

# Innføring av videoløsning i akuttmottaket – Diakonhjemmet Sykehus

Rapport utarbeidet av Innomed 2021



# Innhold

1. Sammendrag
2. Bakgrunn og metode
3. Erfaringer fra andre land
4. Funn fra innsiktsarbeidet
5. Guide for innføring av videokommunikasjon
6. Vedlegg



# Sammendrag

---

- InnoMed har fra september 2020 til februar 2021 veiledet akuttmottaket på Diakonhjemmet (heretter AKU) med innføring av videokommunikasjon mellom pasient på smittevernsrom og personal som ikke er i smittesone.
- AKU opplevde i forbindelse med Covid-19 pandemi og høy smitteberedskap stort arbeidspress og høyt forbruk av smittevernsutstyr. AKU søkte prosjektstøtte fra InnoMed for å ta i bruk teknologi til å avlaste personellet og redusere forbruket av smittevernsutstyr.
- InnoMed gjennomførte innsikt i eksisterende pasientforløp og arbeidsprosesser ved AKU. Det ble gjort innsiktsintervjuer med personalgruppen, og det ble gjennomført kartlegging av arbeidsflyt.
- InnoMed bistod med risikovurdering og behovskartlegging før testing av videoløsning, samt med å gjøre innsikt i erfaringer og behov under og etter testing.
- Som resultat av prosjektet besluttet AKU å permanent ta i bruk video på pasientrom. Det besluttet innkjøp og installasjon av KOMP-enheter fra No Isolation på alle pasientrom.

# Bakgrunn og metode

---

# Bakgrunn

---

- AKU opplever i forbindelse med corona-pandemien utfordringer med å gi omsorgsfull og forsvarlig hjelp til pasientene.
- Det er særlig håndtering av smittevernregimer som fører til økt belastning for alle personalgrupper, herunder fare for redusert omsorg for pasientene.
- En særlig belastning er å ivareta pasienter med uavklart smittestatus som ligger isolert i enerom i akuttmottaket i påvente av avklaring fra lege.
- En annen utfordring er å håndtere mottak av uavklarte pasienter som selv melder seg utenom ambulanseinngangen, samt å ivareta flyt fra corona-telt i ambulanseinngang og inn i akuttmottaket.
- Ressurssituasjonen ble forverret etter at hurtigtester for corona ikke lenger var tilgjengelige fra leverandør, noe som førte til at svar på testresultat økte fra 90 minutter til 7-8 timer.
- AKU har noe teknologisk infrastruktur på plass, bl.a. elektronisk monitoreringssystem for alle pasientrom og pasientvarslingssystem, men flere ansatte påpeker mangel på elektronisk toveiskommunikasjon mellom pasient isolert i smitterom og helsepersonell som befinner seg utenfor.

# Metode og prosess

## Kvalitative data

Det ble gjennomført intervjuer med følgende aktører:

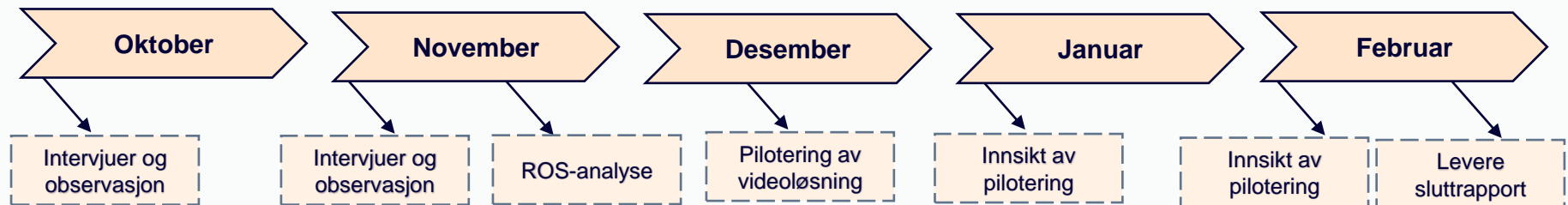
- Avdelingsleder
- Ledende sykepleier
- Koordinator i AKU
- Leger
- Sykepleiere
- Tekniske assistenter (Hjelpepleiere)
- IKT-avdelingen

Det ble også innhentet innsikt gjennom observasjoner på avdelingen



## Prosess

Prosjektet har hatt en total løpetid på 5 måneder fra oktober til februar med fratrekk av høstferien i oktober måned og juleferien i desember måned.



# Erfaringer fra andre land

---

# Pasienter opplever økt ensomhet under innleggelse

## Erfaringer fra Danmark

- Covid-19 pasienter innlagt på sykehus rapporterte en sterk følelse av ensomhet.
- Denne ensomhetsfølelsen ble forsterket av måten pasientene ble møtt på av personalet:
  - «ser ikke ansiktet til personalet»
  - «får ingen menneskelig nærkontakt»
  - «opplevelse av å bli snakket til gjennom en luke»
  - «klarer ikke å skille personalet fra hverandre når de er ikledd smittevernsutstyr»

Kilde: forskning.no

## Erfaringer fra Italia

- 55% av pasientene som mottok sykehusbehandling for Covid-19 led av psykiske lidelser en måned etter behandling:
  - 28% led av PTSD
  - 31% hadde depresjon
  - 42% led av angst
- I tillegg led 40 % av pasientene av søvnløshet og 20% led av tvangslidelser.
- De psykiatriske konsekvensene ble tilknyttet både immunresponsen på selve viruset og psykologiske stressfaktorer som sosial isolasjon.

