

Vägledning för videomöte i vården med barn och ungdomar

Vägledning för videomöte i vården med barn och ungdomar

I takt med att videomöten med barn och ungdomar blir vanligare och redan är ett etablerat sätt att mötas för vårdbesök har efterfrågan på råd och stöd kring formerna för detta ökat.

Denna vägledning vänder sig till dig som vårdgivare för säkerställa att videomöten för barn och ungdomar ska kunna genomföras med kvalitet, integritet och delaktighet.

Innehållsförteckning

Vägledning för videomöte i vården med barn och ungdomar.....	2
Introduktion.....	4
Beslutsstöd.....	5
Definitioner och avgränsningar	5
Metod	6
Kartläggning, överväganden och förslag.....	6
Barn och ungdomars erfarenhet av videomöte	6
Rekommenderade baskrav på tekniska plattformar	8
Barnrättsliga perspektiv på videomöten.....	9
Slutsatser och lärdomar	12
Vägledning utifrån barnets rättigheter	12
Barnets bästa ska bedömas och prioriteras	12
Spela in - spara bilder vid videomöte.....	13
Referenslista	14

Introduktion

I denna vägledning har vi valt att belysa videomötet som sker i realtid, där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda. Förutom videomöten används även andra digitala vårdtjänster såsom journal via nätet, algoritmer för rådgivning, digital monitorering, egenvård via digitala tjänster och administrativa tjänster (1). I denna vägledning kommer endast begreppet videomöte användas och vara fokus för rekommendationerna.

Fördelarna med videomöte kan vara flera för barn och deras föräldrar, bland annat praktiska. Även för vården kan videomöten medföra praktiska fördelar. Följande punkter bör dock visas särskild hänsyn:

- Barnets behov av anpassning vid mötet med vården, till exempel för trygghet och information
- Säkerställa barnets rätt till skydd och integritet.
- Vårdens behov av att ha möjlighet att undersöka barnet tillräckligt.

När videomöten för barn ska planeras och genomföras blir särskild hänsyn till deras olika behov och förutsättningar extra viktig. Myndigheten Vårdanalys framhåller som sin första rekommendation att: ”Regionerna bör se till att digitala vårdbesök kan användas utifrån individens digitala förutsättningar och medicinska behov” (1). Västra götalandregionen (VGR) framhåller i en rapport från 2020 flera risker och riskgrupper vid videomöten, utifrån individers olika förutsättningar:

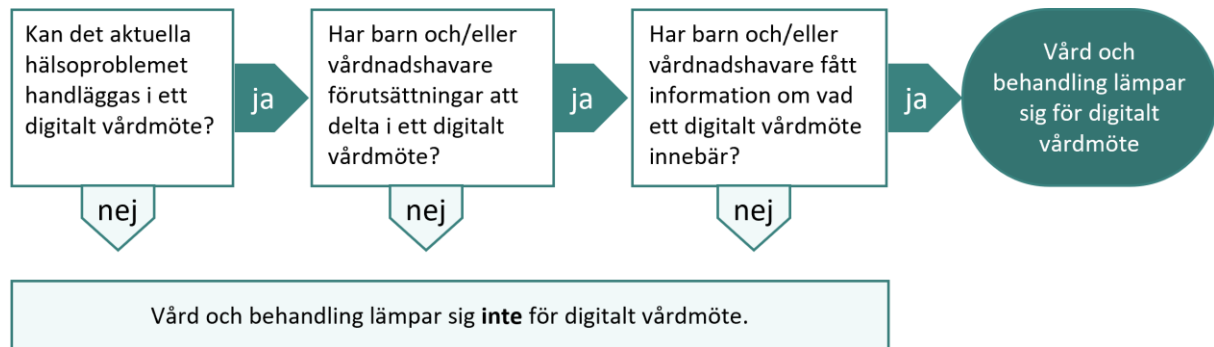
- Svårigheter med att inkludera kommunikationsstöd i videomöten blir en nackdel och risk för barn med vissa funktionsnedsättningar.
- Videomötet kan medföra sämre möjlighet att upptäcka eller bedöma om ett barn far illa.
- Videomöte kan begränsa möjligheten till barnanpassad kommunikation då exempelvis kroppsspråk är svårare att läsa av.
- Familjer med trångboddhet eller sämre ekonomi kan ha sämre möjlighet till lugn miljö för videomöte eller brister i teknisk utrustning (2).

