

RAPPORT

2020

MINI-METODEVURDERING

Hjemmebasert
spesialisthelsetjeneste.
Medisinsk avstands-
oppfølging -
videokonsultasjon
(sanntid)

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging - videokonsultasjon (sanntid)

English title Homebased specialist health care services. Remote health monitoring – video consultation (real-time)

Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør

Forfattere Helene Arentz-Hansen, *seniorforsker, Folkehelseinstituttet*
Liv Giske, *seniorforsker, Folkehelseinstituttet*
Ellen Nilsen, *enhetsleder, Sekretariatet for Nye metoder*
Sissel Jor, *seksjonsleder, Oslo universitetssykehus*

ISBN 978-82-8406-136-8

Publikasjonstype Mini-metodvurdering

Antall sider 45

Oppdragsgiver Oslo Universitetssykehus

Emneord(MeSH) Ambulatory Care; Outpatients; Remote Consultation; Distance Counseling; Videoconferencing; Technology Assessment, Biomedical

Sitering Arentz-Hansen H, Giske L, Nilsen E, Jor S. Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging - videokonsultasjon (sanntid). [Homebased specialist health care services. Remote health monitoring – video consultation (real-time)] Rapport –2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Forord

Vi har på oppdrag fra Oslo universitetssykehus utført en mini-metodevurdering om bruk av videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten. Mini-metodevurdering er en nedskalert form av den tradisjonelle metodevurderingen, og den er spesielt tilpasset beslutninger som skal tas på sykehusnivå. Litteratursøket er systematisk, men noe begrenset, og resultatene gjengis fra de inkluderte studiene uten at vi beregner effektestimater.

Formålet var å etablere et beslutningsgrunnlag for bruk av videokonsultasjon generelt og for at utstrakt bruk under pandemiperioden kan gjennomføres på en sikker og effektiv måte. Mini-metodevurderingen omhandler effekt og sikkerhet av behandling eller oppfølging som gis som videokommunikasjon sammenlignet med oppmøte på sykehus, eventuelt som et supplement eller erstatning for at helsepersonell reiser ut til pasientens hjem/hjemmesykehus. I tillegg har vi vurdert etiske og organisatoriske konsekvenser ved å innføre tiltaket ved Oslo universitetssykehus.

Helene Arentz-Hansen, Liv Giske og Ellen Nilsen har hatt ansvaret for gjennomgang og oppsummering av forskningslitteraturen. Sissel Jor har hatt ansvaret for beskrivelse av metoden og dagens praksis, samt vurdering av etiske og organisatoriske konsekvenser ved innføring av metoden i sykehuset.

Takk til Elisabet Hafstad som utførte litteratursøket, Vinod Mishra for innspill om økonomivurderingen og Karin Borgen for tilrettelegging av samarbeidet mellom OUS og FHI.

Kåre Birger Hagen
fagdirektør

Øyvind Melien
avdelingsdirektør

Helene Arentz-Hansen
prosjektleder

Skjema for mini-metodevurdering

- vurdering av nye metoder i sykehus

Versjon 3.2/25.10.2017

Tittel

Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandspfølging - videokonsultasjon (sanntid)

Dato

3.April 2020

Helseforetak/sykehus

Oslo universitetssykehus

Bidragsytere:

Ansvarlig fagperson

Sissel Jor

Bibliotekar

Elisabet Hafstad; Folkehelseinstituttet (FHI)

Økonom

Vinod Mishra

Andre

Helene Arentz-Hansen (FHI), Liv Giske (FHI), Ellen Nilsen (Sekretariatet for Nye metoder)

Fagfelle(r)

Jørn Heggelund (St. Olavs hospital HF)



Innhold

- Introduksjon
- Søk etter tidligere vurderinger

Del 1 (For forslagsstiller):

- Innledning
- Beskrivelse av metoden som skal vurderes
- Beskrivelse av dagens praksis
- Litteratursøk
- Effekt og sikkerhet
- Etikk
- Organisasjon
- Økonomiske aspekter
- Oppsummering og konklusjon
- Habilitet og signatur for forslagsstiller

Del 2 (For fagfelle):

- Fagfellevurdering
- Habilitet og signatur for fagfelle

Del 3 (For beslutningstager):

- Innstilling til beslutningstager

Introduksjon

Før man begynner på en mini-metodevurdering bør man ha lest gjennom teksten [Om mini-metodevurdering og kriterier for bruk](#).

Skjemaet for mini-metodevurderingen består av tre deler:

Del 1: Vurdering av den aktuelle metoden (hoveddelen). Fylles ut av *fagperson med relevant klinisk kompetanse, bibliotekar og controller*.

Del 2: Fagfellevurdering av del 1. Fylles ut av *fagfelle*.

Del 3: Innstilling til beslutningstager. Fylles ut av *den som forbereder saken for beslutning i helseforetaket/sykehuset*.

Skjemaet fylles ut elektronisk. Spørsmålene skal være selvforklarende, og de fleste skal kunne besvares relativt raskt. Det er laget hjelpetekster med utfyllende informasjon til noen av spørsmålene. Disse er svært viktig å lese. Hjelpeteksten får man opp ved å klikke på informasjonstegnet () ved det aktuelle spørsmålet og den lukkes igjen ved å klikke på krysset nederst til høyre. Skjemaet har tekstfelt hvor man skal skrive inn svarene på spørsmålene. Når man skriver inn i tekstfeltene vil man kun se deler av teksten man har skrevet. For å utvide tekstfeltet til å se hele teksten må man «klikke» utenfor tekstfeltet.

Før oppstart registreres mini-metodevurderingen på www.minimetodevurdering.no under "Registrer ny mini-metodevurdering". Etter ferdigstilling og fagfellevurdering skal del 1, samt Excel-hjelpelifilen publiseres i "Databasen for ferdigstilte mini-metodevurderinger" (se boks under).

→ **FØR OPPSTART** : [Registrer ny mini-metodevurdering](#)

→ **ETTER FERDIGSTILLELSE** : [Send inn ferdigstilt mini-metodevurdering](#)

Søk etter tidligere vurderinger

Finnes det en tidligere utført mini-metodevurdering, et metodevarsel eller andre typer metodevurderinger for den aktuelle metoden? For å unngå dobbeltarbeid er det viktig å sjekke om det finnes pågående eller publiserte rapporter om den aktuelle metoden. Dette gjøres i avsnittene under.

A) Søk etter ferdigstilte og påbegynte mini-metodevurderinger

Søk i [databasen for ferdigstilte mini-metodevurderinger](#) for å se om det har vært utført en mini-metodevurdering for den aktuelle metoden tidligere. Formålet med dette er blant annet å kunne gjenbruke litteratur og annen relevant informasjon.

Finnes det en tidligere utført mini-metodevurdering for den aktuelle metoden?

Ja, oppgi tittel på mini-metodevurderingen, og hvilke deler som eventuelt gjenbrukes:

Nei, det fantes ingen tidligere utførte mini-metodevurderinger om metoden

For å sjekke om det finnes en pågående mini-metodevurdering for den aktuelle metoden, går man inn på siden "[Påbegynte mini-metodevurderinger](#)"

B) Søk etter metodevarsler

Søk i databasen [MedNytt](#) for å se om det finnes et metodevarsel om metoden. Metodevarsler er omtaler av nye medisinske metoder. En del av informasjonen i de norske metodevarslene er overførbart til mini-metodevurderingsskjemaet.

Finnes det et metodevarsel om metoden i MedNytt?

Ja, oppgi tittel på metodevarselet (evt. flere hvis det finnes)

Nei, det fantes ingen relevante metodevarsler om metoden

C) Søk etter norske metodevurderinger

I det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, kalt "Nye Metoder", utføres det metodevurderinger på nasjonalt nivå og mini-metodevurderinger i sykehusene.

Søk på nettsiden [Nye metoder](#) for å se om den aktuelle metoden har blitt vurdert på nasjonalt nivå. Hvis det enten finnes en ferdigstilt eller pågående metodevurdering om metoden, er det i de fleste tilfeller ikke nødvendig med en mini-metodevurdering. På nettsiden [Nye Metoder](#) kan man lese mer om systemet.

Finnes det en pågående eller ferdigstilt metodevurdering om metoden i Nye Metoder?

Ja, oppgi tittel på metodevurderingen

Nei, det fantes ingen metodevurdering om metoden

Mini-metodevurdering - **DEL 1**

Fylles ut av forslagsstiller, bibliotekar og controller

(Med forslagsstiller menes den kliniker, leder eller andre i sykehuset som ønsker å vurdere den nye metoden)

Innledning

1. Kontaktinformasjon

| | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Helseforetak/sykehus: | Oslo universitetssykehus |
| Klinikk/avdeling/seksjon: | Direktørens stab, Stab økonomi, juridisk og IKT, Seksjon for klinikk, forskning og samhandling |
| Kontaktperson: | Sissel Jor |
| E-post: | sissel.jor@ous-hf.no |

2. Hva er formålet med utredningen?

- Å innføre en ny medisinsk metode
- Å endre bruken av en eksisterende metode (f.eks. ny indikasjon, endret pasientgruppe; spesifiser i kommentarfeltet)
- Vurdering av en eksisterende metode
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)

Etablere beslutningsgrunnlag for bruk av videokonsultasjon på et generelt grunnlag og for at utstrakt bruk under pandemiperioden kan gjennomføres på en sikker og effektiv måte.