Kilde: San Raffaele Scientific Institute



# Ved akuttmottaket i Drammen er det laget sluser for å unngå smitte

- Ved akuttmottaket på Drammen sykehus ble det gjennomført en storstilt ombygging, slik at sykehuset i dag har tre komplette og separate akuttmottak med til sammen 50 undersøkelsesrom.
- I teltene utenfor akuttmottaket blir pasientene først triagert før de blir ført inn på avdelingen.
- Sluser er bygd for å skille tydelig mellom rent og kontaminert område.
- Inn mot Covid-rommet har man laget en sluse. På denne måten slipper man å åpne døren hver gang sånn at man kan gi blodprøver, medisin og andre ting som personalet/pasienten trenger igjennom denne.



# Videoløsning ble installert på 8 dager ved akuttmottaket på Stanford Health Care Hospital

- Akuttmottaket på Stanford Health Care Hospital installerte iPad for bruk av video mellom pasient og helsepersonell den 28.mars 2020.
- 120 sentralstyrte ipader ble installert på rommene til isolerte pasienter.
- Stanford estimerer at de sparer 80-120 smittevernsdrakter per dag grunnet videoløsningen.
- Tilbakemeldingen fra pasientene er at de føler seg mer ivaretatt og betrygget ved at de får se ansiktet til helsepersonellet som bistår dem.
- I tillegg er risikoen for smitte for helsepersonell kraftig redusert.

Kilde: Stanford Medicine



# Funn fra innsiktsarbeidet

---

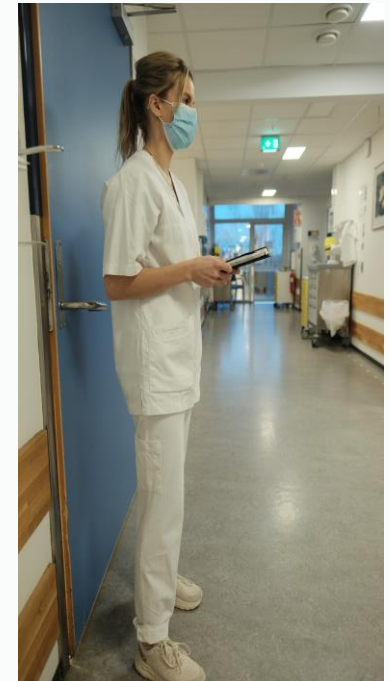
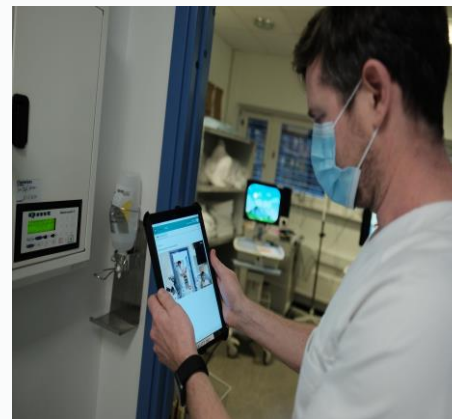
# Kort om innsiktsarbeidet

---

I de neste slidene presenteres funnene fra de ulike delene av innsiktsarbeidet.

Innsiktsarbeidet ble gjennomført i tre ulike stadier av prosjektet:

- **1)** Innledende innsiktsarbeid før utprøving av video
- **2)** Innsiktsarbeid i startfasen av utprøvingen av video
- **3)** Innsiktsarbeid på slutten av utprøvingen av video



# Innledende innsiktsarbeid

---

# Smittevernutstyr kommer ofte i veien for omsorgsfull helsehjelp

---

## Sentrale funn

- Smittevernutstyr utgjør alltid en fysisk barriere mellom helsepersonell og pasient som vanskeliggjør omsorgsfull kommunikasjon
- Smittevern og dårlig tilrettede lokaler gjør det vanskelig for helsepersonell å tilrettelegge for trygghet og etablering av tillit før skifte til smittevern
- Pasientopplevelsen kan bedres ved at helsepersonellet får presentert seg uten maske.
- Pasienter med nedsatt hørsel, syn, kognitiv funksjon har behov for forsterket kommunikasjon

«Det kan gå timevis fra en pasient kommer inn i mottaket til de ser et normalt ansikt»

- Sykepleier

## Behov

- Det er behov for mulighet til å yte mer effektiv helsehjelp til tross for smitteverntiltak
- Det er behov for at helsepersonellet får presentert seg til uavklarte pasienter uten at de har på seg smittevernutstyr
- Det er behov for å ivareta særlig sårbare pasienter med nedsatt hørsel, syn eller kognitiv funksjon