Videomöten kan för varje riskgrupp ovan också arrangeras så att de underlättar och blir till fördel för dem, snarare än ytterligare en belastning. Att inte behöva förflytta sig till en vårdenhet kan vara särskilt viktigt för en familj i utsatthet. Hur utfallet blir för särskilda grupper med stora behov och sämre egna resurser beror på när och till vilka videomöten erbjuds och hur de genomförs.

Beslutsstöd

När vårdpersonalen bedömer lämplig mötesform kan viss ledning ges av Figur 1.

Figur 1. Beslutsstöd för videomöte Källa: Nationell arbetsgrupp Videomöten i vården med barn och ungdomar.



I kunskapsstödet finns utförligare resonemang kring hur bedömning ska göras.

Definitioner och avgränsningar

Digitala vårdmöten kan vara kommunikation i realtid via exempelvis videosamtal eller telefonsamtal, eller kommunikation med fördröjning via exempelvis chatt via 1177.se. I denna vägledning har vi valt att belysa det digitala vårdmötet som sker i realtid via videomöte, där patient och vårdpersonal är rumsligt åtskilda.

Tabell 1. Definitioner i detta kunskapsstöd.

Begrepp	Definition i denna vägledning
Barn	0 till 18 år
Patient	Avser ett barn.
Videomöte	Ett digitalt vårdmöte i realtid, via videosamtal, där patient och vårdpersonal är rumsligt åtskilda.

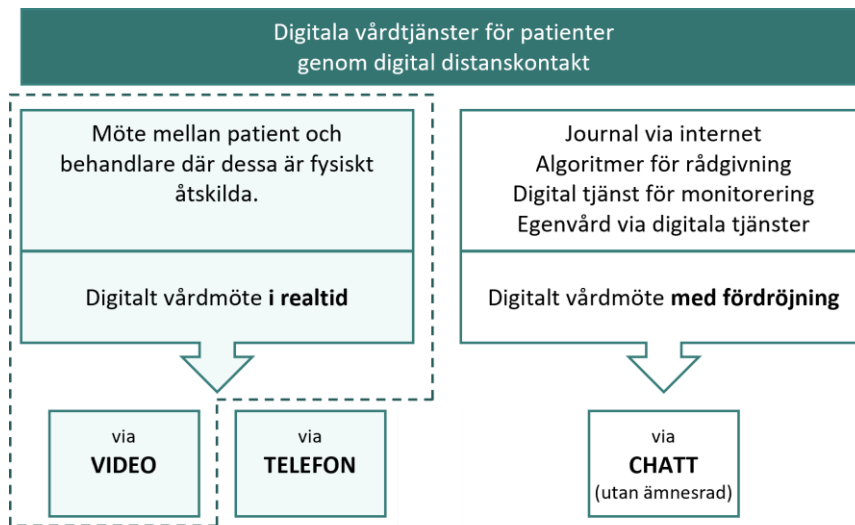
Denna vägledning behandlar:

- Videomöte mellan vårdpersonal och barn eller ungdomar, med eller utan deltagande vårdnadshavare.
- Patienten deltar i videomötet, men måste inte vara direkt delaktig, exempelvis nyfödda barn.

Denna vägledning behandlar *inte*:

- Digitala vårdmöten via telefonsamtal.
- Digitala vårdmöten med fördröjning (chatt via vårdplattform, exempelvis 1177)
- Digitala vårdmöten mellan vårdpersonal (för ex. samverkan eller konsultation).
- Digitala vårdmöten där hälso- och sjukvårdspersonal och patienten är i samma rum fysiskt, men vårdnadshavare är med digitalt.