3. Hvilke spørsmål er særlig viktig å få belyst i denne mini-metodevurderingen?

- Effekt
- Sikkerhet
- Kostnader
- Organisatoriske konsekvenser
- Etske aspekter
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)

4. Definer inklusjonskriteriene for mini-metodevurderingen (PICOS)

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denne tabellen skal fylles ut i stikkordsform og brukes ved litteratursøk og utvelgelse av studier. | |
| P opulation (Populasjon) Oppgi: 1. Aktuell sykdom/tilstand 2. Aktuell pasientgruppe | Alle typer pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten |
| I ntervention (Metode/tiltak) Oppgi navn på metoden som skal vurderes | Bruk av videokonsultasjon mellom behandler og pasient |
| C omparison (Sammenligning) Oppgi alternative tiltak som det sammenliknes med. Dette vil ofte være dagens behandling. Ved vurdering av diagnostisk nøyaktighet, oppgis referansetesten. | Polikliniske konsultasjoner/fysisk møte med behandler |
| O utcome (Utfallsmål) Oppgi relevante endepunkt/utfall; dvs. hva man ønsker å måle virkningen av tiltaket på. | Alle kliniske utfall er relevante Unntak: studier med utenlandske kostnadsberegninger |
| S tudy design (Studiedesign) Spørsmål om effekt bør avgrenses til studier med kontrollgrupper. For spørsmål om sikkerhet kan annen type studiedesign også være relevant. | Systematiske oversikter Kontrollerte studier |

Beskrivelse av metoden som skal vurderes

5. Hvilken type metode dreier det seg om?

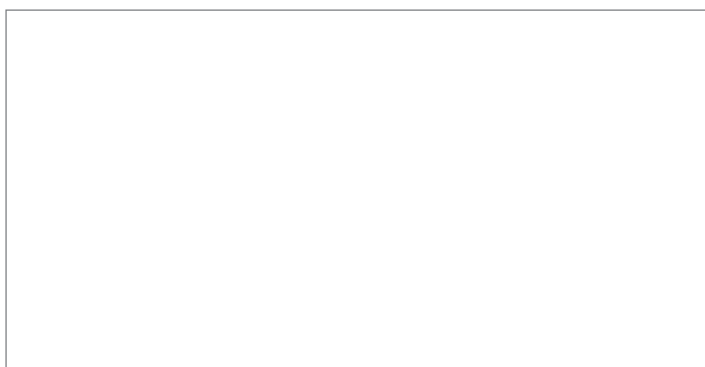
- Diagnostisk metode
- Medisinsk utstyr
- Prosedyre (medisinsk eller helsefaglig)
- Organisatorisk tiltak
- Annet (spesifiser)

Bruk av videokonsultasjon mellom behandler og pasient

6. Gi en kort beskrivelse av den aktuelle metoden som skal vurderes:

Behandling eller oppfølging gis i form av videokommunikasjon i stedet for at pasienten møter opp på sykehus, eller som et supplement og/eller erstatning for at helsepersonell må reise ut til pasientens hjem/hjemmesykehus.

Metoden som vurderes omfatter ikke systemer med overføring/oversending av pasientdata i tillegg til videokonsultasjon.



Klikk i ruta for eventuelt å hente opp et bilde fra eget arkiv.

Fjern bilde

7. Oppgi status for bruk av metoden (i Norge og eventuelt andre land). Omfatter metoden medisinsk utstyr skal det oppgis A) om det foreligger nødvendig CE-merking, samt B) (dersom det er relevant) opplysninger om risikoklassifisering av utstyret.

Metoden er brukt før pandemiperioden, men er ekstra mye i pandemi-perioden i mange sektorer i helsetjenesten for å forhindre smitte (i Norge og ellers i verden).

Denne MMV skal vurdere effekt, sikkerhet, etikk og organisatoriske endringer knyttet til metoden brukt i spesialisthelsetjenesten generelt, med eller uten pandemi. Metoden vil kunne bli brukt mer etter pandemiperioden fordi mange fagmiljøer får erfaring med metoden og at pasientene ønsker den brukt. Metoden kan i noen grad inkludere medisinsk teknisk utstyr, der det er vurdert forsvarlig.

Beskrivelse av dagens praksis

8. Gi en kort beskrivelse av eventuelt eksisterende metode(r).

I dag møter pasienter fysisk opp på sykehuset for innleggelse i sykehusavdeling eller møter og til polikliniske konsultasjon i sykehus der observasjon, undersøkelser, behandling og oppfølging gjennomføres. I noen grad benyttes telefonkonsultasjoner til oppfølging og i pandemi-perioden med Covid-19 er avstands-oppfølging i ulik grad tatt i bruk for å begrense smitte. Også videokonsultasjon som denne MMV vurderer.

9. Vil den nye metoden komme i tillegg til eller erstatte allerede eksisterende metode(r)? Spesifiser.

Pasientene vurderes i forhold til begge metoder ut fra kriterier og medisinsk vurdering

10. Er det noen metoder som brukes på sykehuset nå som bør fases ut dersom den nye metoden innføres? Spesifiser.

Nei

Litteratursøk

Litteratursøkene utføres og dokumenteres av en bibliotekar ved ditt sykehus. Bibliotekaren skal involveres i en tidlig fase av prosjektet, helst ved oppstartsmøte for mini-metodevurderingen.

11. Litteratursøk etter retningslinjer

Undersøk om metoden anbefales i anerkjente retningslinjer.

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumenter søket etter retningslinjer: |
| Oppgi hvilke kilder det ble utført søk i (sett kryss): <input type="checkbox"/> Helsedirektoratets nettside <input type="checkbox"/> National Guideline Clearinghouse <input type="checkbox"/> Andre kilder for retningslinjer (spesifiser) <input type="text"/> |
| Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene: Helsedirektoratets nettside <input type="text"/> |

| | |
|------------------------------------------------|----------------------|
| National Guideline Clearinghouse | |
| <input type="text"/> | |
| Andre kilder (spesifiser) | |
| <input type="text"/> | |
| Oppgi søkedato: | <input type="text"/> |
| Oppgi antall treff i de ulike kildene: | |
| Helsedirektoratets nettside | <input type="text"/> |
| National Guideline Clearinghouse | <input type="text"/> |
| Andre kilder (spesifiser) | <input type="text"/> |
| List opp relevante retningslinjer, med lenker: | |
| <input type="text"/> | |

12. Litteratursøk etter systematisk oppsummert forskning (kunnskapsoppsummeringer)

Systematisk oppsummert forskning skal være hovedkilde for dokumentert effekt og sikkerhet. Dersom det ikke finnes oppdatert oppsummert forskning skal primærstudier benyttes (se spørsmål 13).

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumenter søket etter oppsummert forskning: | |
| Oppgi hvilke databaser det ble utført søk i (sett kryss): | |
| <input type="checkbox"/> | Cochrane Library (Cochrane Reviews, Other reviews, Technology Assessments) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Epistemonikos (Systematic Review, Structured Summary, Overview) |
| <input type="checkbox"/> | NHS Evidence (Systematic Reviews, Health Technology Assessments) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PubMed (avgrens søket til systematiske oversikter) |
| <input type="checkbox"/> | Andre kilder for oppsummert forskning (spesifiser) |
| <input type="text"/> | |
| Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene: | |
| Cochrane Library | <input type="text"/> |
| Epistemonikos | <input type="text"/> |
| | ((ambulatory OR outpatient*) AND (audiovisual OR audio-visual OR video*)) |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| NHS Evidence | |
| <input type="text"/> | |
| PubMed | |
| (("Ambulatory Care"[mh] OR ambulatory[tw] OR Outpatients[mh] OR outpatient*[tw]) AND ("Video-Audio Media"[mh] OR audiovisual*[tw] OR audio-visual*[tw] OR video*[tw])) AND systematic[sb] | |
| Andre kilder (spesifiser) | |
| <input type="text"/> | |
| Oppgi søkedato: | <input type="text" value="20. mars 2020"/> |
| Oppgi antall treff i de ulike kildene: | |
| Cochrane Library | <input type="text"/> |
| Epistemonikos | <input type="text" value="19"/> |
| NHS Evidence | <input type="text"/> |
| PubMed | <input type="text" value="17"/> |
| Andre kilder (spesifiser) | <input type="text"/> |

13. Litteratursøk etter primærstudier

Dersom det ikke fantes oppdatert og relevant systematisk oppsummert forskning under spørsmål 12, skal det utføres litteratursøk for å finne relevante primærstudier.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumenter søket etter primærstudier: | |
| Oppgi hvilke databaser det ble utført søk i (sett kryss): | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Cochrane Library (Trials) |
| <input type="checkbox"/> | PubMed eller MEDLINE |
| <input type="checkbox"/> | Embase |
| <input type="checkbox"/> | Andre kilder for primærstudier (spesifiser) |
| <input type="text"/> | |
| Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene: | |
| Cochrane Library | <input "hospital="" "hospital-at-home"))="" ([mh="" (ambulatory="" (audiovisual*="" ,="" 2017="" [mh="" ^"video-audio="" ^outpatients]="" ambulatory="" and="" at="" audio-visual*="" care")="" from="" home"="" in="" media"]="" or="" outpatient*="" present="" publication="" to="" trials"="" type="text" value="(((mh ^" video*)))="" with="" year=""/> |
| PubMed/MEDLINE | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| Embase | <input type="text"/> |
| Andre kilder (spesifiser) | <input type="text"/> |
| Oppgi søkedato: | <input type="text" value="24. mars 2020"/> |
| Oppgi antall treff i de ulike kildene: | |
| Cochrane Library | <input type="text" value="378"/> |
| PubMed/MEDLINE | <input type="text"/> |
| Embase | <input type="text"/> |
| Andre kilder (spesifiser) | <input type="text"/> |

14. Litteratursøk etter pågående og upubliserte studier (VALGFRITT)

Det vil ofte være aktuelt å utføre søk i registre over pågående studier. I noen registre finnes det også resultater fra ferdigstilte studier som ennå ikke er publisert.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumenter søket etter pågående og upubliserte studier: |
| Oppgi hvilke databaser det ble utført søk i (sett kryss): |
| <input type="checkbox"/> ICTRP Search Portal |
| <input type="checkbox"/> ClinicalTrials.gov |
| <input type="checkbox"/> Andre kilder for pågående og upubliserte studier (spesifiser) |
| <input type="text"/> |
| Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene: |
| ICTRP Search Portal |
| <input type="text"/> |
| ClinicalTrials.gov |
| <input type="text"/> |
| Andre kilder (spesifiser) |
| <input type="text"/> |
| Oppgi søkedato: <input type="text"/> |
| Oppgi antall treff i de ulike kildene: |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| ICTRP Search Portal | <input type="text"/> |
| ClinicalTrials.gov | <input type="text"/> |
| Andre kilder (spesifiser) | <input type="text"/> |
| List opp relevante pågående og/eller upubliserte studier, med lenker: | |
| <input type="text" value="Det finnes flere relevante pågående studier, men disse er ikke identifisert i denne mini-metodevurderingen."/> | |

15. Litteratursøk etter helseøkonomiske evalueringer (VALGFRITT)

Det kan være aktuelt å kartlegge om det har blitt utført helseøkonomiske evalueringer om metoden i Norge eller i utlandet.