# Ressurskrevende smittevernregime fører til mindre dialog med uavklarte pasienter

---

## Sentrale funn

- Flere av de ansatte i akuttmottaket har vært sykmeldt på grunn av den store påkjenningen det er med skifting inn og ut av smittevernutstyr
- Personal har færre besøk inne hos uavklarte pasienter nå enn tidligere
- LIS1 får ikke opplæring i smittevern, og kunne vært mer effektive

«Vi går bare inn til pasient dersom det er høyst nødvendig»

- Sykepleier

## Behov

- Det er behov for å lette arbeidsbyrden for flere av personalgruppene i akuttmottaket
- LIS1 har behov for mer opplæring i smittevern, evt. via digital kommunikasjon.

# Prosessen med å få avklart pasient i akuttmottak er tidkrevende og det er mange unødvendige ventefaser

## Sentrale funn

- Uavklarte smittepasienter må ofte vente opptil 3,5 time på prøvesvar
- Pasienter som det ikke haster med er de som må vente lengst
- Pasienter som mest sannsynlig skal hjemsendes må vente
- Kirurger som opererer bidrar i kun begrenset grad til avklaring av pasienter i akuttmottaket
- Vaktskifter er "nedetid" morgen (08-09) og ettermiddag (1530-1630), særlig vaktskiftet på medisin medfører ofte forsinkelser i pasientflyt

«Vi opplever ofte at vi må gå flere runder inn til pasienten for å ta etterrevirerte prøver»

- *Bioingeniør*

«Kirurgiske pasienter blir ofte liggende å vente i akuttmottaket mens kirurgen opererer»

- *Teknisk assistent*

## Behov/mulig løsning

- Det er behov for at pasienter kan kontakte helsepersonell via en digital kanal og uten at helsepersonellet må skifte til smittevernutstyr.
- Det er behov for at pasientflyten opprettholdes også under vaktskiftene, særlig på medisin
- Det er behov for bedre kommunikasjon mellom vakthavende kirurg og LIS1



# Flere av personalgruppene er overbelastet i dag, og kan ikke ta på seg ekstra oppgaver

## Sentrale funn

- Triageteamet må koordinere seg i stor grad, noe som er krevende
- LIS1-legene får problemer med å ta unna pasienter når ikke bakvakten er tilgjengelig
- Leger finner ikke utstyr på rommene, og må kontakte støttepersonell for hjelp
- Både triageteam og pasientansvarlig sykepleier må purre på leger for å få fortgang i pasientflyten
- Medisinstudenter får ofte mangelfull oppfølging og fører til forsinkelser i pasientflyt
- Koordinatorrollen er overbelastet med dagens system, og kan ikke påta seg ekstraoppgaver

«Koordinator har nok å gjøre med de arbeidsoppgaver som foreligger allerede »

- Sykepleier

## Behov

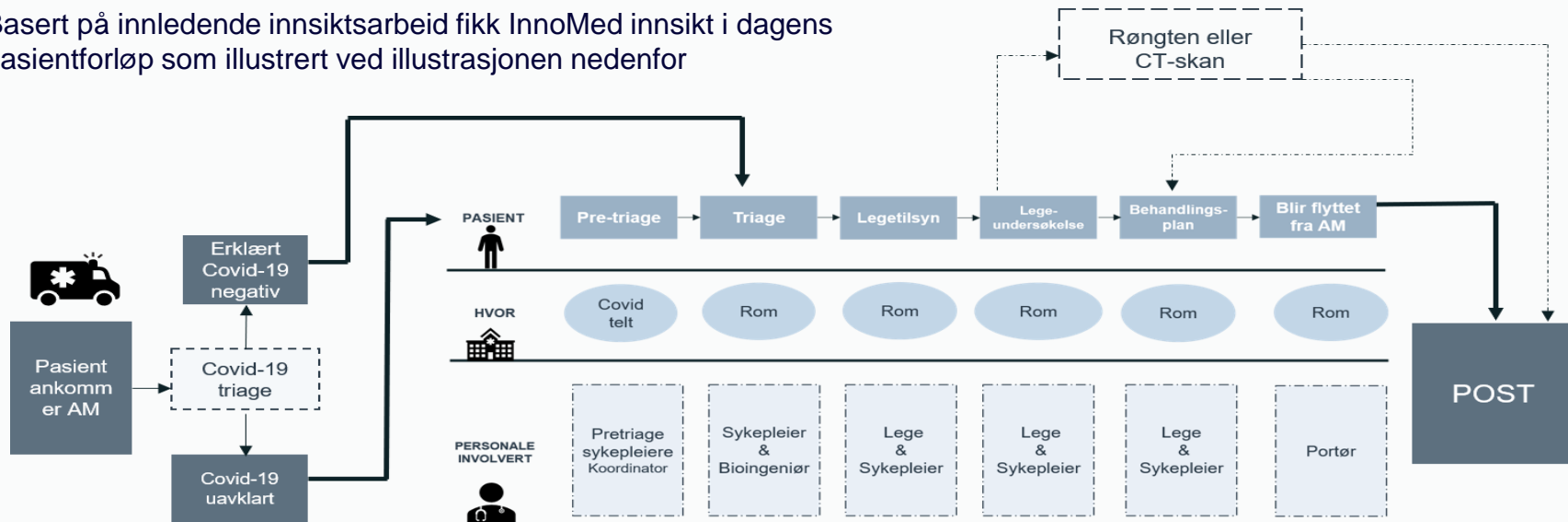
- Det er behov for at flere av personalgruppene kan søke avlastning/veiledning via teknologiske løsninger
- Kameraløsning i triage-teltet kan bidra til effektivisering av roller, slik at den som har triage kan få bedre oversikt
- Digital mottaksløsning på gang utenfor blå dør bør effektiviseres slik at koordinators rolle lettes