Figur 2. Olika typer av Digitala videomöten, markeringen visar vad som behandlas i vägledningen.



Metod

Arbetsgruppen har gjort en kartläggning genom:

- gruppens samlade erfarenheter
- litteratursökning
- enkätundersökning till barn och ungdomar
- undersökning av och diskussion av lämpliga och mindre lämpliga tekniska baskrav för goda videomöten
- tillämpliga lagar och regler

Kartläggning, överväganden och förslag

Barn och ungdomars erfarenhet av videomöte

Ungdomar är positiva till videomöte enligt studie

En studie från 2022 visar att ungdomar (13–17 år) tycker att det fungerar bra med videomöte och dessa fungerar bättre om patient och vårdgivare har en relation tidigare. Några av ungdomarna tyckte att det blev lättare att kommunicera med sin vårdgivare via en skärm samt att det minskade sårbarhet och oro. Flera ungdomar upplevde vårdgivarna som mindre distraherade och att de gav dem mer uppmärksamhet. En del föräldrar upplevde att det var mindre "småprat" och några upplevde sitt barn som distraherat av omgivningen hemma (3).

Enkätundersökning

För att få en bild av barn och ungdomars syn på videomöte genomfördes en öppen enkät utan krav på samtycke i flera olika kanaler. Enkäten var öppen under fem månader. Åldern på de som svarat

har varierat mellan 10–17, varav de flesta var äldre än 15 år. Det inkom 34 svar, vilket var färre än väntat. Arbetsgruppen anser ändå att dessa svar är viktiga för att få med barn och ungdomars röst under framtagandet av denna vägledning. I implementeringen av kunskapsstödet uppmuntras att löpande samla in barn och ungdomars åsikter kring videomöten.

Ett urval röster från enkäten om videomöte

Citaten besvarar frågor som: om de tackat ja till att delta i ett videomöte, om tekniken var okej, var de skulle föredra att delta i mötet och vad som anses bättre med att delta i ett videomöte.

- ”En sak som är lätt är att stämma av hur man mår. En sak som är svårare är provresultat och stämma av hur det är om man till exempel skadat sig (kolla upp saker på kroppen)”
- ”Digitalt möte för uppföljning eller om man har frågor, fysiskt möte för provtagning. Att ha kamera gör mötet mer personligt och kan då ersätta fysiska möten.” (På frågan om vad som är bättre i ett digitalt möte.)
- ”Att det känns smidigare än att komma in till sjukhuset. Alltså om det är ett mindre vårdbesök”
- ”vad som skulle få mig att tacka ja är om jag vet att mötet inte ska ta så lång tid. Då är det lättare för mig att göra det där jag är i min vardag. En annan anledning hade varit om jag är i väg någonstans men att mötet ändå är så pass viktigt så att man inte kan skjuta på det.”
- ”Om förälder inte ska närvara på mötet så säg det innan eller i inbjudan. Om barnet ska svara utifrån sig själv är det bra att förtydliga det innan frågan ställs och vara tydlig med att föräldern ska lämnas utanför svaret för att inte påverka.”
- ”Jag tyckte det blev mindre fokus på patienten och att det bara var fokus på behandling.”

Exempel på svar gällande tekniken i videomötet:

- ”Jag tackade nej för att jag inte hör vad dom säger”.
- ”Det var jättesvårt att logga in men min mamma hjälpte mig”.
- ”Tekniken strulade men annars gick det bra”.
- ”Det laggade och blev pixlat” (Angående teknik och användarvänlighet.)
- ”Första gången fungerade inte kameran men andra mötet gick det smidigt”.
- ”Jag tycker det är bra att i början av mötet säga att man avsätter kanske 10–15 min i slutet av mötet för att diskutera enskilt (utan förälder) för att på så sätt är alla medvetna om det från början” (Angående möjligheten med att ha en väntrumfunktion, där patienten kan testa tekniken före, lära sig om hur digitala möten går till samt gå in och ut ur mötet.)
- ”Det kan uppfattas som att vårdpersonalen inte är uppmärksam för dom kollar inte in i kameran”.
- ”Dålig attityd hos läkaren för att hen behövde koppla upp sig. Läkaren ska inte vara så arg för ett videosamtal bara för att hen inte gillar det”.
- ”Man får signalen att vårdpersonalen är irriterad för att dom måste ha möte på en skärm”. (Angående att personalen behöver lära sig teknik och mötesledning vid digitala vårdmöten.)