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumenter søket etter helseøkonomiske evalueringer: |
| <p>Oppgi hvilke databaser det ble utført søk i (sett kryss):</p> <p><input type="checkbox"/> Cost-Effectiveness Analysis (CEA) Registry</p> <p><input type="checkbox"/> Health Technology Assessment Database</p> <p><input type="checkbox"/> NHS Economic Evaluation Database (OBS! Ikke oppdatert siden januar 2015)</p> <p><input type="checkbox"/> MEDLINE (avgrens søket til helseøkonomiske evalueringer)</p> <p><input type="checkbox"/> Embase (avgrens søket til helseøkonomiske evalueringer)</p> <p><input type="checkbox"/> Andre kilder for helseøkonomiske evalueringer (spesifiser)</p> <input type="text"/> |
| <p>Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene:</p> <p>CEA Registry</p> <input type="text"/> <p>HTA Database</p> <input type="text"/> <p>NHS EED</p> <input type="text"/> <p>MEDLINE</p> <input type="text"/> <p>Embase</p> <input type="text"/> <p>Andre kilder (spesifiser)</p> <input type="text"/> |
| <p>Oppgi søkedato: <input type="text"/></p> |

Oppgi antall treff i de ulike kildene:

CEA Registry

HTA Database

NHS EED

MEDLINE

Embase

Andre kilder (spesifiser)

List opp relevante helseøkonomiske evalueringer, med lenker:

Effekt og sikkerhet

16. Hva er dokumentert effekt og sikkerhet for pasientene?

Fyll ut evidenstabellene under med referansene som ble identifisert i litteratursøket. Tilføy også andre relevante referanser du eventuelt kjenner til. Man får opp flere evidenstabeller ved å trykke på -knappen. For å slette en tabell trykker man på -knappen.

a) Evidenstabeller for systematisk oppsummert forskning (kunnskapsoppsummeringer)

| | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse nr. | <input type="text" value="1"/> |
| BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN | |
| Referanse | Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients. Orlando JF et al. PLoS ONE 14(8): e0221848. 2019 |
| Ant. primærstudier inkludert | 36 (34 studies included patients while 4 studies set in paediatric or geriatric settings included the caregivers of patients) |
| Studiedesign på inkl. studier | Clinical trials: 5 Observational (cohort) studies: 26 Qualitative studies: 5 |
| Dato for litteratursøket | <input type="text" value="Dec 2017"/> |
| Populasjon: | Patients and/or their caregivers that were living in rural and remote areas and accessed health care for a clinical condition. |
| Antall pasienter totalt (N) | <input type="text" value="3607"/> |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | All studies utilised videoconferencing technologies to provide outpatient appointments between patients in their local health care centre and a health care provider at another centre. |
| Antall pasienter (n) | <input type="text" value="3607"/> |
| Kontrollgruppe: | |
| Metode(r) | <input type="text" value="No control group"/> |
| Antall pasienter (n) | <input type="text" value="Hvis oppgitt"/> |
| Utfallsmål: | Patient and/or caregivers' satisfaction utilising videoconferencing. The outcomes of satisfaction with telehealth were categorised into system experience, information sharing, consumer focus and overall satisfaction. |
| RESULTATER | |

| | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Effekt: | <p>Patient and caregivers' satisfaction with telehealth were measured using a range of different methods such as questionnaires (n = 28), numerical rating scores (n = 3), semi-structured interviews (n = 4) and focus groups (n = 1). The measures used were often developed for each study's unique setting, resulting in heterogeneity of measures.</p> <p>Data on satisfaction was extracted and descriptively synthesised in this review (i.e narrative synthesis). The clinical areas included medical specialties (n = 11), rehabilitation (n = 5), genetic counselling(n = 5), oncology (n = 4), mental health (n = 4), primary care (n= 2), obstetrics and gynaecology (n = 2), pharmacy (n = 1), dermatology and general surgery (n = 1) and anaesthetics (n = 1).</p> <p>Summary: There is consistent evidence that telehealth (videoconferencing) has an overall positive impact on patient and caregivers' satisfaction. System experience seems to enhance better access to health care for patients and their caregivers living in rural and remote areas highlighting that distance may no longer be a barrier. Real-time videoconferencing also appears to enhance communication and engagement between health care providers and patients and their caregivers. Irrespective of information and communication technologies, consumer focus remained a critical aspect of how a service was delivered. Consumer focus should not be compromised with the advances in information and communication technologies; but rather improve the functional delivery of telehealth.</p> <p>The included studies had varying methodological study quality.</p> |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| Sikkerhet: | <i>Bivirkninger og komplikasjoner</i> |
|-------------------|---------------------------------------|

ANNET (valgfritt)

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | <input type="text"/> |
| Evt. kommentarer | <p>The included studies only had patients in local health care centre and not patients using video at home.</p> <p>The studies were published between 2003 and 2017 and majority of studies were conducted in the USA (n = 19), followed by Canada (n = 7) and Australia (n = 6).</p> <p>Norsk oppsummering: videokonsultering har alt i alt positiv innvirkning på pasienters og helsepersonells tilfredshet og gjør helsetjenester bedre tilgjengelig. Det er varierende metodologisk kvalitet på de inkluderte studiene som gjør denne konklusjonen usikker. Studiene hadde ingen kontrollgruppe og en sammenlikning med konsultasjoner på sykehus er derfor ikke gjort.</p> |



| | |
|---------------|--------------------------------|
| Referanse nr. | <input type="text" value="2"/> |
|---------------|--------------------------------|

BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSSOPPSUMMERINGEN

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse | Using technology to improve access to specialist care in amyotrophic lateral sclerosis: A systematic review. Hobson EV et al. Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration, 17:5-6, 313-324 (2016) |
| Ant. primærstudier inkludert | 16 (however, only results from the 4 studies concerning video conferencing is reported from in this table) |
| Studiedesign på inkl. studier | Observational studies (service evaluation) |
| Dato for litteratursøket | End of 2014 |
| Populasjon: | Patients with amyotrophic lateralsclerosis (ALS) |
| Antall pasienter totalt (N) | 71 (from the 4 studies) |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Video conferencing (from tertiary hospital to home or local health centre) |
| Antall pasienter (n) | 71 |
| Kontrollgruppe: | |
| Metode(r) | No control group |
| Antall pasienter (n) | <i>Hvis oppgitt</i> |

| | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Utfallsmål: | Clinical and health resource impacts but, given the novelty and complexity of these technologies, we also included papers that described the feasibility and acceptability of the intervention and impact on burden and quality of life. |
| RESULTATER | |
| Effekt: | <p>Results form each study:</p> <p>Study 1) n=4: Acceptable topics for discussion: symptoms (75%), treatment options within the MND* team (75%), first line and treatment options elsewhere (100%), progress (100%). Less preferred topics: acceptance/coping with motor neuron disease (MND; 50%), preferences for end of life (25%). Limitations: Patients who become more disabled were unable to use equipment. All were young patients with computer experience</p> <p>Study 2) n=12: Predicted \$34,137 saving over two years in patient travel expenses.</p> <p>Study 3) n=17: Improved patient satisfaction and reduced driving time and travel costs.</p> <p>Study 4) n=38: Allowed patients who could not travel contact with MND clinic for approx. 1 extra year</p> <p>Summary: there is limited evidence to support the use of telemedicine in the care of patients with ALS.</p> <p>*motor neurone disease</p> |
| Sikkerhet: | <i>Bivirkninger og komplikasjoner</i> |
| ANNET (valgfritt) | |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | <input type="text"/> |
| Evt. kommentarer | <p>Only the studies concerning video conferencing is reported in this table (4 of 16) and were from the Netherlands (2006), 2 x US (2013) and Australia (2014). The included studies were feasibility studies or service evaluation and no formal evaluation was available. The included studies were of very low methodological quality.</p> <p>Norsk oppsummering: ut i fra denne oppsummeringen kan vi ikke si noe om effekten av videokonsultasjoner hos ALS pasienter bl a fordi det var få og små studier og ingen kontrollgruppe.</p> |



| | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse nr. | <input type="text" value="3"/> |
| BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN | |
| Referanse | Effectiveness of ambulatory telemedicine care in older adults: a systematic review, Batsis JA, J Am Geriatr Soc, 2019 |
| Ant. primærstudier inkludert | <input type="text" value="17"/> |
| Studiedesign på inkl. studier | <input type="text" value="RCT"/> |
| Dato for litteratursøket | <input type="text" value="July 2018"/> |
| Populasjon: | <input type="text" value="Older adults, from 60 to 90 years."/> |
| Antall pasienter totalt (N) | <input type="text" value="3548"/> |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Live, synchronous, two-way videoconferencing communication in non-hospital settings. All medical interventions were included. |
| Antall pasienter (n) | <input type="text" value="1939"/> |
| Kontrollgruppe: | |
| Metode(r) | Control groups varied by studies, predominantly consisting of standard, in-person, clinical care or usual health promotion care for the specific disease entity. |
| Antall pasienter (n) | <input type="text" value="1609"/> |
| Utfallsmål: | <input type="text" value="Rehospitalization, nonfatal events, or clinical complications."/> |

RESULTATER

Effekt:

The data from the studies was extracted and descriptively synthesised in this review (i.e. narrative synthesis).
A number of studies (n=7) demonstrated similar outcomes compared to a corresponding control group; others demonstrated considerable acceptability, adherence, and self-reported function. A number of studies (n=4) focused on fall, exercise, or strength-based measures and demonstrated improvements. Three studies suggested that telemedicine could lead to improved cognitive function. All but one study demonstrated feasibility in their older adult population. Improvements in utilization parameters were only observed in one study, while five studies demonstrated no differences.

Sikkerhet:

Bivirkninger og komplikasjoner

ANNET (valgfritt)

Metodisk kvalitet
(iht. sjekklister)

Lav

Evt. kommentarer

Subjective methodological quality of all included studies was considered low to intermediate based on the proportion of studies found to have a high risk of bias. Methodological problems in the included studies consisted of nonblinded data collectors, outcome assessors, and treatment allocation.

Norsk oppsummering: Videokommunikasjon kan muligens brukes i denne pasientpopulasjonen, men resultatene for helseutfall er heftet med stor usikkerhet siden risiko for systematiske feil i de inkluderte studiene er høy eller uklar.

Referanse nr.

4

BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Referanse

Telehealth and telemedicine applications for the diabetic foot: A systematic review, Hazenber CEVB et al., Diabetes Metab Res Rev, 2020

Ant. primærstudier inkludert

61 studies, whereas 12 were on audio, video and online communication. Two studies were on videoconsultation

Studiedesign på inkl. studier

The two studies on videoconsultation were non RCT

Dato for litteratursøket

31.08.2018

Populasjon:

People with diabetes mellitus who have a foot ulcer or who are at risk of developing one.