# Oppsummering av innledende innsikt

## Hovedfunn

- Bruk av smittevernutstyr kommer ofte i veien for omsorgsfull helsehjelp
- Ressurskrevende smittevernregimer fører til mer sjelden dialog med uavklarte pasienter
- Prosessen med å få avklart pasient i akuttmottak er tidkrevende og det er mange unødvendige ventefaser
- Flere av personalgruppene er overbelastet i dag, og kan ikke ta på seg ekstra oppgaver

Basert på innledende innsiktsarbeid fikk InnoMed innsikt i dagens pasientforløp som illustrert ved illustrasjonen nedenfor



# Innsiktsarbeid under utprøving

---

# Video blir ikke brukt om den ikke er «fast» installert på et pasientrom

---

## Sentrale funn

- Det er travelt på avdelingen, video oppleves som en ny løsning som det ikke faller naturlig å ta i bruk enda.
- Det kan oppleves tidskrevende å måtte hente KOMP-enheten på lageret og sette den inn på et pasientrom hver gang den skal brukes.
- Det går tid til å lete etter Ipad eller telefon, da er det enklere å bare droppe å bruke video.

«Det er ofte så hektisk at vi ikke kommer på at vi kan bruke video i det hele tatt»

- Sykepleier

## Behov

- Det er behov for å forankre bruk av videoløsning i enda større grad på avdelingen.
- Det oppfordres at alle ansatte på avdelingen tester ut løsningen for å skaffe forståelse for hvor enkel løsningen er å ta i bruk.
- Det er behov for å installere KOMP-enhet fast på pasientrom slik at personale slipper bytte ved hvert pasientskifte.

# Når man først tar video i bruk, så er det enkelt å bruke løsningen og det er få tekniske problemer

## Sentrale funn

- Når ansatte først har tatt i bruk videoløsningen, så er responsen at løsningen er enkel å ta i bruk.
- Det er få tekniske problemer ved bruken av videoløsningen.
- Av og til må man skrive inn passordet to ganger, men dette har ikke ført til store komplikasjoner.
- Det er noen fra avdelingen som har blitt utnevnt som superbrukere av løsningen. Disse tar ansvar for å vise og lære opp andre personale i å ta i bruk videoløsningen.
- Telefon fungerer best ved bruk – Ipad er for stor å ha i lommen.

«Det er overraskende hvor enkelt det er å ta i bruk videoløsningen»

- Sykepleier

## Behov

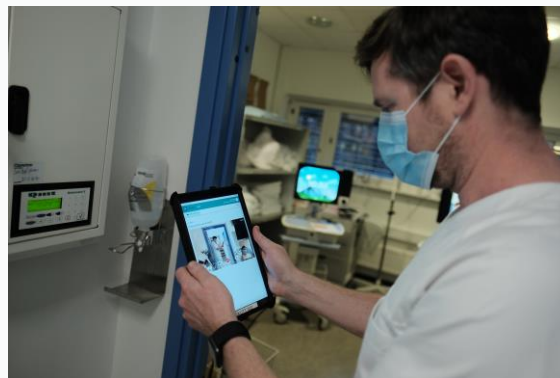
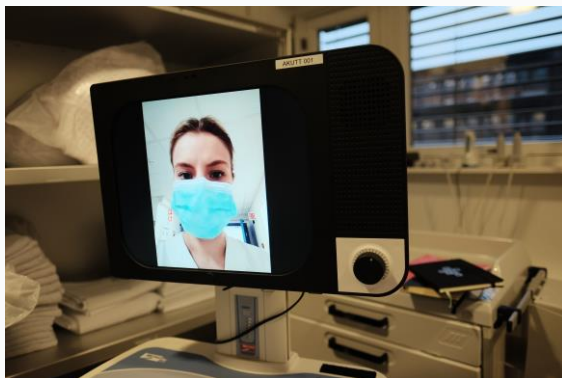
- Det er per nå ikke behov for å gjennomføre store endringer ved løsningen.
- Det er behov for å gå over til å kun bruke telefon og ikke Ipad.
- Et fremtidig behov kan være å se på muligheten for å unngå å måtte skrive inn passord på Ipad eller telefon ved bruk.

