

Retningslinje videokonferanse i samhandling

Hensikt og omfang:

Kvalitetssikre faglig forsvarlig planlegging, gjennomføring og avslutning av videokommunikasjon i samhandling.

Målgruppe: Retningslinjen gjelder for offentlig godkjent helsepersonell som har ansvaret for å lede og gjennomføre videokommunikasjon i samhandling. Gjelder videokommunikasjon der tverrfaglig personell samhandler og der pasient og eventuelt pårørende er deltagende.

Denne retningslinjen er basert på en minimetodevurderingen «Bruk av videokonferanse i samhandling» utarbeidet av Sunnaas sykehus, Oslo Universitetssykehus og Nasjonalt senter for e-helseforskning (1).

Ansvar

Relevant leder har ansvar for at ansatte kjenner til, har fått opplæring og bruker retningslinjen i planlegging og gjennomføring av videokommunikasjon i samhandling.

IKT-ledelsen i den enkelte virksomhet har ansvar for at tekniske løsninger for videokonferanse er tilgjengelig og tilfredsstillende myndighetenes krav til sikkerhet, samt for support og vedlikehold (2,3,4).

Alle ansatte som benytter videokonferanse i samhandling har ansvar for å sette seg inn i denne retningslinjen inkludert nødprosedyre (se eget punkt), for å kunne ivareta informasjonssikkerhet, personvern og pasientsikkerhet.

Helsehjelpen skal dokumenteres på ordinær måte som ved fysisk møte.

Denne retningslinjen bør ses opp mot andre rutiner for samhandling for eksempel rutiner rundt utskrivelse eller tverrfaglig samarbeid mellom ulike aktører.

Fremgangsmåte

Forutsetninger for gjennomføring

Informasjonssikkerhet og personvern

- Risikovurdert og sikkerhetsgodkjent videoløsning som ivaretar lovkrav rundt informasjonssikkerhet og personvern skal benyttes (2,3,4)
- Etablerte rutiner for tilgang til videoløsningene
- Rutiner for å sikre at videoløsningen ikke foretar opptak (4)

Effekt og økonomi

På tidspunktet minimetodevurderingen ble gjennomført, fantes det få studier på området og svært få relatert til spesifikke pasientpopulasjoner/pasientgrupper.

Før innføring av videokonferanse i samhandling for en ny populasjon og pasientgruppe i et sykehus, anbefales det derfor å gjennomføre et oppdatert litteratursøk. Se minimetodevurderingen (1).

Det anbefales også å gjøre en forenklet økonomivurdering: For eksempel økonomisk overslag knyttet til reiseavstand, antall deltagere eller lignende.

Etiske hensyn

Viktige etiske hensyn i videokonferansemøtet er blant annet vektlegging av (5):

- Personvernprinsipper
- Frivillighet
- Ivaretagelse av pasientens integritet og opplevelse av trygghet
- Brukermedvirkning
- Personorientert kommunikasjon og brukerinvolvering
- Digital inkludering / digital helsekompetanse

Minimetodevurderingen viser at pasienter viser høy grad av tilfredshet blant pasienter og pårørende, spesielt på grunn av informasjonsutvekslingen, kvalitet på kommunikasjonen, spart reisetid og brukerorientering (6,7,8,9). Videokonferanse i samhandling kan nå ut til pasientgrupper med udekkede behov for helsehjelp (10,11).

Teknisk kvalitet

- Bruk teknisk utstyr i møterom som sikrer god kommunikasjon (kamera som kan zoome, mikrofoner som fanger hele rommet, høyhastighets video/-internett med minst mulig forsinkelse) (8).
- Videoløsningen må ha muligheten til å koble opp tilstrekkelig antall deltagere.
- Alle deltagere i samtalen har ansvar for å sikre at lokalitetene de befinner seg i, tilfredsstiller krav til konfidensialitet.
- Tilstrekkelig båndbredde / kvalitet på internett:
 - Informasjon om optimalisering av nett.
 - Rutiner for å teste lyd, bilde og internetthastighet i forkant av møtet og eventuelt båndbreddetest.
 - Tilby teknisk veiledning og test med pasient/pårørende i forkant.
- Tilgang til rask teknisk support ved behov (på telefon) – avklares lokalt i HF og kommune. Lokale rutiner for support lenkes til denne rutinen (8,9).
- Valg av teknisk oppsett som ivaretar kommunikasjon (eks vurdering av egnet layout – alle deltagere skal være synlig på skjerm).

Opplæring

- Etablere rutiner for opplæring og teknisk support/ veiledning av pasient og eventuelt pårørende.

- Organisasjonen bør ha en opplæringsplan for videokonferanse i samhandling som blant annet dekker disse forholdene: Teknisk, faglig, kommunikasjon, møtestyring, personvern/informasjonsikkerhet/pasientsikkerhet.
- Ved innføring av metoden til pasienter med kognitive utfordringer, bør man være bevisst på usikkerhet blant ansatte. Det er ekstra viktig å bistå med opplæring, dialog og utprøving, rutinebeskrivelser, superbrukere og support, samt legge til rette for optimalisering av kommunikasjon, gjerne i form av egnede videokonferanserom av høy kvalitet og detaljerte planer (8).

Informasjon og samtykke

Etabler rutiner for informasjon og samtykke til pasient, pårørende og samarbeidspartnere.