Rekommenderade baskrav på tekniska plattformar

Identifiering

Vårdpersonal som nyttjar videomöten ska, precis som vid fysiska möten, försäkra sig om identiteten på den/de personer som deltar i mötet. Den tekniska plattform som används vid videomötet bör vara behjälplig genom säker identifiering, exempelvis med e-legitimation.

Då många barn inte har tillgång till e-legitimation bör en ombudsfunktion finnas, det vill säga att vårdnadshavare är den som identifierar sig till mötet. Vårdpersonalen måste då på ett enkelt sätt veta att det faktiskt är vårdnadshavaren som loggar in som ombud.

För att inte utestänga barn eller vuxna som inte får eller kan använda sig av e-legitimation, exempelvis personer med olika typer av funktionsnedsättningar, behöver plattformen även stödja alternativa säkra inloggningssätt. Om säker identifiering inte är möjlig bör ett videomöte endast ske om deltagare sedan tidigare är kända av vårdpersonalen.

Flera tekniska enheter i samma möte

Utifrån barnets rätt är det viktigt att barn, vårdnadshavare och andra mötesdeltagare kan delta från separata enheter. Barnet kan exempelvis ansluta från skolan, vårdnadshavarna från sina arbeten och en familjehemsförälder eller boendepersonal på HVB från där de befinner sig.

Olika tekniska enheter som smarttelefon, surfplatta och dator ska vara möjliga att använda i samma möte. Under pågående möte bör det finnas möjlighet för vårdpersonal att avgöra när någon deltar i mötet eller är i ett digitalt väntrum. Detta för att underlätta vid de tillfällen som vårdpersonal önskar tala enskilt med barnet eller vårdnadshavaren under en del av mötet. Det bör även finnas möjlighet till att bjuda in fler deltagare till ett redan bokad eller pågående möte.

Dela skärm

Den tekniska plattformen bör ge möjlighet för alla deltagare att spegla/dela sin skärm för att kunna visa information. Vårdpersonal bör även kunna se vad barnet och/eller vårdnadshavare ser på sin skärm.

Övriga krav på tekniska plattformar

Möjlighet till användning av språktolk, teckenspråkstolk och skrivtolk. Vidare bör det också kunna gå att bifoga information exempelvis en informationsbroschyr eller ett träningsprogram utan att de bakomliggande systemen (journalssystem, databaser, fillagringsytor) exponeras och riskera att utsättas för ett dataintrång.

Den tekniska plattformen ska vara godkänd för hantering av medicinska informationsdata.

Summering av rekommenderade baskrav på tekniska plattformar

Möjligheten ska finnas att:

- logga in med e-legitimation
- logga in som ombud
- logga in som annan som bistår eller hjälper barnet
- logga in med annan säker inloggning för de som inte kan eller får utnyttja e-legitimation
- bjuda in till och styra flerpartssamtal
- delta via olika typer av enheter - smarttelefon, surfplatta, dator
- använda ett väntrum som vårdpersonalen styr över och kan flytta deltagare till och från under pågående möte
- bjuda in fler deltagare till ett redan bokad eller pågående möte
- dela skärm, för att exempelvis visa bildstöd eller annat material
- tolk kan delta på det sätt som behövs för patientens behov

Övriga önskvärda funktioner i tekniska plattformar:

- Digitalt väntrum
 - ger möjlighet för patient att se formulär och information som också kan gå att fylla i eller ladda ned. Ger möjlighet till förberedelse samt är tidsbesparande om formulär är ifyllda innan mötet startar.
 - med möjlighet till barnanpassning av väntrummet med exempelvis informativa och lärande spel, möjlighet att välja avatar och liknande.
 - med möjlighet för patient och personal att så snart mötet bokas kunna gå in i väntrummet och ha ett testmöte med en AI för att förbereda sig inför mötet och testa kamera och mikrofon. Vårdpersonal kan även bedöma att ett kortare förberedande videomöte med patienten behövs.
- Att varje deltagare i videomötet kan styra över hur sin skärm ska se ut, exempelvis vem som ska synas mest i bild. Detta möter de olika behov som en patient, vårdnadshavare, tolk och vårdpersonal kan ha.