# Oppsummering av innsikt fra utprøving

---

## Hovedfunn

- Video blir ikke brukt om KOMP-skjermen ikke står «fast» installert på et pasientrom.
- Når man først tar video i bruk, så er det enkelt å bruke løsningen og det er få tekniske problemer.
- De pasientene som har fått brukt video har hatt positive opplevelser ved løsningen.
- Bruk av video fremkommer ikke som en naturlig del av arbeidsrutinene på avdelingen per nå.



# Innsiktsarbeid under sluttfasen av utprøving

# Bekymring om at video ikke fungerer for eldre pasienter stemmer ikke sikkert

## Sentrale funn

- Tilbakemeldinger fra pasienter som har brukt video er gode. Pasienter oppgir å føle seg tryggere og at de får se hele ansiktet til sykepleier, noe som oppleves omsorgsfullt.
- En hypotese før oppstart var at video grunnet lav teknologisk ferdighet ikke egner seg for eldre pasienter. Det er ikke mulig å fastslå basert på utprøvingen at bruk av video ikke fungerer for eldre pasienter.
- Blant brukerne var det for eksempel en pasient på over 80 år som var veldig motivert for å prøve ut video. Pasienten hadde fra før KOMP-enhet hjemme, og var vant til å kommunisere med familie gjennom video.

«Vi ble overrasket over at eldre pasienter var motiverte for å bruke video »

*Sykepleier*

## Behov

- Video bør vurderes for alle pasientgrupper, uavhengig av alder.
- Ved fortsatt bruk av video er det rimelig å forvente at pasienter vil føle en mer «personlig» behandling da de får mulighet til å se mimikk og ansiktsuttrykk til sykepleier som snakker med dem.
- Det er behov for mer kunnskap om hvordan ulike pasient- og aldersgrupper forholder seg til bruk av videoløsninger.



# Bruken av video fører til at man «orker» å stille de viktige spørsmålene

---

## Sentrale funn

- Tilbakemelding fra lege i AKU var at video gjorde det lettere å stille siste kontroll-spørsmål til pasient da man unngikk å måtte ikle seg smittevernsutstyr på ny.
- En urolig smitteisolert pasient ble åpenbart trygget av mulighet for hyppig kontakt med personale via video.
- Ved å bruke video kan man stille pasienten spørsmål i tilfeller der man er usikker eller ikke husker sentrale pasientopplysninger.

«Video gjør at man slipper å bruke tid på å kle på seg smittevernsutstyr, og vi får større mulighet til å stille pasienten de viktige spørsmålene»

- Sykepleier

## Behov

- Fortsatt bruk av video medfører at det fristilles tid for personalet – og at man på sikt kan få bedre oppfølging av pasienter når smittevernsutstyr ikke er nødvendig.
- Det er reelt behov for video som supplement til personlige konsultasjoner for å trygge pasienten i behandlingen samtidig som man avlaster personalet.

# Oppsummering av innsikt i sluttfasen

---

## Hovedfunn

- Det har blitt enklere å ta i bruk video etter at KOMP-enheten ble fast montert på pasientrom.
- Bruk av video effektiviserer pasientforløpet ved at man kan stille spørsmål for å avklare pasient videre til post uten å ikle seg smittevernutstyr.
- Erfaringen sålangt tilsier ikke at man kan avskrive alle utsatte pasientgrupper for bruk av video.
- De eldre pasientene som har testet løsningen har håndtert video svært bra.



# Guide for innføring av videokommunikasjon

---

# Kort om guiden for innføring av videokommunikasjon

---

- Det er utviklet en guide for innføring av video på AKU basert på erfaringene fra prosessveiledningen fra InnoMed.
- Guiden synliggjør og forklarer alle stegene som er blitt gjennomgått i denne prosessveiledningen. På denne måten fungerer guiden som både en beskrivelse av prosessveiledningen men også som et verktøy som kan brukes av andre som ønsker å ta i bruk video i pasientforløp.
- Guiden må sees på som en veiledning, og ikke som en fasit for andre prosjekter. Guiden må derfor justeres avhengig av konkrete forhold.



# Oversiktsbilde over videoguide for AKU



# Avklare behov

---

## Planlegge og etablere en struktur for behovsanalyse

- Ta stilling til hvilke interessenter som er involvert og vurder deres interesser og holdninger til innføring av video.
- Sentralt i planleggingen på AKU var informasjon om hvilke personalgrupper som var mulige å intervju og hvilke observasjoner det var tillatelse til å gjennomføre

## Gjennomføre interessentanalyse og behovsanalyse

- Etabler en struktur og plan for hvordan man skal analysere de ulike behovene og utarbeid en behovsanalyse.
- Det fremkom på avdelingen at de fleste var positive til implementering av video.

## Avklare brukergrupper med størst nyttepotensiale

- Avdelingen tar imot svært mange forskjellige pasientgrupper. Det var derfor viktig å innhente informasjon fra personalet om de forskjellige pasientgruppene, og hvilke grupper man så for seg at ville ha størst nytte av å ta i bruk video.