Antall pasienter totalt (N)

Not reported

Intervensjonsgruppe:

Metode

Telehealth and telemedicine approaches for assessing, monitoring, preventing or treating diabetic foot disease

Antall pasienter (n)

Not reported

Kontrollgruppe:

Metode(r)

Face-to-face treatments

Antall pasienter (n)

Not reported

Utfallsmål:

Validity, reliability, feasibility, effectiveness and costs in the outcome categories of assessment, monitoring, prevention, or treatment of diabetic foot disease

RESULTATER

Effekt:

A non-RCT reported no significant difference in ulcer healing between weekly telemedicine consultations using video interaction compared with face to face treatment in 12 weeks; 75% of ulcers healed in the telemedicine group versus 81% (P=0.546) in the face-to-face treatment group.

A qualitative study found that patients were satisfied and felt safe with the remote treatment support, the visiting nurse felt supported, and physicians felt a good basis for decision with using the tool.

Sikkerhet:

Bivirkninger og komplikasjoner



ANNET (valgfritt)

Metodisk kvalitet
(iht. sjekkliste)

Lav

Evt. kommentarer

The intervention for the 12 studies included both telephone, video-telephone, videoconference modules and interactive online communication platforms; only two studies fit our inclusion criteria. Obtained articles from a single database (Medline/Pubmed).

Norsk oppsummering: I én ikke-randomisert studie fant forskerne ingen signifikant forskjell i tilheling av fotsår hos diabetespasienter som hadde ukentlige videosamtaler sammenliknet med de som møtte hos legen. I én kvalitativ studie ble det rapportert at pasientene var fornøyd og følte seg trygge med videokonsultasjon, sykepleierne følte seg støttet og legene følte de hadde et godt grunnlag for å ta beslutning.



Referanse nr.

5

BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Referanse

Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review
M Blake Berryhill et al. Family Practice, Vol. 36, No. 1, 53–63 (2019)

Ant. primærstudier inkludert

21

Studiedesign på inkl. studier

6 RCT
4 - a quasi-experiential design
11 - studies an uncontrolled research design

Dato for litteratursøket

Jan 1991- Dec 2017

Populasjon:

Participants' diagnoses included panic disorder with and without agoraphobia, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, social phobia and hypochondriasis.
Age: mean from 8 to 62 years. Few studies on children and older people

Antall pasienter totalt (N)

RCT: 13 to 121
Qasi: 6 to 89
Uncontrolled: 1 to 33

Intervensjonsgruppe:

Metode

Videoconference - treatment
(i) Study participants received live, videoconferencing psychological therapy, (ii) videoconferencing psychological therapy was conducted one-on-one between therapist and client, and (iii) reliable and valid measures were utilized to measure anxiety, social anxiety, panic or phobia symptomology.

Antall pasienter (n)

RCT: 7 to 62
Quasi: 3 to 62
Uncontrolled: 1 to 33

Kontrollgruppe:

Metode(r)

Face to face treatment

Antall pasienter (n)

RCT: 6 to 59
Quasi: 3 to 27
Uncontrolled: no control group

Utfallsmål:

Improvement on anxiety measures

Reliable and valid measures (different questionnaires) were utilized to measure anxiety, social anxiety, panic or phobia symptomology.

RESULTATER

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Effekt: | <p>Fourteen studies found statistically significant improvement on their included anxiety measures from pre- to post-testing (11 reported clinically significant improvement); 2 did not find statistical significance. No information were given on the last five studies.</p> <p>10 controlled studies, 6 randomized and 4 quasi-experimental, compared intervention differeres between videoconferencing psychological therapy and face-to-face control groups. Of the 7 that tested differences between groups, none found differences between the videoconferencing psychological therapy and face-to-face groups.</p> |
| Sikkerhet: | <i>Bivirkninger og komplikasjoner</i> |
| ANNET (valgfritt) | |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Lav</div> |
| Evt. kommentarer | <p>Inadequate and incomplete reporting Narrative summary - no analyses and no numbers</p> <p>Locations were: clinics, community health care provider, outpatient health care settings, homes and schools</p> <p>Norsk oppsummering: I en tredjedel av studiene i den systematiske oversikten ble forskjell mellom videokonferanse og ansikt-til-ansikt behandling av angstsymptomer undersøkt. I disse studiene fant forskerne ingen forskjell mellom gruppene. Ut i fra denne systematiske oversikten kan vi ikke si om videokonferanse er like bra som ansikt-til-ansikt behandling av panikk lidelser siden det ikke er gjort verken metaanalyser eller oppgitt gjennomsnittsverdier, standardavvik eller konfidensintervall. Vi vurderte metodisk kvalitet som lav.</p> |



b) Evidenstabeller for primærstudier

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse nr. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">1</div> |
| BESKRIVELSE AV STUDIEN | |
| Referanse | Smart Care Based on Telemonitoring and Telemedicine for Type 2 Diabetes Care: Multi-Center Randomized Controlled Trial. Jeong JY et al.; <i>Telem J E Health</i> 2018;24(8):604-13. |
| Land | South Korea |
| Studiedesign | Multicenter RCT (24 weeks) |
| Populasjon: | Patients with type 2 diabetes |
| Intervensjonsgruppe: | <p>Telemonitoring group:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visited outpatient clinic after 8, 16, and 24 weeks - additional telemonitoring service that included remote glucose monitoring with automated patient decision support by text. <p>Telemedicine group:</p> <ul style="list-style-type: none"> - outpatient visit was replaced by video conferencing in week 8 and 16. - visited outpatient clinic at week 24 - additional telemonitoring same as the in the telemonitoring group - home delivery of prescribed medicines <p>Smart care unit (SCU) used for telemonitoring: Web-enabled computer with a camera and specific software, a glucometer, and a body composition analyzer. Provides feed-back based on glucose monitoring.</p> |
| Antall pasienter (n) | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> Telemonitor gr: 113 Telemedicine gr: 112 </div> |
| Kontrollgruppe: | <p>Conventional care group:</p> <ul style="list-style-type: none"> - outpatient appointments with endocrinologis after 8, 16, and 24 weeks. - diabetes self care, incl and self-monitoring of blood glucose level by provided |
| Metode(r) | |

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | glucometer |
| Antall pasienter (n) | 113 |
| Utfallsmål: | Primary outcome: change in HbA1c concentration from baseline to 24 weeks. |
| RESULTATER | |
| Effekt: | <p>The reduction in HbA1c concentration (mean +/-) after 24 weeks were similar in the conventional, telemonitoring and telemedicine groups:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conventional gr: -0,66 +/- 1.03 %; p<0.001 - Telemonitring gr: -0.66 +/- 1.09; %; p<0.001 - Telemedicine gr: -0.81 % +/- 1.05 %; p<0.001 <p>p>0.05 for each comparison</p> <p>The change in mean fasting glucose concentrations (mg/dl) from baseline was significantly greater in the telemonitoring and telemedicine groups than in the control group:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conventional gr: -4.97 +/- 41.14 - Telemonitoring gr: -7.62 +/- 42.92 - Telemedicine gr: -12.28 +/- 41.20 <p>p value for difference between telemonitoring and telemedicine group: 0.9181</p> <p>Other outcomes: Rates of hypoglycemia were lower in the telemedicine group than in the other two groups, and compliance with medication was better in the telemonitoring and telemedicine than in the conventional group.</p> |
| Sikkerhet: | No serious adverse events were associated with telemedicine. |
| ANNET (valgfritt) | |
| Finansieringskilde | This research was supported by the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute, funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (HI16C1501) and a 2010 consignment research grant from LG Electronics through the Ministry of Trade, Industry and Energy of South Korea (1003518). |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Uklar risiko for systematiske feil |
| Evt. kommentarer | Norsk oppsummering: Denne studien ble inkludert i mini-metodevurderingen selv om inklusjonskriteriene ikke var helt i tråd med inklusjonskriteriene for denne mini-mv. Forskernes formål med studien var å måle effekten av et «home telemonitoring system» som innbefattet mer enn kun videokonsultasjon. For vårt formål vurderte vi sammenligningen telemonitoring (monitorering + konsultasjon på sykehus) med telemedicine (monitorering + videokonsultasjon). På denne måten ble effekten av videokonsultasjon alene vurdert. For utfallene reduksjon i HbA1c konsentrasjon og endring i fastende glukose konsentrasjoner var det ingen forskjell mellom disse to gruppene. Studien hadde en uklar risiko for systematiske skjevheter. |



| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse nr. | 2 |
| BESKRIVELSE AV STUDIEN | |
| Referanse | Home-Based Outpatient Telepsychiatry to Improve Adherence With Treatment Appointments: A Pilot Study. Shulman M et al. Psychiatr Serv. 68(7): 743–746 (2017) |
| Land | USA |
| Studiedesign | RCT (pilot) |
| Populasjon: | Patients with any psychiatric diagnosis (but not suicidal or any acute safety concerns) and who had been nonadherent with outpatient appointments (i.e. missed two scheduled clinic appointments due to no-show or cancellation with less than 24 hours notice over a two-month period at any point over the past six months). Ages of 18-65 |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Home-based video conferencing |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antall pasienter (n) | 11 |
| Kontrollgruppe: | |
| Metode(r) | Outpatient treatment as usual |
| Antall pasienter (n) | 11 |
| Utfallsmål: | Primary outcome measure was improvement in visit adherence from a six-month baseline. |
| RESULTATER | |
| Effekt: | <p>The frequency of participants' visits continued as clinically indicated in both treatment groups. Participants in both groups were treated with psychotropic medication and talk therapy by their psychiatrist as clinically indicated.</p> <p>The baseline no-show rate across both groups during the six months prior to study recruitment was a mean±SD of 41% ± 19%.</p> <p>The no-show rate was 28% ± 22% during the study.</p> <p>Participants in the telepsychiatry group (Intervention group) missed 23% ± 25% of scheduled visits, and the treatment-as-usual group (control) missed 31%±19%.</p> <p>The percentage improvement from baseline did not differ significantly between the telepsychiatry group (14%±20%) and the treatment-as-usual group (15% ±22%).</p> |
| Sikkerhet: | <p>Interventiongroup: no adverse events (suicide attempts, completed suicides, hospitalizations). A single visit (1.6% of total visits) was missed because of technical issues.</p> <p>Control group: two hospitalizations due to exacerbations of underlying psychiatric illness</p> |
| ANNET (valgfritt) | |
| Finansieringskilde | This study was partly supported by National Institute on Drug Abuse grant T32 DA007294. |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Høy risiko for systematiske feil |
| Evt. kommentarer | Norsk oppsummering: Resultatene viste ingen vesentlig forskjell mellom gruppene i denne studien og det konkluderes derfor med at «visit nonadherence among frequently nonadherent individuals is largely unrelated to inconvenience». Men det er mange begrensninger med denne studien som bl a svært få pasienter, kort studieperiode og seleksjonsbias som gjør at resultatene er svært usikre. |



| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse nr. | 3 |
| BESKRIVELSE AV STUDIEN | |
| Referanse | Videoconferencing in a mental health service in The Netherlands: A randomized controlled trial on patient satisfaction and clinical outcomes for outpatients with severe mental illness. Hulsbosch Am et al. J Telemed Telecare 23(5):513-20 (2017) |
| Land | Netherlands |
| Studiedesign | RCT (18 months) |
| Populasjon: | Patients with severe and enduring (at least two years) psychiatric problems (in accordance with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) criteria) and impairments in daily functioning as a result of the psychiatric condition. |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Patients received video communication on top of care as usual. Video communication was available to the patients on a 24/7 basis. |
| Antall pasienter (n) | 47 |
| Kontrollgruppe: | |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metode(r) | Care as usual (not specified) |
| Antall pasienter (n) | 46 |
| Utfallsmål: | Primary outcome: patient satisfaction Secondary outcomes: quality of life, loneliness, daily functioning (psychologically and socially), and the fulfilment of needs of care |
| RESULTATER | |
| Effekt: | <p>Patients satisfaction (assessed with the The 'GGZ Thermometer, a 16-item questionnaire covering the following domains: information, shared decisionmaking, the sympathy and understanding of the healthcare professional, and treatment result): No statistically significant results were found.</p> <p>Additionally, patients were asked to grade the received care on a scale from 1 (very poor) to 10 (excellent): A statistically significant time by treatment interaction effect was found for the grades given by the participants. At nine months the grades for both patient groups were slightly lower than at baseline. However, at 18 months there was a recovery within the VCF group whereas the grade of the control group was still slightly dropping.</p> <p>The secondary outcomes revealed no differences between the two groups.</p> <p>The participants did not use the VCF units extensively during the project; yet they were reasonably satisfied with the VCF (on average, they rated the service with a 7.5 grade on a scale from 1–10).</p> |
| Sikkerhet: | <i>Bivirkninger og komplikasjoner</i> |
| ANNET (valgfritt) | |
| Finansieringskilde | The work was supported by the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport. |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Høy risiko for systematiske feil |
| Evt. kommentarer | High number of drop-outs (control gr: 8 of 46; intervention gr: 13 of 47). Norsk oppsummering: resultatene indikerer at det er ingen forskjell om pasientene for videokonsultasjon på toppen av vanlig behandling eller ikke, men studien har høy risiko for systematiske skjevheter og resultatene er derfor svært usikre. |



| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse nr. | 4 |
| BESKRIVELSE AV STUDIEN | |
| Referanse | The Impact of Telehealth and Care Coordination on the Number and Type of Clinical Visits for Children With Medical Complexity. McKissick HD, Cady RG, Looman WS, Finkelstein SM. J Pediatr Health Care 2017;31(4):452-8. |
| Land | USA |
| Studiedesign | RCT |
| Populasjon: | Children with medical complexity (CMC) Common conditions include congenital or acquired multisystem conditions, cancer or cancer in remission with ongoing disability in multiple areas, and severe neurologic conditions with marked functional impairment Age: 2 to 15 years |
| Intervensjonsgruppe: | APRN telehealth care Group 1: telephone group Group 2: telephone plus video - video group |
| Metode | |
| Antall pasienter (n) | Group 1 telephone: 54 Group 2 video: 54 |
| Kontrollgruppe: | |

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metode(r) | Traditional health care home coordination (usual care) |
| Antall pasienter (n) | 53 |
| Utfallsmål: | <p>Number of visits, i.e. planned and unplanned clinical and therapy visits over a 30 months period.</p> <p>The primary goal was to determine whether the intervention decreased the number of unplanned clinical visits and whether the availability of video telehealth technology was more effective than telephone-only telehealth technology</p> |
| RESULTATER | |
| Effekt: | <p>Only subjects who completed the study were analyzed: Group 1 telephone: 50 Group 2 video: 51 Control: 47 Randomly stratified to age 2-5, 6-12 and 13-15 . At the conclusion of a six month baseline period the two year randomised control trial started.</p> <p>Visits at: baseline - month 1-6 - month 7-12 - month 13-18 - month 19-24</p> <p>Unplanned visits: a) Total number of visits. *statistical difference from baseline Control: 115 - 88 - 67* - 67* - 74* Group 1: 115 - 100 - 83* - 71* - 75* Group 2: 124 - 125 - 100 - 88 - 69*</p> <p>b) Mean visits per subject: Control: 2.45 (2.58) - 1.87 (1.98) - 1.43 (1.96) - 1.43 (1.96) - 1.57 (2.62) Group 1: 2.30 (2.38) - 2.00(2.13) - 1.66 (2.13) - 1.42 (2.02) - 1.50 (1.56) Group 2: 2.43 (1.89) - 2.45 (1.93) - 1.96 (2.53) - 1.73 (1.98) - 1.35 (1.52)</p> <p>c) Significance of group differences, p-value. 0.634 - 0.176 - 0.347 - 0.410 - 0.410 - 0.112 No group differences.</p> <p>Planned visits: a) Total number of visits. *statistical difference from baseline Control: 254 - 219 - 215 - 220 - 196* Group 1: 293 - 271 - 276 - 288 - 285 Group 2: 322 - 302 - 356 - 381 - 328</p> <p>b) Mean visits per subject: Control: 5.40 (3.81) - 4.66 (4.08) - 4.57 (3.92) - 4.68 (4.09) - 4.17 (3.90) Group 1: 5.86 (3.36) - 5.42 (3.85) - 5.52 (4.04) - 5.76 (5.09) - 5.70 (5.05) Group 2: 6.31 (4.97) - 5.92 (4.03) - 6.98 (4.91) - 7.47 (6.14) - 6.43 (6.65)</p> <p>c) Significance of group differences, p-value: 0.622 - 0.177 - 0.028* - 0.049* - 0.132 - 0.029* The video group, Group 2, was significantly higher than than the control group, based on a Kruskal-Wallis H test, i. e. more visits.</p> <p>Summary: Unplanned visits: In all groups the number of unplanned visits were lower at the end of the investigation compared to baseline (within groups), but no statistical difference were found between the groups.</p> <p>Planned visits: Only the control group showed a reduction in planned visits at the end of the investigation compared to baseline (within groups). The video group, Group 2, showed a statistical significant higher number of planned visits (i. e. better) than the control group (between groups).</p> |
| Sikkerhet: | Not reported |
| ANNET (valgfritt) | |
| Finansieringskilde | Funded by NIH grant R01NR01883 from the National Institute of Nursing Research. |



| | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Høy risiko for systematiske feil |
| Evt. kommentarer | Norsk oppsummering: Ingen forskjell mellom gruppene i ikke-planlagte konsultasjoner. Derimot var det flere planlagte konsultasjoner i video-gruppen enn i kontrollgruppen noe forfatterne mener er positivt. Studien hadde høy risiko for systematiske skjevheter og resultatene er derfor usikre. |

| | |
|---------------|---|
| Referanse nr. | 5 |
|---------------|---|

BESKRIVELSE AV STUDIEN

| | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse | Telemedicine for pediatric surgical outpatient follow-up: a prospective, randomized single-center trial. Goedeke J, Ertl A, Zöller D, Rohleder S, Muensterer OJ. J Pediatr Surg 54(1):200-7 (2019) |
| Land | Germany |
| Studiedesign | RCT |

| | |
|--------------------|-------------------------------------------------------|
| Populasjon: | Pediatric surgical patients, n=224 Age: 0-17 years |
|--------------------|-------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Telemedicine - video telephony |
| Antall pasienter (n) | 112 |

| | |
|------------------------|----------------------------------------------------------|
| Kontrollgruppe: | |
| Metode(r) | Conventional clinical follow-up in the outpatient clinic |
| Antall pasienter (n) | 112 |

| | |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Utfallsmål: | <p>Primary outcome:</p> <p>a) Quality of follow-up care (participant): - to what extent participants felt informed about the current disease status, further treatment course and individual post-visit instructions. The quality of the followup visit was measured using Likert scales with values between 0 (very bad) and 10 (very good). A value below 8 was defined as "not well informed".</p> <p>b) Quality assessment of follow-up (provider): - how confident the surgeon was about being able to obtain adequate clinical information (history and physical), as well as the level of confidence the provider had in patient assessment and formulating a treatment plan</p> <p>Secondary outcomes (participants):</p> <p>a) Satisfaction: 10 questions, 1= strongly to disagree 6=strongly agree b) Time burden: overall time burden for several outcomes c) Costs of the encounter: estimated for travel distance to hospital, costs for hotel accommodations, and loss of earnings</p> <p>Secondary outcomes (provider):</p> <p>a) The time burden and costs regarding telemedical consultation in comparison to onsite (control group) consultation were assessed in the provider questionnaire.</p> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

RESULTATER

| | |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Effekt:</p> | <p>Quality assessment of follow-up care (participant): a) Overall, telemedical follow-up was rated significantly better than the control follow-up (rating > 8 in all three criteria set, telemedicine 77.8% (95% CI: [0.7, 0.86]) vs. 48% control (95% CI: [0.38; 0.58]), p < 0.001).</p> <p>Quality assessment of follow-up care (provider): a) Transmission was described as sufficient to make clinical management decisions and to formulate a plan. In about one quarter of cases, telemedical physical inspection was supplemented by active caregiver involvement as coached by the provider. b) In 1 of 112 patients (0.9%) in the telemedical study group, the provider felt unsure about the assessment of the findings by means of video communication, and an onsite examination was scheduled promptly. There were no adverse events from potentially missed clinical findings in the 111 patients solely followed up by telemedicine.</p> <p>Secondary outcomes (participants) Satisfaction: a) Overall satisfaction was rated significantly higher in the telemedical group (telemedical: mean=5.40, 95% CI: [5.28, 5.52]; control: mean=5.10, 95% CI: [4.92, 5.28]; on an ordinal scale :1 -6, higher score means better, p <0.029). Superiority of the telemedical follow-up was also found for all other satisfaction-related questions.</p> <p>Time burden: a) There were substantial time and resource savings in the telemedical group compared to the control group. Total time invested for follow-up: Telemedicine: less than 30 min, n= 58, 51.8%. From 30 to 60 min, n = 49 (43.8%). Control group: most participants invested more than 60 min (n= 67, 59.8%).</p> <p>b) Overall, the difference was statistically significant for all questions concerning time burden (p < 0.01). In particular, parents and patients required less overall time for the follow-up, less travel time, and less time off work, kindergarten or school.</p> <p>Costs of the encounter: a) Telemedicine was associated with substantial cost-saving for the participant. For example: all participants in the control group had travel expenses. Loss of wage earnings was reported in 10 out of 112 caregivers in the telemedicine group compared to 54 out of 112 in the onsite group (p b 0.001).</p> <p>Secondary outcomes (provider) a) The telemedical follow-up was slightly more timeconsuming for the physician compared to follow-up in the control group. Additional time was required for online registration and scheduling, since administrative staff was not available in the pilot phase of the study. Since only the physician was involved in this telemedical follow-up study, no costs for nursing and administrative staff were generated.</p> <p>Summary: telemedical group scored significantly higher (better) on all outcomes compared with the control group. The only exception was that the telemedical follow-up was slightly more time-consuming for the physician than follow-up in clinics.</p> |
| <p>Sikkerhet:</p> | <p>Adverse events: When the providers were under the impression that telemedicine did not supply adequate information about the current state of the patient or medical judgment was compromised, the encounter was considered a failure and onsite evaluation was scheduled in a timely manner.</p> <p>- For n= 1 in the telemedical group the provider felt unsure about the assessment of the findings by means of video communication, and an onsite examination was scheduled promptly (se above; results). Otherwise no adverse events were reported.</p> |
| <p>ANNET (valgfritt)</p> | |
| <p>Finansieringskilde</p> | <p>This work was supported by Sterntaler e.V. Mainz and the Else Kröner-Fresenius-Foundation, Germany.</p> |



| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Lav risiko for systematiske feil |
| Evt. kommentarer | Norsk oppsummering: Telemedisin og videokonsultasjoner kommer bedre ut på alle utfallsmål sammenliknet med kontroller på sykehus. Eneste unntaket er at tidsbruken blir noe lengre for legen. |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse nr. | 6 |
| BESKRIVELSE AV STUDIEN | |
| Referanse | Patient reported outcomes with remote orthopaedic consultations by telemedicine: A randomised controlled trial, Buvik A, Journal of Telemedicine and Telecare (2019) |
| Land | Norge |
| Studiedesign | RCT |
| Populasjon: | Patients referred to or scheduled for a consultation at the orthopaedic outpatients clinic. |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Patients receiving video-assisted remote consultation at a regional medical centre. Remote consultation was performed through real-time videoconference, with a trained nurse and patient at the remote location and an orthopaedic surgeon at UNN. No physician was present with the patient at the remote site. |
| Antall pasienter (n) | 199 |
| Kontrollgruppe: | |
| Metode(r) | Patients receiving standard consultation at the orthopaedic outpatient clinic of the University Hospital of North Norway (UNN) |
| Antall pasienter (n) | 190 |
| Utfallsmål: | Patient-reported health outcomes and satisfaction |
| RESULTATER | |

| | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Effekt: | <p>Patients overall satisfaction with the consultations: Intervention group: very satisfied: 233 (81%); satisfied: 51 (18%), neither satisfied nor unsatisfied: 3 (1%) Control group: very satisfied: 188 (78%); satisfied: 50 (21%), neither satisfied nor unsatisfied: 4 (2%) The patients were equally satisfied ($p = 0.57$).</p> <p>Want a next consultation as remote consultation at a regional medical centre (question asked to the patients after first consultation): Intervention group: 159 (86%) Control group: 107 (63%) A significant difference was observed; $p < 0.0001$</p> <p>Change in pain/discomfort from baseline to 12 months: Intervention group: Improved 27 (21%), same 93 (73%), worse 7 (6%) Control group: Improved 29 (22%), same 84 (63%), worse 21 (16%) A significant difference was observed; $p = 0.025$</p> <p>Shorter travel time (82%, very high and high degree) and want to support a local offer/activity in general (87%, very high and high degree) were the main reasons for the patients preferring remote consultation at a regional medical centre. The patients preferring standard consultations at the hospital wanted to meet the specialist face to face (86%, very high and high degree) and combine the consultations at the hospital with other activity (40%, very high and high degree).</p> <p>No significant differences were observed in patient-reported health at baseline and after 12 months with respect to the EQ-5D (European quality of life five-dimension) index and EQ-VAS (European quality of life visual analogue scale) in the two groups. Changes in EQ-5D and EQ-VAS from baseline to 12 months were not significantly different between the two groups. ($p = 0.42$)</p> <p>99% of patients and 92% of specialists reported very good or good technical performance of the video technology.</p> |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| Sikkerhet: | <i>Bivirkninger og komplikasjoner</i> |
|-------------------|---------------------------------------|

ANNET (valgfritt)

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Finansieringskilde | The study was funded by a research grant from the North Norway Regional Health Authority |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Lav risiko for systematiske feil |
| Evt. kommentarer | <p>Same study as in reference no 7, but with other outcomes.</p> <p>Norsk oppsummering: Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene med hensyn til tilfredshet med intervensjonen eller for pasient-rapportert helse. Derimot var det en signifikant bedre effekt i gruppen som fikk videoassistert konsultasjon når det gjaldt endring i smerte/ubehag fra start og til 12 måneders oppfølgingen sammenliknet med gruppen som fikk standard face-to-face konsultasjon. Det var også signifikant flere som ønsket videoassistert konsultasjon som sin neste konsultasjon enn de som ikke ønsket det når begge gruppene ble spurt.</p> |



| | |
|---------------|---|
| Referanse nr. | 7 |
|---------------|---|

BESKRIVELSE AV STUDIEN

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse | Cost-effectiveness of telemedicine in remote orthopedic consultations: Randomized controlled trial, Buvik A, J Med Internet Res, 2019 |
| Land | Norge |
| Studiedesign | RCT |
| Populasjon: | Patients referred to or scheduled for a consultation at the orthopaedic outpatients clinic. |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Patients receiving video-assisted remote consultation at a regional medical centre. Remote consultation was performed through real-time videoconference, with a trained nurse and patient at the remote location and an orthopaedic surgeon at UNN. No physician was present with the patient at the remote site. |

| | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antall pasienter (n) | 199 |
| Kontrollgruppe: | |
| Metode(r) | Patients receiving standard consultation at the orthopaedic outpatient clinic of the University Hospital of North Norway (UNN) |
| Antall pasienter (n) | 190 |
| Utfallsmål: | Health outcomes were measured as quality-adjusted life years (QALYs) gained |

RESULTATER

| | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Effekt: | <p>The average travel cost per patient (Euro): Intervention group: 40.73 Control group: 148.65</p> <p>Production loss because of absence from work to receive orthopedic consultation (Euro): Intervention group: 11 Control group: 34</p> <p>Total costs per patient consultation (Euro): Intervention group: 186 Control group: 121</p> <p>Effectiveness (QALYs gained): Intervention group: 0.9 Control group: 0.5 P = 0.29 (Not significant)</p> <p>The time spent on traveling was 6 times higher for patients traveling to the hospital. Patients in the intervention group saved on average 7 hours and 40 minutes on traveling.</p> |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| Sikkerhet: | <i>Bivirkninger og komplikasjoner</i> |
|-------------------|---------------------------------------|

ANNET (valgfritt)

| | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Finansieringskilde | The study was funded by a research grant from the North Norway Regional Health Authority |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Lav risiko for systematiske feil |
| Evt. kommentarer | <p>Same study as in reference no 6, but with other outcomes.</p> <p>Norsk oppsummering: Videoassistert konsultasjon er kostnadseffektivt både sett fra et samfunns- og helsetjenesteperspektiv når sammenliknet med standard face-to-face konsultasjon. Sensitivitetsanalyser viser at dette holder så lenge det er flere enn 151 (samfunnsperspektiv) og 183 (helsetjenesteperspektiv) pasientkonsultasjoner per år. Kvalitetsjusterte leveår (QALYs) oppnådd var ikke signifikant forskjellig mellom de to gruppene.</p> |



| | |
|---------------|---|
| Referanse nr. | 8 |
|---------------|---|

BESKRIVELSE AV STUDIEN

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referanse | A randomized trial of telemedicine for migraine management. Friedman DI, Rajan B, Seidmann A. Cephalalgia Vol. 39(12) 1577–1585 (2019) |
| Land | USA |
| Studiedesign | RCT |
| Populasjon: | Migraine patients - meeting the International Classification for Headache Disorders (ICHD-2) criteria for migraine |
| Intervensjonsgruppe: | |
| Metode | Synchronous two-way videobased telemedicine |
| Antall pasienter (n) | 22 18 completed study |
| Kontrollgruppe: | |

| Metode(r) | In-office visits | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|---------|----------------------|------|--------|-----|-----------------------|---------|-------|---------|----------------------|--------------------|--------------------|------|---------------|---------|-------|---------|----------------------|--------------------|--------------------|------|---------------|---------|-------|---------|----------------------|------------------|------------------|------|---------------|
| Antall pasienter (n) | 22 12 completed study | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utfallsmål: | <p>Patient outcomes Patient satisfactions</p> <p>All participants completed a Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) and an allodynia questionnaire during their initial visit</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTATER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Effekt: | <p>Follow-up visits at: 4-6 weeks, 3, 6, 9, 12 months</p> <p>Questionnaires: 1) MIDAS: number of headache days in the previous 3 months, and severity on a scale of 0–10 with 10=pain that is as bad as it can be. 2) Allodynia Questionnaire: no explanation was provided.</p> <p>a) Visits completed as scheduled (%) (primary outcome measure):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Control</th> <th>Video</th> <th>p-value</th> <th>95% CI of difference</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87 %</td> <td>92.6 %</td> <td>0.3</td> <td>Odds Ratio: 0.61–6.17</td> </tr> </tbody> </table> <p>b) Improvement in MIDAS from baseline to 12 months:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Control</th> <th>Video</th> <th>p-value</th> <th>95% CI of difference</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.3 (2.9 to 35.7)</td> <td>23.6 (1.3 to 48.4)</td> <td>0.76</td> <td>-32.8 to 24.3</td> </tr> </tbody> </table> <p>c) Improvement in headache days from baseline to 12 months:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Control</th> <th>Video</th> <th>p-value</th> <th>95% CI of difference</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8.1 (-1.1 to 17.3)</td> <td>18.2 (3.4 to 32.9)</td> <td>0.22</td> <td>-26.8 to 6.67</td> </tr> </tbody> </table> <p>d) Improvement in headache severity from baseline to 12 months:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Control</th> <th>Video</th> <th>p-value</th> <th>95% CI of difference</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.7 (0.1 to 3.3)</td> <td>1.7 (1.0 to 2.4)</td> <td>0.97</td> <td>-1.72 to 1.66</td> </tr> </tbody> </table> <p>Our conclusion: All groups reported an improvement from baseline to end of follow-up, but there were no group differences in "Visits completed as scheduled", "Improvement in MIDAS", "Improvement in headache days" or "Improvement in headache severity".</p> <p>The authors noted that: The study was not, however, sufficiently powered to show that treatment via telemedicine is non-inferior (or superior).</p> | Control | Video | p-value | 95% CI of difference | 87 % | 92.6 % | 0.3 | Odds Ratio: 0.61–6.17 | Control | Video | p-value | 95% CI of difference | 19.3 (2.9 to 35.7) | 23.6 (1.3 to 48.4) | 0.76 | -32.8 to 24.3 | Control | Video | p-value | 95% CI of difference | 8.1 (-1.1 to 17.3) | 18.2 (3.4 to 32.9) | 0.22 | -26.8 to 6.67 | Control | Video | p-value | 95% CI of difference | 1.7 (0.1 to 3.3) | 1.7 (1.0 to 2.4) | 0.97 | -1.72 to 1.66 |
| Control | Video | p-value | 95% CI of difference | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 87 % | 92.6 % | 0.3 | Odds Ratio: 0.61–6.17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Control | Video | p-value | 95% CI of difference | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.3 (2.9 to 35.7) | 23.6 (1.3 to 48.4) | 0.76 | -32.8 to 24.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Control | Video | p-value | 95% CI of difference | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.1 (-1.1 to 17.3) | 18.2 (3.4 to 32.9) | 0.22 | -26.8 to 6.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Control | Video | p-value | 95% CI of difference | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7 (0.1 to 3.3) | 1.7 (1.0 to 2.4) | 0.97 | -1.72 to 1.66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sikkerhet: | Not reported | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNET (valgfridd) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Finansieringskilde | This study was funded by Merck, Inc. The sponsor did not contribute to the concept, study design, collection of data, data analysis, conclusions, or writing of the manuscript. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Metodisk kvalitet (iht. sjekklister) | Uklar risiko for systematiske feil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evt. kommentarer | <p>Liten studie med få pasienter - og få som fullførte, spesielt i kontrollgruppen. Trekker for høyt frafall.</p> <p>Norsk oppsummering: Telemedisin og videokonsultasjoner like bra som konsultasjoner på sykehus. Studien hadde uklar risiko for systematisk feil og resultatene er derfor usikre.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