Barnrättsliga perspektiv på videomöten

Videomöte som avses i detta kunskapsstöd är en hälso- och sjukvårdsåtgärd på samma sätt som om mötet genomfördes i ett fysiskt rum. Vårdgivaren och vårdpersonal har samma skyldigheter oavsett mötesform enligt lagar om kvalitet, patientsäkerhet, dokumentation, integritet och tystnadsplikt/sekretess. Barnets bästa ska särskilt beaktas vid alla tillfällen då ett barn ges vård eller vården för ett barn planeras. Patienten ska oavsett mötesform kunna förvänta sig vård enligt samma höga standard.

Det ska understrykas att vårdgivaren och vårdpersonal har det fulla ansvaret för vårdens kvalitet. Det är alltid vårdpersonalen som har det strikta ansvaret att förbereda och genomföra vårdmötet med god kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (4). Det betyder i praktiken att vårdpersonal endast ska föreslå videomöte om nivån på kvalitet kan förväntas vara god.

Det betyder också att vårdpersonalen ska avbryta videomötet om det visar sig omöjligt att genomföra med god kvalitet utifrån vårdens eller patientens perspektiv.

Juridiken kring videomöten är alltså lika eller liknande den som gäller vid andra mötesformer. Arbetsgruppen har tagit fram fem principer som ger ledning i hur videomöten barnrättsligt kan förstås och beaktar barnets bästa. Dessa principer kan vara till stöd vid framtagande av lokala rutiner. Principerna togs fram utifrån liknande resonemang från närliggande litteratur och i kontakt med juridisk och medicinetisk expertis. Exempel på källor listas under "övriga referenser" i slutet av vägledningen.

Princip 1: Varje barns likvärdiga möjligheter att söka och få vård

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Här ingår att vården ska planeras så att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Videomöten behöver anpassas så att de utgör en lika möjlighet, som inte begränsas av barnets och familjens möjligheter eller resurser. Vårdgivaren får inte hindra vårdpersonal att erbjuda den mötesform som bedöms vara bäst lämpad för vårdens kvalitet eller patientens rättigheter.

Videomöten måste också bidra till en annan av de allmänna principerna i hälso- och sjukvårdslagen (HSL); den om kostnadseffektivitet. Videomöten får alltså inte ges om kostnaderna för dem är större än det beräknade värdet av dem (4).

Princip 2: Varje barns möjlighet att få och ge information

Få information

Videomötet behöver ge möjlighet för vården att möta barnets rätt till information inför och i samband med vårdmötet. Barns rättigheter till information vid vård är de samma som för vuxna, med några väsentliga tillägg. Rätten till information skärptes i och med patientlagen, där förarbetet understryker att den tillkommer varje patient, oavsett ålder (5) Tandvårdslagen §3b har motsvarande formulering (6). Videomöten behöver ge motsvarande möjlighet till anpassning av informationen, utifrån patientens behov, ålder, mognad med mera. I och med att barn även i videomöten ofta företräds av en vuxen behöver även deras möjligheter att förstå informationen vara likvärdiga eller bättre än i fysiska besök. (5).

Att ge information till vården

Barnet har samma rätt som vuxna att komma till tals i vården. Det barnet uttrycker ska tillmätas betydelse i förhållande till åldern och mognaden. Rättigheten att komma till tals är formulerad som en skyldighet för vårdgivaren och vårdpersonal att "så långt som möjligt" klarlägga barnets inställning till den aktuella vården. (5, 6) Vårdpersonalen måste i videomöten aktivt underlätta för och uppmuntra barnet att uttrycka sig. Videomöten behöver bidra till barnets egen rätt att uttrycka sig, och detta kunskapsstöd inkluderar därför inte möten där endast vårdpersonal och vårdnadshavare deltar.