## Lage en pasientreise basert på behov

- Ved å lage en pasientreise på avdelingen fikk man en større forståelse for hvor flaskehalsene lå, og hvor video kunne spare tid eller være en mer effektiv løsning.

## Vurdere tekniske løsninger opp mot behovsanalysen

- Behovsanalyse avdekker om video kan være en løsning som passer inn på avdelingen.
- Vi fant at video både kunne lette på arbeidspresset samtidig som det ville ivareta pasienten på en god og i noen tilfeller bedre måte

# Gjennomføre anskaffelse

---

## Vurdere eksisterende tekniske løsninger

- Kartlegg hvilke tekniske løsninger som foreligger i organisasjonen fra før – ved AKU hadde de tilgang til Join fra Norsk Helsenett, men denne løsningen ble ikke valgt på grunn av manglende enkelhet i svarfunksjonalitet.

## Gjennomføre dialog med forskjellige leverandører

- I samarbeid med teknisk avdeling ble det gjennomført research og dialog med forskjellige leverandører om de ulike tekniske løsningene som finnes på markedet.
- De kartlagte behovene for løsningen var viktig å ta med seg inn i disse dialogene

## Utarbeide underlag og vurdere anskaffelsesregelverk

- Teknisk avdeling valgte å gå til anskaffelse av en ny løsning: KOMP fra No isolation.
- Det måtte utarbeides underlag for å anskaffe løsningen, og anskaffelse av løsningen var innenfor anskaffelsesregelverket på sykehuset.

## Komme til enighet om en prosedyre for anskaffelsen

- Utarbeide en prosedyre for anskaffelsen som ivaretar anskaffelsesreglene og økonomisk grunnlag.
- Det ble i samarbeid med teknisk avdeling enighet om valg av KOMP som løsning.

## Gjennomføre anskaffelsen

- Gjennomføre anskaffelse når dokumentasjon og anskaffelse er godkjent av relevante instanser – ved AKU gikk man innledningsvis til innkjøp av 2 stk KOMP-enheter

# Planlegge implementering

---

**Gjennomføre ROS-analyse og vurder personvern og informasjonssikkerhet**

- Det ble gjennomført en gjennomført en ROS-analyse i samarbeid med avdelingsleder og ledende sykepleier.
- Personvern og informasjonssikkerhet ble vurdert.

**Utpeke nøkkelpersonell til testfase**

- Utpeke nøkkelpersonell som deltar i hele prosessen fra planlegging til implementering.
- Avdelingsleder og ledende sykepleier ble utpekt som nøkkelpersonell og har bistått fra planlegging av implementering til implementering.

**Lage arbeidsprosesser og rutiner**

- Før utrulling av løsning må det utarbeides arbeidsprosesser og rutiner rundt implementeringen av løsningen.
- På AKU stod ledende sykepleier og avdelingsleder ansvarlig for utarbeidelsen.

**Planlegge utrulling av den teknologiske løsningen**

- Lage en plan for utrulling av video
- Ta hensyn til faktorer som hvilken dag og tidspunkt som passer best for utrulling

**Planlegge teknisk utstyr og plassering av løsningen**

- Gjennomføre en vurdering av hvilket ekstra utstyr og materiell som kreves før utrulling
- Det ble vurdert at de to KOMP-enhetene skulle plasseres på egnet ustysrom



# Implementere ny tjeneste

---

## Informere ansatte og brukere

- Informer alle involverte aktører om videoløsningen – ved AKU ble det informert om løsningen på avdelingsmøte hvor ansatte fikk mulighet til å stille spørsmål.

## Gjennomføre opplæring

- Bruke tid på å gjennomføre en god og grundig opplæring med alle involverte.
- De ansatte fikk opplæring på avdelingsmøte og det ble også utpekt superbrukere av løsningen.

## Utarbeide veileder for bruk, før, under og etter konsultasjoner

- En veileder for bruk av KOMP var utarbeidet av og kunne brukes på avdelingen.
- Det ble utarbeidet rutiner for pasienter som kunne benytte seg av løsningen på avdelingen.

## Gjennomføre nullpunktsmålinger

- Gjennomføre nullpunktsmålinger før implementering av løsningen – på AKU var det ikke mulig å innhente disse målingene.
- Relevante tall å se på kan f.eks være tidsbruk per besøk hos pasient, bruk av smittevernsutstyr og pasienttilfredshet.

## Gjennomføre support og feilsøk etterhvert som feil oppstår

- Korrigere løsningen når det oppstår feil eller når veilederen avviker fra virkelig bruk.
- Det ble blant annet bestemt å flytte KOMP-skjermene inn på pasientrom.

# Evaluere implementeringen

---

## Justere bruken av tjenesten

- Evaluere og justere bruken av løsningen etter utttesting – på AKU ble det nødvendig å gå over til å bare bruke mobiltelefon og ikke tablet.

## Gjennomføre leverandørdialog om nødvendig

- Gjennomføre dialog med leverandør om ønskede endringer

## Innhente innsikt fra personalet og brukere av ny løsning

- Innhente innsikt fra uttestingen av løsningen ved hjelp av intervju og observasjon – på AKU ble det gjort innsikt underveis i testingen.

