- Gjennomfør en risiko- og sårbarhetsanalyse hvor dere kartlegger sannsynligheten og konsekvensen for uønskede hendelser i forbindelse med bruk av videokommunikasjonsløsninger. Eksempler på slike hendelser kan være manglende teknisk brukerkompetanse, at sensitive opplysninger kommer på avveie, avlytning av samtale eller nettverkskvitt som fører til at videosamtalen ikke er mulig å gjennomføre.
- Ta utgangspunkt i Normens Faktaark 54 – Videokonsultasjon hvor det er angitt flere eksempler på scenarier som kan risikovurderes. Her ligger det også en sjekkliste for gjennomgang av krav til videoløsninger.
- Utarbeid risikoreduerende tiltak for å redusere risikoen og vurder hvilke risikoen som må kontrolleres og i hvilken rekkefølge de skal håndteres.

**Personvern og konfidensialitet**

- Ved vurdering av risiko knyttet til bruk av videoløsninger er det spesielt viktig å tenke på trusler mot konfidensialitet, med tanke på at det er betydelig mer utfordrende å vite hvem som tar del av en videosamtale sammenlignet med et fysisk møte.
- Faktaark 54 har en utførlig liste med risikoscenarier knyttet til konfidensialitet ved bruk av videoløsninger.

**Personvernkonskvensvurdering (DPIA)**

- Viktsksheten skal vurdere konsekvenser for personvernet til de som er involvert i videokonsultasjonen. Hvis det er sannsynlig at en behandling medfører høy risiko for de involverte, skal viktsksheten gjennomføre en mer grundig personvernkonskvensvurdering, også kalt DPIA eller personvernforsordningens artikkel 35. Vurderingen skal dokumenteres.

**Spesielt om risikovurdering og covid-19**

- Den pågående pandemisituasjonen gjør at det kan være stort behov for å komme raskt i gang med videoløsninger i helse- og omsorgstjenesten. I noen tilfeller vil det kanskje være en forutsetning for å kunne yte helsehjelp til tjenestemottakere som er spesielt utsatt for smittebredning. Kommunen må da foreta en vurdering av hvordan man best yter forsvarlig helsehjelp og samtidig ivaretar krav til personvern og informasjonssikkerhet.
- Definer hvilke risikoen som definert er **uakseptable** i forbindelse med å ta i bruk videoløsninger. Nyttige verktøy her er Normens Faktaark 54 – Videokonsultasjon og Faktaark 5 – Fastsette nivå for akseptabel risiko.
- Utarbeid tiltak for å redusere disse risikoen og gjør en endelig evaluering av om risikoenivået er akseptabelt.

**Verktøy**

- Mal for risikovurdering med eksempler på uønskede hendelser knyttet til bruk av video-, lyd- og bildeopptak (se vedlegg b).
- Redigerbar mal for risikovurdering fra Veileder Video-lyd og bildeopptak i helse- og omsorgstjenesten.
- IRI-N. Overordnet risikovurdering knyttet til bruk av videokonsultasjon.
- Normen Faktaark 5 – Fastsette nivå for akseptabel risiko.
- Normen Faktaark 54 – Videokonsultasjon.
- Kvalitetsliste til behandling av personopplysninger.

**Sjekkliste**

- ROS-analyse er utarbeidet.
- Vurdert behovet for å gjennomføre DPIA, og evt. utarbeidet DPIA.

**Beslutning**

- ♦ Er den overordnede risikoen på et akseptabelt nivå etter at risikoreduerende tiltak er satt inn?

**«Konfidensialitet i møtet er viktig. Har man rett pasient foran seg? Dette må innarbeides i rutiner. Det må ikke komme uvedkommende inn i møtene. Vi har funksjonalitet for låsing av romme.»**

Inføringsansvarlig for videoløsning

# Video kan brukes til:

- **Erstatte fysiske besøk:** Tjenester som tilsyn, rådgivning, påminnelser og rehabilitering kan erstattes med video
- **Tjenestemottakere som er utsatt for smitterisiko:** Opprettholde tjenestetilbudet til de som ikke bør ha fysiske besøk
- **Tjenestemottakere som er isolert:** Motvirke ulemper som følge av sosial isolasjon
- **Bedre ressursutnyttelse i tjenesten:** Ved å erstatte fysiske besøk med video kan man redusere belastningen i tjenesten. Videobesøk kan også utføres av personale i karantene.