Princip 3: Varje barns rätt till inflytande, bestämmande och samtycke samt möjligheter för vårdnadshavaren att företräda barnet vid behov.

Barn har både rätt till inflytande i vården, och en rätt att avstå eller bedömas inte kunna bestämma kring sin vård. Mötesformen via video får inte begränsa barnets rätt till inflytande, inte heller vårdnadshavarens skyldighet att bestämma när så krävs. Videomötet måste också ge tillräckliga möjligheter för vårdpersonal att bedöma barnets mognad för delaktighet och inflytande (5, 6). Förhållandet mellan mognad och inflytande framgår också av barnkonventionens artikel 12 (7) och kap 6 §11 föräldrabalken (8). Socialstyrelsens meddelandeblad nr 8 från 2020 ger vägledning (9).

Princip 4: Varje barns rätt till integritet, värdighet och patientsäkerhet

Rätten till integritet och värdighet är grundläggande i vårdens lagar exempelvis kap 3 §1 HSL och kap 4 §1 patientlagen (4, 5). Både integritet och värdighet ska skyddas oavsett patientens ålder, mognad, självbestämmande eller vårdform. Barn är en grupp patienter som behöver särskild omsorg för att värna deras integritet och värdighet på grund av deras generellt mer utsatta ställning jämfört med autonoma vuxna. Videomöten ges rumsligt åtskilt vilket kan försvåra för vårdpersonal att bedöma och säkra barnets rätt jämfört med vid ett fysiskt besök. Vården kan ha svårare att bedöma rummet där barnet och eventuell vuxen deltar i mötet och vilka som ser eller hör vad som sägs. Osäkerhet om miljön som barnet och den vuxna är i ska påverka vilka undersökningar som görs eller vad som diskuteras. Ansvar för sekretess om uppgifter som framkommer i videomötet vården ligger hos vårdpersonalen, som vid det fysiska vårdbesöket.

Patientsäkerhet i lagens mening syftar till att undvika vårdskador (10). Videomöten som bokas på fel grunder eller genomförs på ett otillräckligt sätt kan medföra att en sjukdom eller komplikation inte upptäcks, som kan medföra lidande och vårdskada i lagens mening.

Princip 5: Varje barns rätt till vård av god kvalitet samt data- och ID-säkerhet

Videomöten omfattas av samma krav på kvalitet som fysiska vårdbesök. Med kvalitet avses här hälso- och sjukvårdslagens begrepp "god vård". Videomöten används i alla delar av vården för barn och ungdomar och omfattas av samma krav på systematiskt arbete med kvalitet enligt kap 5 §4 HSL. Videomötens kvalitet behöver registreras och dokumenteras enhetligt, för att systematiskt kvalitetsarbete inklusive forskning ska vara möjlig. Närliggande är kap 5 §3 HSL som reglerar att nya behandlingsmetoder som kan påverka människovärde och integritet ska bedömas av vårdgivaren innan den börjar tillämpas.

Kraven på dokumentation i videomöten är de samma som i fysiska besök. Men mängden data i videomötet är potentiellt mycket större, beroende på om de rörliga bilderna spelas in och lagras. Grundregeln är att videomöten inte spelas in av vårdpersonalen, men det kan vara svårt att kontrollera om det spelas in på patientsidan av mötet. Som i fysiska möten är det i juridisk mening tillåtet, men om vårdpersonal misstänker att obehöriga spelar in eller att inspelning kan komma i händerna på obehörig måste det övervägas att avbryta videomötet. Särskilt utifrån det stränga skydd som sekretessen ger barnet, även i vissa fall gentemot vårdnadshavare.