## Gjennomføre effektmålinger

- Gjennomføre effektmålinger av samme tall som ved nullpunktsmålingene – dette ble ikke mulig å gjennomføre ved AKU grunnet økning i generelt smittetrykk i fbm. Covid-19.

## Evaluere bruken av tjenesten

- Gjennomføre evaluering av om løsningen har fungert som tiltenkt.
- På AKU ble det bestemt å skalere bruken, og de gikk derfor til innkjøp av flere enheter.

# Forankring

---

For at implementeringen av en ny tjeneste skal bli vellykket, må det fra første stund være fokus på forankring av tjenesten mot alle involverte aktører. Forankring er en langsgående prosess som må prioriteres fra første stund.

## 1) Kartlegg aktører som er pådrivere av tjenesten:

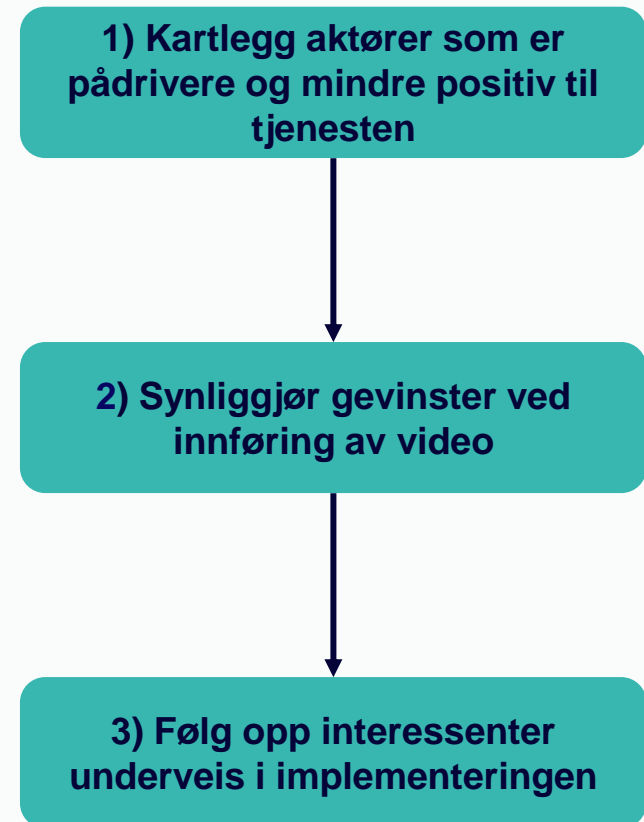
Et viktig ledd i forankringen er å identifisere pådrivere av innføring av tjenesten. Disse må brukes aktivt i forankringsarbeidet. På AKU ble avdelingsleder og ledende sykepleier valgt som pådrivere. Det ble i tillegg valgt ut superbrukere – dette ble viktig for å få testet ut løsningen i stor nok grad.

## 2) Synliggjør gevinster ved innføring av video:

Det er viktig å synliggjøre gevinstene som innføring av løsningen skaper. Gevinstene må synliggjøres for alle de ulike aktørene, og vil ofte variere basert på målgruppen man ønsker å synliggjøre dem for. Arbeid med å synliggjøre potensielle fordeler ved innføring av video var et viktig fokus under hele utprøvingen.

## 3) Følg opp interessenter underveis i implementeringen:

Det er viktig å identifisere og observere de ulike aktørenes innstilling til innføring av tjenesten. De ansattes sin innstilling til løsningen ble kontinuerlig evaluert ved at det ble gjennomført innsikt underveis i utprøvingen.



# Gevinstrealisering

---

Å jobbe med målinger og fremvisning av gevinster er viktig. Dette gjelder både i arbeidet mot beslutningstagere som skal ta vurdering om man skal innføre en ny tjeneste, men også mot aktører som skal jobbe med den nye tjenesten.

Gevinstkartlegging er en langsgående prosess som må prioriteres under hele prosessen med innføring av en ny tjeneste.

## 1) Kartlegg hvilke gevinster som er ønskelig å oppnå:

Man ønsker å innføre en ny tjeneste for å oppnå ulike gevinster. Disse må kartlegges. På AKU ble det fort etablert at innføring av video potensielt kunne lette på arbeidspresset for personale samtidig som det ville øke kvaliteten av behandlingen.

## 2) Gjennomfør nullpunktsmålinger og effektmålinger:

For å kunne måle effekten ved innføringen av en ny tjeneste må man gjennomføre nullpunktsmålinger og effektmålinger for å måle om tjenesten har gitt ønskede gevinster. På AKU var det ønskelig å innhente tall på smittevernsskift og tidsbruk tilknyttet dette.

## 3) Lag brukercaser som synliggjør gevinster:

For å kunne fortsette å ta i bruk tjenesten eller for å skalere bruken av tjenesten, så er det viktig at man synliggjør oppnådde gevinster i ulike brukercaser. De oppnådde gevinstene på AKU er kartlagt og representert i funnark.