17. Hva er den samlede kliniske effekten av den aktuelle metoden?

A) Studiedesign (og evt. studiekvalitet): Er studiene som er funnet egnet til å besvare spørsmålet om effekt?

Det ble inkludert 8 randomiserte kontrollerte studier og 5 systematiske oversikter.

Randomiserte kontrollerte studier er egnet til å besvare spørsmål om effekt. Den metodiske kvaliteten på studiene inkludert i denne mini-metodevurderingen varierte. Tre studier hadde høy risiko for systematiske skjevheter, tre studier hadde lav risiko og for to studier var risikoen uklar.

Kun én systematisk oversikt hadde bare inkludert randomiserte kontrollerte studier. I de øvrige oversiktene var det inkludert studier både med og uten kontrollgrupper. Studier uten kontrollgrupper er ikke egnet til å besvare effektspørsmål.

B) Konsistens: Peker resultatene for effekt av tiltaket i de ulike systematiske oversiktene/ primærstudiene i samme retning?

Ja (se punkt D)

C) Overførbarhet: Er resultatene overførbare til din kliniske virkelighet?

Selv om studiene inkludert i denne mini-metodevurderingen omfatter kun enkelte pasientgrupper, vil dette trolig også kunne overføres til andre pasientgrupper som følges opp av spesialisthelsetjenesten. Det må allikevel tas forbehold (se punkt 17 D).

D) Hva er etter din vurdering hovedkonklusjonen når det gjelder klinisk effekt av metoden? Begrunn svaret.

Vi fant studier med følgende pasientgrupper:

Diabetes: 1 primærstudie og 1 systematisk oversikt

Psykiatriske diagnoser: 2 primærstudier og 1 systematisk oversikt

Barn: 2 primærstudier

Migrene: 1 primærstudie

Ortopedi: 2 primærstudier (inneholder de samme pasientene)

Pasienter med lang vei til sykehus: 1 systematisk oversikt

Eldre voksne: 1 systematisk oversikt

ALS: 1 systematisk oversikt

Videokonsultasjoner kommer omtrent like godt ut, og i enkelte studier også bedre, sammenlignet med fysisk oppmøte (face-to-face konsultasjoner) på sykehus når det gjelder tilfredshet, kliniske utfallsmål og tidsbruk for pasienter og pårørende. En norsk studie viste at videoassistert konsultasjon er kostnadseffektivt (forutsatt et visst volum) både sett fra et samfunns- og helsetjenesteperspektiv når det sammenlignes med standard face-to-face konsultasjon.

Det er knyttet usikkerhet til resultatene. Faktorer som bidrar til denne usikkerheten er bl.a.:

- Metodisk kvalitet på studiene: Kvaliteten på primærstudiene varierte fra høy risiko til lav

risiko for systematiske feil. Flere av studiene inkludert i de systematiske oversiktene var også av lav metodologisk kvalitet og mange uten kontrollgrupper. I tillegg hadde enkelte studier inkludert få pasienter.

- Begrensninger ved litteratursøket: Grunnet tidsaspektet ble det gjennomført et relativt begrenset (men systematisk) litteratursøk. Søket etter primærstudier ble også tidsbegrenset fra 2017 frem til mars 2020, men det ble ikke gjort noen tidsbegrensninger i søket etter systematiske oversikter.

I tillegg hadde de inkluderte studiene kun utvalgte pasientpopulasjoner. Med et visst forbehold kan resultatene overføres til flere pasientgrupper.

18. Hva er sikkerheten ved den aktuelle metoden?

A) For pasientene: Basert på forskningsstudiene, foreligger det alvorlige bivirkninger eller andre komplikasjoner for pasientene knyttet til metoden? Hvis ja, spesifiser:

Uønskede hendelser og bivirkninger var i liten grad rapportert eller satt opp som utfallsmål i de inkluderte studiene og kan derfor ha vært oversett eller underrapportert. Da flere av studiene var små, er det også mulig at disse ikke ble fanget opp.

For primærstudier har vi kun søkt etter studier med kontrollgruppe, og har derfor ikke fanget opp case-studier, registerstudier og studier uten kontrollgruppe som i større grad kunne fanget opp enkelte uønskede hendelser.

B) For personalet: Basert på forskningsstudiene, foreligger det sikkerhetsproblemer for personalet knyttet til metoden? Hvis ja, spesifiser:

Nei, det var ikke rapporter om noen sikkerhetsproblemer for personalet knyttet til metoden

C) Stråling: Innebærer metoden bruk av stråling?

- Metoden innebærer ikke bruk av stråling
- Metoden innebærer økt bruk av stråling sammenlignet med dagens praksis (for pasient og/eller personell). Spesifiser.
- Metoden innebærer redusert bruk av stråling sammenlignet med dagens praksis (for pasient og/eller personell). Spesifiser.

D) Finnes det andre bivirkninger eller sikkerhetsproblemer for pasient eller personell som du kjenner til ved bruk av metoden enn de som er registrert i studiene? Hvis ja, spesifiser:

Spesialisthelsetjenestens ekspertkunnskap og kliniske blikk kan være hemmet av mangel på bruk av luktesans, palpasjon etc. Det kan gi feilvurderinger sammenlignet med fysiske undersøkelser, observasjon og vurdering (Eks 1: Dårlig bilde av hud eller sår som kan gi feil bilde av situasjonen og svekke den klinisk vurderingen. Eks 2: Lukt av alkohol eller urenheter hos pasienter ved f eks vurdering og behandling hos psykiater).

- E) Hva er etter din vurdering hovedkonklusjonen når det gjelder sikkerheten ved metoden?
Begrunn svaret.

Det var rapportert svært få uønskede kliniske hendelser i de inkluderte studiene. Det er imidlertid vanskelig å konkludere sikkert, fordi rapporteringen i studiene kan være ufullstendig. Case-studier, registerstudier og studier uten kontrollgruppe, som muligens ville fanget opp enkelte uønskede hendelser, er ikke inkludert i denne mini-metodevurderingen.

Det forutsettes at konsultasjoner er underlagt bestemmelser om informasjonssikkerhet og personvern. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, er en bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern og utarbeidet og forvaltet av organisasjoner og virksomheter i helsesektoren. Normen skal sikre at opplysninger behandles slik at helse- og omsorgstjenester kan tilbys på en forsvarlig måte og samtidig ivaretar innbyggernes tillit til sektoren.

Etikk

19. Utfordrer metoden etablerte verdier i samfunnet?

En videokonsultasjon vil være like etisk som et oppmøte, men den kliniske undersøkelse og blikk er redusert. Kriterier for bruk av metoden vil ta det i betraktning og medisinsk personell vil sikre seg gjennom spørsmål, dvs svar fra pasienten på spørsmål som kan gi dem bedre data på manglende forhold rundt klinisk undersøkelse og klinisk blikk. Behandler og pasient ser og hører hverandre. Bruk av videokonsultasjon gjør at pasienten ikke trenger å reise, men kan snakke med helsepersonell i sin egen stue.

Organisasjon

20. Vil det ved innføring av metoden være særskilt behov for kompetanseheving av personalet?

Ja, og kompetanseheving avhenger av personalets erfaring med pasientgruppen. I noen tilfeller kan det kanskje være behov for en risikovurdering på systemnivå før bruk av metoden for en pasientgruppe og via dette også vurdere kompetansebehov hos personell og pasienter.

Behandlers faglige vurdering og kliniske skjønn må legges til grunn for beslutning om bruk av metoden for en spesifikk pasientgruppe. Det er opp til den enkelte behandler faglige skjønn om det kan foretas en forsvarlig behandling/vurdering uten fysisk oppmøte. Denne vurderingen må gjøres i hvert enkelt tilfelle.

Det kan utarbeides tilpassede verktøy som sjekklister, retningslinjer etc til bruk når metoden skal benyttes.

Det bør også gjøres en vurdering av personale sin kompetanse relatert til bruk av metoden på den enkelte vakt, slik man ellers gjør det i en avdeling når man fordeler oppgaver etter

egnethet og kompetanse.

Personell kan ha behov for noe teknisk kompetanseheving i bruk av videokommunikasjonsutstyr. Det kan også være særskilte krav til videokonsultasjon som må formidles til behandler, f eks håndtering av samtykke, informasjonssikkerhet mm.

21. Vil det ved innføring av metoden være behov for endringer relatert til arbeidstid, bemanning, arbeidsmiljø/sikkerhet e.l.?