En säker identifikation av patient och medföljande vuxen är avgörande för barnets integritet och patientsäkerhet och framgår av kap 3 §1 patientdatalagen (11) och Socialstyrelsens författning om journalföring, kap 5 §3 (12). Vårdpersonal och vårdgivare behöver samarbeta för att utveckla systemen för identifikation så att kraven på god och säker vård möts, men inte heller försvårar för barn att kunna delta i videomöten.

Slutsatser och lärdomar

Vägledning utifrån barnets rättigheter

Detta kunskapsstöd har tagits fram utifrån barnrättsliga principer som sammanför kraven på att särskilt beakta barnets bästa, den lika och bästa möjliga tillgången till vård av god kvalitet samt barnets egen rätt till fullt människovärde och integritet. Tanken med principerna är att de ska vara vägledande i hur detta kunskapsstöd förstås och tillämpas. Principerna kan också vara vägledande när lokala eller särskilda vägledningar tas fram utifrån kunskapsstödet, när upphandling av tekniska användarsystem görs samt när utbildningar planeras.

Barnets bästa ska bedömas och prioriteras

I frågor och vid beslut om barn och ungdomar i hälso- och sjukvården finns sedan flera år en specifik bestämmelse i såväl HSL som patientlagen att "särskilt beakta barnets bästa" när vård ges till barn. Enligt propositionen för ny hälso- och sjukvårdslag (13), sid 97 och 126 är avsikten att ha likalydande paragraf i båda lagar är att tydliggöra att barnets bästa särskilt ska beaktas både i enskilda mötet med patient och i organisatoriska frågor. Ansvaret för att beakta barnets bästa tillkommer alltså både den enskilda hälso- och sjukvårdspersonalen och vårdgivaren som tar fram och bestämmer om vårdens arbetssätt, organisation och resurser.

Barnets bästa ska särskilt beaktas även i detta kunskapsstöd och hur det tillämpas. Nationellt programområde barns och ungdomars hälsa (NPO) angav därför i sin uppdragsbeskrivning till kunskapsstödet att arbetet ska vägledas av FN:s barnkonvention, som också blev svensk lag 2020. Vad som är barnets bästa måste bedömas i varje situation. FN:s barnrättskommitté och myndigheten Barnombudsmannen förordar att barnets bästa ses som tre uppdrag, snarare än ett visst värde. Vi vet alltså inte på förhand eller i allmänhet vad som är barnets bästa. I stället ska vi när barn berörs av ett beslut eller en åtgärd:

- bedöma vad som är bäst för barnet eller barnen som berörs. Det är rättigheten.
- väga (prioritera) det som bedöms vara bäst för barnet/barnen när två alternativ finns. Det är principen.
- beskriva konsekvenserna av beslutet/åtgärden för berörda barn. Det är tillvägagångssättet.

När bestämmelsen om barnets bästa fördes in i HSL med flera, skrev regeringen i förarbeten att bedömningen är en process med flera steg. Här ska som alltid vetenskap och beprövad erfarenhet beaktas och berörda barns och vårdnadshavares inställning inhämtas. Även yrkespersoners

uppfattningar kan behöva inhämtas. Utgångspunkten i barnets bästa är respekten för barnets fulla människovärde och integritet. (ref 14 sid 62f samt ref 13 sid 98)

NPO framhöll också särskilt dessa artiklar ur barnkonventionen:

- Artikel 12, punkt 1: Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
- Artikel 16, pt 1: Inget barn får utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem eller sin korrespondens och inte heller för olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.
- Artikel 24, pt 1: Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering /.../.

Spela in - spara bilder vid videomöte

Vad gäller att spela in och spara videomöten är grundregeln att mötet inte spelas in, på samma sätt som fysiska möten i regel inte spelas in. Möjligheten att fotografera och möjligtvis filma exempelvis hud och utslag kan behövas och reglerna kring det behöver beskrivas i en annan vägledning. Eventuella bilder/inspelningar som behöver sparas för vården ska lagras i patientens journal (mediaarkiv), patienten ska vara informerad om att det sparas. Lokala rutiner behöver beskriva hur detta ska ske.