1) Kartlegg hvilke gevinster som er ønskelig å oppnå

2) Gjennomfør nullpunktsmålinger og effektmålinger

3) Lag brukercaser som synliggjør gevinster

# Vedlegg

---

# ROS-analyse

---

## Risiko- og sårbarhetsanalyse for videotilsyn ved akuttmottaket – på pasientrom

Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoreduserende tiltak
1. Pasienten klarer ikke å varsle via video	Liten sannsynlighet	Lav konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortsette å bruke eksisterende varslingsystem</li> </ul>
2. Pasientens sykdom/tilstand er ikke egnet for bruk av videokommunikasjon	Liten sannsynlighet	Lav konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hver pasient vurderes individuelt med tanke på egnethet</li> </ul>
3. Pasienten kan bli observert uten at han eller hun er klar over det	Liten sannsynlighet	Moderat konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tydlig Informasjon til pasienten om at det vil bruk av video</li> <li>Informasjon inne på pasientrommet om at video er i bruk</li> <li>Presisere at opptak ikke blir gjort</li> </ul>
4. Bruk av utstyr inne på pasientrommet kan bidra til smittespredning	Liten sannsynlighet	Lav konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rutiner for rengjøring av utstyr mellom hver pasient</li> <li>Bruk av utstyr som kan vaskes (eksempelvis cover)</li> <li>Pasienten skal ikke berøre utstyr som brukes til videotilsyn</li> </ul>

Risikomatrixe					
Svært stor sannsynlighet					
Stor sannsynlighet					
Moderat sannsynlighet					
Liten sannsynlighet		1, 2, 4	3		
Meget liten sannsynlighet					
	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Moderat konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig konsekvens

## Risiko- og sårbarhetsanalyse for videotilsyn ved akuttmottaket – i avdelingen

Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoreduserende tiltak
5. Uvedkommende kan observere pasienten (se og/eller høre) via video	Liten sannsynlighet	Alvorlig konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det benyttes dedikert utstyr til videosamtaler</li> <li>• Utstyr som benyttes til videosamtaler plasseres slik at ikke uvedkommende kan se eller høre videosamtalen</li> <li>• Autentisering med brukernavn og passord under utprøvingen, ved utbredelse av løsning brukes autentisering med ID-kort</li> <li>• Løsningen som brukes må oppfylle virksomhetens krav til informasjonssikkerhet</li> </ul>
6. Helsepersonell kan overse viktige symptomer eller vitale tegn til forverring ved bruk av video	Liten sannsynlighet	Lav konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienten kobles opp på overvåkingsutstyr</li> <li>• Det gjennomføres et fysisk tilsyn med triagering initialt som tidligere</li> <li>• Videotilsyn endrer ikke frister for fysisk tilsyn fra lege</li> </ul>
7. Utstyr som brukes av flere helsepersonell hvilket kan føre til smittespredning	Liten sannsynlighet	Moderat konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutiner for rengjøring</li> <li>• Bruk av utstyr som kan vaskes</li> </ul>
8. Utstyr som brukes til videokommunikasjon er ikke tilgjengelig for den som trenger det	Liten sannsynlighet	Ubetydelig konsekvens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientansvarlig sykepleier har ansvar for utstyr</li> <li>• Det tydeliggjøres hvem som har utstyret</li> <li>• Pasienten er sikret ved bruk av monitoreringsutstyr og fysisk tilsyn som tidligere</li> </ul>

Risikomatrixe					
Svært stor sannsynlighet					
Stor sannsynlighet					
Moderat sannsynlighet					
Liten sannsynlighet		6	7	5	
Meget liten sannsynlighet		8			
	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Moderat konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig konsekvens



## Videotilsyn ved akuttmottaket – overordnet vurdering av personvernkonsekvenser

Spørsmål	Vurdering
Innebærer innføringen av videotilsyn <u>en ny prosess</u> ?	Nei. Det er ikke en ny prosess, i noen tilfeller skal videotilsyn komplettere fysisk tilsyn av pasient.
Samler vi inn personopplysninger i <u>stort omfang</u> ?	Nei. Det skal ikke samles inn personopplysninger utover det som allerede gjøres for å yte helsehjelp.
Er det <u>type opplysninger</u> vi ikke har fra tidligere?.	Nei. Det skal ikke samles inn nye typer av opplysninger fra pasientene.
Handler det om en ny og <u>innovativ teknologi</u> ?	Nei. Det vil bli benyttet løsninger som finnes i bruk siden tidligere.
Hvordan er <u>tilgangen for leverandør</u> ?	Leverandør av teknologi skal ikke ha tilgang til helse- og/eller personopplysninger..
Handler det om <u>inngripende teknologi</u> ?	Pasienten kan observeres via video, men samtidig kunne se motparten. Det gis tydelig informasjon om at pasienten blir observert via video i tillegg til fysisk tilsyn. At pasienten observeres er en del av helsehjelpen.

**Arbeidsark i MIRO sendt som eget  
vedlegg i pdf**