**AVKLARE BRUKERGRUPPER MED STØRST NYTTEPOTENSIALE**

Videokommunikasjon kan bidra til en enklere hverdag for både innbyggere og helsepersonell. Start med å identifisere hvilke brukergrupper og tjenesteområder som har størst nytte av å ta i bruk videokommunikasjon.

Hvilken videoløsning kommunen bør velge avhenger av brukerbehov, hva løsningen skal brukes til, og hvem det skal kommuniseres med. Avklar derfor brukergrupper og bruksområder før du går i gang med anskaffelse og implementering.

Denne fasen gir en stegvis beskrivelse til hvordan du avklarer behov og hvilke vurderinger som bør tas før kommunen velger løsning per bruksområde. Bakgrunnen beskriver fire bruksområder for videokommunikasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kommunikasjon mellom:

- hjemmeboende tjenestemottakere og tjenesten
- beboer på institusjon og tjenesten
- beboer på institusjon og pårørende
- helsepersonell i tjenesten

**Hjemmeboende tjenestemottakere**

- **Brukere som mottar fysiske besøk fra helsepersonell:** En del brukere mottar fysiske besøk som kan erstattes helt eller delvis av videokommunikasjon. Eksempler på slike tjenester er tilsyn, rådgivning, påminnelser, oppfølging av sårbehandling, rehabilitering med mer. De fysiske besøkene kan kuttes helt ut, eller man kan kutte inn fagpersonnesetlet under besøket slik at brukeren unngår forflytning for å møte opp til konsultasjon.
- **Brukere som er utsatt for smitterisiko:** Noen brukere vil eller bør ikke ha fysiske besøk fra helsepersonell på grunn av risiko for smittespredning. Bruk av videokommunikasjon kan bidra til å opprettholde tjenestetilbudet og redusere belastning på tjenesten ved ressursmangel.
- **Brukere som er utsatt for sosial isolasjon:** Noen brukere opplever ensomhet og føler seg isolerte fra kontakt med pårørende og andre i nettverket sitt. Videokommunikasjon kan bidra til å forebygge ensomhet, psykiske plager, skape trygghet og opprettholde av sosial kontakt.
- **Brukere som mottar tjenester for rehabilitering eller kommunal fysioterapi og ergoterapi:** Videokommunikasjon gir større mulighet for samhandling og tverrfaglighet mellom brukeren, fagpersonell og pårørende. Tjenester med video kan eksempelvis benyttes til å kvalitetssikre rehabiliteringsaktiviteter.
- **Brukere som mottar tjenester innen psykisk helse og rus:** Under covid-19 har enkelte kommuner sett seg nødt til å redusere tjenestetilbudet. Videobesøk kan flere steder være den eneste muligheten til å opprettholde tjenesten.
- **Brukere som mottar koordinerte tjenester:** Bruk av video gir større mulighet for tverrfaglighet og samhandling med flere fagpersoner rundt brukere som mottar bistand på grunn av kroniske tilstander (demenskoordinatør, kreftkoordinatør, koordinatør og individuell plan).
- **Besøk på helsestasjon og helsejeneste for flyktinger:** En annen eksempel på tjenester hvor video kan benyttes for å hindre smittespredning under covid-19 og unngåelse av reis- og ventetid.
- **Brukere av lavterskeljenester:** Tilbud for sosial kontakt og aktiviteter som eldrecenter og friskole er et i mange kommuner stengt under covid-19-pandemien. Videokommunikasjon kan bidra til å opprettholde disse tilbudene helt eller delvis.

3

# Linker og kontaktinformasjon

- [Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon.](#)

Se også tidligere Kvikk-guider:

- [Kvikk-guide for velferdsteknologi.](#)
- [Kvikk-guide til behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi.](#)
- [Kvikk-guide til anskaffelse av velferdsteknologi.](#)

**Kontaktinformasjon:**

[velferdsteknologi@paconsulting.com](mailto:velferdsteknologi@paconsulting.com).



# Spørsmål og svar