I utgangspunktet ikke, fordi sykehusavdelingene har døgn-turnus og kan inkludere oppfølging på f eks nattevakt i ordinær drift av en avdeling. Og normalt skulle flere av disse pasientene ligget på avdelingene og slikt sett burde man her ikke regne med utvidet arbeidstid, men tilpasse avdelingens drift til også å inkludere disse pasientene (som jo er innlagt i spesialisthelsetjenesten/avdelingen). Men det blir viktig med avsatt tid til risikovurdering og god planlegging før oppstart og tid til opplæring av personell og pasienter/pårørende.

22. Finnes det lokaler som er egnet til bruk for gjennomføring av metoden, eller er det behov for bygningsmessige endringer? Spesifiser.

Det må for hver ny gruppe pasienter som skal inkluderes til metoden vurderes mht om det er egnede lokaler i eksisterende vaktrom/kontorer. Egnede videoutstyr blir vesentlig. Dette blir tatt med i økonomivurderingen relatert til hver ny avdeling/pasientgruppe som skal få tilbud om metoden. Dette gjøres sammen med risikovurdering før beslutning om oppstart og innføring.

23. Hvordan vil andre avdelinger eller servicefunksjoner på sykehuset eventuelt bli påvirket ved innføring av metoden?

I liten grad. For blodprøvetaking og andre undersøkelser kan man gjøre bruk av poliklinisk virksomhet. Det er rutiner for dette i dag via poliklinisk virksomhet i sykehusene eller at pasienten kommer til avdelingen. Ved innføring må dette planlegges inn som del av retningslinjen for metoden.
I mange tilfeller tilfeller har videokonsultasjoner medført ressursbruk innenfor IT- og IKT-området. I noen tilfeller er det behov for support til behandlere og pasienter.

24. Hvordan vil innføring av metoden eventuelt føre til endring av pasientstrømmer mellom sykehus og helseregioner?

Så lenge det evt er krav om avstand til det sykehuset man er innlagt vil dette i liten grad være relevant. Men man kan tenke seg at spesialistsykehus har pasienter innlagt og ber lokalsykehus gjøre enkelte undersøkelser for å supplere spesialsykehusenes behov overfor en pasientgrupper.

25. Hvordan vil innføring av metoden eventuelt påvirke samarbeidet med primærhelsetjenesten?

Når pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten er det spesialisthelsetjenesten som har ansvar for pasienten. Samarbeidet må beskrives og det må være tydelig ansvarsfordeling, om begge parter er involvert.

- 26. Hvis innføring av metoden krever/fører til andre viktige organisatoriske endringer som ikke er dekket av spørsmålene over, kan dette føres opp i kommentarfeltet under:**

Pasienten samtykke blir vesentlig, men studier viser at pasienttilfredsheten er stor ved bruk av metoden. Det blir vesentlig med brukerundersøkelser og monitorering underveis i bruk av metoden

Økonomiske aspekter

Formålet med den økonomiske vurderingen er todelt:

- Beskrive endring i ressurser/kostnader som ny metode faktisk legger beslag på (sammenlignet med dagens) - både per pasient og samlet sett
- Avklare budsjettmessige konsekvenser for sykehuset

Den økonomiske vurderingen skal utføres i samarbeid med controller/økonomirådgiver ved enheten eller annen person med økonomisk kompetanse. Controller/økonomirådgiver skal involveres i en tidlig fase av prosjektet, helst ved oppstartsmøte for mini-metodevurderingen.

Nedenfor finnes en Excel-fil som skal fylles ut og legges ved når mini-metodevurderingsskjemaet sendes inn. Dette for at den økonomiske vurderingen skal være nyttig for andre som vurderer å ta i bruk metoden.

27. Beskriv hvilke hovedantagelser som legges til grunn for de økonomiske beregningene utført i denne mini-metodevurderingen:

Innføring av et hjemmesykehus og/eller avstandsoppfølging i form av video i sanntid som er i regi av Oslo universitetssykehus krever økonomivurdering i henhold til skjema for mini-metodevurdering. Økonomileder i den klinikken som skal innføre metoden gjennomfører økonomivurderingen og gjør rede for den i forbindelse med beslutningen om innføring. Dette skal beskrives i retningslinjer for hjemmesykehus og avstandsoppfølging (sanntid og ikke sanntid) internt i OUS hver gang metoden skal implementeres for en ny pasientgruppe etter gjennomført mini-metodevurdering.

FOR UTFYLLING AV RESTEN AV DEN ØKONOMISKE VURDERINGEN, BRUK [HJELPEFILEN I EXCEL](#)

Internett-adresse (url) til ferdig utfylt Excel-skjema:

NB! Settes inn av FHI ved publisering

28. Beregn oppstartskostnadene; gjør en oppsummering av investeringer og engangskostnader.

Tallene hentes fra Excel-filen under fanen "Summert - OPPSTARTSKOSTNADER". Nummeret på cellene tallene skal hentes fra er indikert.

| Likviditetsbehov ift. investeringer og engangskostnader | År 1 | År 2 |
|---------------------------------------------------------|------------|------------|
| Investeringsbehov | B12 | C12 |
| Andre engangskostnader | B13 | C13 |
| Sum | B14 | C14 |

Eventuelle kommentarer:

29. Hva er pasientgrunnet for ny og gammel metode? Tallene må korrespondere med de som oppgis i Excel-filen.

30. Oppsummer endringer i driftskostnadene.

Tallene hentes fra Excel-filen under fanen "Summert - DRIFTSKOSTNADER". Nummeret på cellene tallene skal hentes fra er indikert.

| Driftskostnader - per pasient | | <i>Gammel metode</i> | | <i>Ny metode</i> |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------|
| Diagnostisering | | <i>C4</i> | | <i>E4</i> |
| Behandling | | <i>C5</i> | | <i>E5</i> |
| Oppfølging | | <i>C6</i> | | <i>E6</i> |
| Sum kostnad per pasient | | <i>C7</i> | | <i>E7</i> |
| Merkostnad/mindrekostnad ved skifte av metode- per pasient | | | | <i>E9</i> |
| Driftskostnader - alle pasienter | <i>Antall pasienter</i> | <i>Gammel metode</i> | <i>Antall pasienter</i> | <i>Ny metode</i> |
| Diagnostisering | <i>B12</i> | <i>C12</i> | <i>D12</i> | <i>E12</i> |
| Behandling | <i>B13</i> | <i>C13</i> | <i>D13</i> | <i>E13</i> |
| Oppfølging | <i>B14</i> | <i>C14</i> | <i>D14</i> | <i>E14</i> |
| Sum totalkostnader pasientforløp | | <i>C15</i> | | <i>E17</i> |
| Merkostnad/mindrekostnad ved skifte av metode- alle pasienter | | | | <i>E17</i> |

31. Hva er de budsjettmessige konsekvensene for sykehuset ved innføring av ny metode?

Tallene hentes fra Excel-filen under fanen "BUDSJETTKONSEKVENSER". Nummeret på cellene tallene skal hentes fra er indikert.

| Budsjettmessige konsekvenser | Inneværende budsjettår | Neste budsjettår | Kommentarer |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|-------------|
| Endring i inntekt som følge av ny metode | B17 | C17 | |
| Likviditetsbehov ift. investeringer og engangskostnader | B18 | C18 | |
| Årlig merkostnad/mindrekostnad som følge av ny metode - alle pasienter | B19 | C19 | |
| Evt. annet; inntekter (+) / utgifter (-) | B20 | C20 | |
| Netto | B21 | C21 | |

Beskrivelse: Vurdering av budsjettmessige konsekvenser:

Oppsummering og konklusjon

32. Er det sannsynliggjort at klinisk effekt av ny metode er like god eller bedre enn dagens praksis?

- Ja
 Nei
 Usikkert

Videokonsultasjoner kommer omtrent like godt ut, og i enkelte studier også bedre, sammenlignet med face-to-face konsultasjoner på sykehus når det gjelder tilfredshet, kliniske utfallsmål og tidsbruk for pasienter og pårørende. Studiene har imidlertid flere metodologiske svakheter som gjør at det er knyttet usikkerhet til resultatene.

33. Vurderer du at sikkerheten, inkludert bivirkninger og komplikasjoner, er tilstrekkelig avklart og at metoden ikke medfører større risiko for pasient og/eller personell enn dagens praksis?

- Ja
 Usikkert
 Nei

Det er vanskelig å konkludere sikkert om uønskede kliniske hendelser og bivirkninger ved denne metoden da dette var ufullstendig rapportert i de inkluderte studiene.

En forutsetning for testing, innføring og bruk av video i OUS er at alle krav til personvern og informasjonssikkerhet innfris.

34. Hva er din konklusjon på denne mini-metodevurderingen?

Alternativ A) INNFØRING

- Metoden bør innføres som en del av den kliniske rutinen i sykehuset

Kommentarer

Alternativ B) IKKE INNFORING (her kan det settes flere kryss)

- Metoden bør ikke innføres som en del av den kliniske rutinen i sykehuset
- Beslutning om innføring av metoden bør avventes
- Beslutning om innføring av metoden bør løftes til nasjonalt nivå iht. gjeldende kriterier
- Metoden betraktes som ikke-etablert, og bør kun tilbys innenfor rammen av en forskningsstudie (iht. til forskningslovgivningen)
- Annet (spesifiser)

Kommentarer

Alternativ C) VED VURDERING AV EKSISTERENDE METODE (dvs. dagens praksis)

- Metoden bør fortsatt være en del av den kliniske rutinen i sykehuset
- Metoden bør fases ut av den kliniske rutinen i sykehuset
- Annet (spesifiser)

Kommentarer

35. Hvis metoden innføres i sykehuset som del av den kliniske rutinen: hvordan og hvor lenge skal metoden følges opp/monitoreres etter innføring? Spesifiser.

Disse skal følges opp for hver pasientgruppe som innfører metoden og vil tas stilling til i forbindelse med beslutning om innføring av metoden. Men metoden skal følges opp og monitoreres, trolig i flere år for også å kunne utvide bruk av metoden til stadig flere pasientgrupper. Da trenger vi tall for sikkerhet og tilfredshet fra pasientene for å kunne korrigere kvaliteten på tjenesten/ny metode. Og sammenligne gammel og ny metode.

Habilitet og signatur for forslagsstiller

1. Har du personlige økonomiske interesser som kan påvirke vurderingen?

Ja - spesifiser under

Nei

2. Har din avdeling økonomiske interesser som kan påvirke vurderingen?

Ja - spesifiser under

Nei

3. Har du tilknytning til industrien som kan påvirke vurderingen?

Ja - spesifiser under

Nei

Oslo universitetssykehus

Sted

3.4.2020

Dato

Sissel Jor

Navn

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2020

Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no