Referenslista

1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar [Internet]. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/tre-perspektiv-pa-digitala-vardbesok/>
2. Västra Götalandsregionen. Prövning och analys av barnets bästa gällande digitala vårdmöten [Internet]. Utgivningsort okänd: Västra Götalandsregionen; 2020. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/RS5006-519590699-268/SURROGATE/Pr%C3%B6vning%20och%20analys%20barnets%20b%C3%A4sta%20digitala%20v%C3%A5rd%20och%20omsorg%20VGR.pdf>
3. Allison BA, Rea S, Mikesell L, Perry MF. Adolescent and Parent Perceptions of Telehealth Visits: A Mixed-Methods Study. J Adolesc Health. 2022 Mar;70(3):403-413. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.09.028. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34756777.
4. Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
5. Patientlag (2014:821) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/
6. Tandvårdslag (1985:125) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125/
7. Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197/
8. Föräldrabalk (1949:381) [Internet]. Stockholm: Justitiedepartementet [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/
9. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 8. [Internet]. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-12-7117.pdf>

10. Patientsäkerhetslag (2010:659) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 26 augusti 2023] Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
11. Patientdatalag (2008:355) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
12. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) [Internet]. Stockholm. Socialdepartementet [citerad 24 augusti 2023]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-vaegledningr/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/>
13. En ny hälso- och sjukvårdslag (prop. 2016/17:43). [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2016/11/prop-20161743>
14. Patientlag (prop. 2013/14:106). [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 4 juli 2023]. Hämtad från: <https://data.riksdagen.se/fil/ED6052AA-C060-4270-85D2-CF89C096CBA4>

Övriga referenser

- Inera. Åldersgränser i 1177-tjänster Utredningsrapport och barnkonsekvensanalys [Internet]. Utgivningsort okänd: Inera; 2022. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: [inera.se/utveckling/rapporter-och-resultat/2022/nya-aldersgranser](https://www.inera.se/utveckling/rapporter-och-resultat/2022/nya-aldersgranser)
- Brall C, Schröder-Bäck P, Maeckelberghe E. Ethical aspects of digital health from a justice point of view. Eur J Public Health. 2019 Oct 1;29(Supplement_3):18-22. doi: 10.1093/eurpub/ckz167. PMID: 31738439; PMCID: PMC6859518.
- Wendel L. Etiska och legala aspekter på digitala vårdmöten [Powerpointpresentation på Internet]. Utgivningsort: okänd; Malmö Universitet; 2021. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: <https://www.youtube.com/watch?v=xt0IH6-pal>
- (E-post Lars Sandman 2023-03-16) Rekommendationer ur mejlkontakt. (professor och föreståndare för Prioriteringscentrum, Linköpings universitet).
- Strama. Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten [Internet]. Utgivningsort okänd: Strama; 2022. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: <https://strama.se/wp-content/uploads/2022/04/Kvalitetsindikatorer-for-digitala-vardmoten-2022.pdf>
- Skaraborgs sjukhus. Rutin E-tjänsten Mitt vårdmöte - barn - och ungdomsmedicin [Internet]. Utgivningsort okänd: Västra Götalands Regionen; 2020. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: <https://mellanarkiv->

offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/SKAS9699-1702881381-60/SURROGATE/E-tj%20Mitt%20v%20a5rdm%20b6te%20-%20barn%20-%20och%20ungdomsmedicin.pdf

Södra Älvsborgs Sjukhus. Digitala vårdmöten – generella vägledningar, SÄS [Internet]. Utgivningsort okänd: Västra Götalands Regionen; 2022. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/sas9642-738863596-73/surrogate/Digitala%20v%20a5rdm%20b6ten%20e2%80%93%20generella%20vägledningr%20c%20S%2084S.pdf>

Region Skåne. Om videobesök med barnpatient [Internet]. Utgivningsort okänd: Region Skåne; 2020. [citerad 16 juni 2023]. Hämtad från: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardvagledningr/lokala-vaegledningr/barnmedicin-sus---fillistning/om-videobesok-med-barnpatient.pdf>