- Det informeres i forkant om hva videomøte innebærer, informasjonssikkerhet og personvern, at deltagelse i videomøte er frivillig og at samtalen ikke lagres. Videre informeres det om at det er samme krav til taushetsplikt som ellers i helsevesenet.
- Eksempel på tekst:
 - *xx sykehus tilbyr videomøter der det anses som hensiktsmessig. Det er frivillig å delta i videomøte, og du trenger ikke å fortelle hvorfor du ikke ønsker tilbudet. Det vil ikke få konsekvenser for ditt videre behandlingstilbud.*
 - *De samme strenge kravene til taushetsplikt gjelder for videokonferanser som ellers i helsevesenet, jfr. helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.*
 - *Videoløsningen har en kryptert linje og foregår i «sanntid» og blir ikke lagret, verken på internett eller på våre servere.*
- Ved videokonferanse i samhandling vil det regnes som et implisitt samtykke at pasienten ønsker å få helsehjelp da vedkommende tar i bruk løsningen og deltar i konsultasjonen (4, s 9 og 18). Det er derfor ikke nødvendig å journalføre samtykke til videokonferanse i samhandling.

Framgangsmåte

Organisering før møtet

- Etablere rutiner for vurdering av når videokonferansemøte er egnet og forsvarlig og hvem som er ansvarlig for vurderingen av (12) :
 - Helsemessige forhold
 - Pasientens preferanser og tilfredshet
 - Praktiske, tekniske og/eller økonomiske forhold
- Utveksle tekniske og praktiske opplysninger (kontaktperson, videonummer/videolenke, mobilnummer, avklaring av om deltakere sitter samlet eller ikke, om deltagerne har adekvat utstyr for videomøte).
- Alle parter bør gjennomføre en teknisk test før videomøtet. Avtal en teknisk test i forkant, eller send ut lenke til selvtest.
- Møtets agenda bør om mulig diskuteres med pasient og samarbeidspartnere og sendes ut på forhånd.

- Pasienten bestemmer om vedkommende ønsker å ha med seg en pårørende eller annen person i møtet.
- Videomøter skal foregå i et lukket rom og der man sikrer at lyd og bilde ikke kan fanges opp av uvedkommende.
- Møteleder har med seg telefon og har tilgang til møtedeltageres telefonnumre.
- I store møter anbefales at man fordeler ansvar på ulike roller, der en ansatt har ansvar som møteleder og en annen ansatt har rollen som teknisk møtevert, med ansvar for teknisk møtestyring og identifisering av deltagere.

Gjennomføringen av møtet

Oppstart av møtet

- Tilpass møtet etter tekniske og praktiske forhold. Ved bruk av møterom:
 - Tenk gjennom plassering av deltakerne. Ta hensyn til hva som passer for den enkelte pasient i forhold til de fysiske forholdene i rommet.
 - Sjekk lyd og bilde, at kamera dekker alle deltagere.
 - Unngå baklys og sollys fra vinduer. Ved behov, trekk for gardiner.
- Dersom tolk skal delta i samtalen, vær bevisst på å sette av tilstrekkelig med tid. Lær mer om bruk av tolk i videokonsultasjoner her: <https://www.youtube.com/watch?v=-sbtw2M-GvU&feature=youtu.be>
- Møteleder / teknisk møtevert møter 5 – 10 minutter før møtet starter og kobler opp i god tid før møtet starter.
- Møteleder/teknisk møtevert har ansvar for at det digitale møterommet er låst.
- Møteleder/teknisk møtevert har ansvar for å identifisere alle deltagere, følge med og orientere om det skjer endringer deltagerlista underveis.
- Ansatte legger inn yrkestittel sammen med navn i videoløsning.
- Alle deltagere skal ha på kamera og være synlig på skjermen, med mindre noe annet er avtalt. Bruk layoutfunksjonen om nødvendig.
- Alle deltagere i møtet presenterer seg.
- Sjekk adresse pasient befinner seg på hvis vedkommende ikke er tilstede lokalt – se nødprosedyre.
- Møteleder spør om det er andre tilstede som ikke kan ses.
- Møteleder har ansvar for at ingen sensitiv informasjon deles før alle deltagere er identifisert.
- Møteleder informerer om informasjonssikkerhet i videomøtet, for eksempel:

«Dette er en videokonferanseløsning fra Norsk Helsenett, som er et kryptert og låst digitalt møterom. Videoløsningen tilfredsstiller helsevesenets sikkerhetskrav. Det vil si at ingen andre enn vi som er her vil få tilgang til dette møtet. Det tas ingen opptak underveis. Vi gjør oppmerksom på at det heller ikke er tillatt å ta bilder eller gjøre opptak på andre måter, med mindre det er avklart med alle tilstedeværende på forhånd»
- Møteleder informerer om hvordan man tar ordet i møtet og at deltagerne bør skru av mikrofonen når de ikke snakker.
- Møteleder informerer om at sensitive opplysninger ikke skal deles i chat, dersom videoløsningen inneholder chatfunksjon.
- Møteleder informerer om hensikten med møtet, agenda og tidsrammer.

Underveis i møtet

- Vær bevisst på aktiv inkludering av deltagere i møtet. Terskelen for å ta ordet i videomøter er noe høyere i videomøter enn vanlige møter.
 - Sett av egne punkter i agendaen for pasient/pårørende og samarbeidspartnere
 - Møtet bør ha en tydelig struktur og agenda, med en tydelig og inkluderende møteleder som tilstreber å aktivt trekke inn de ulike deltagerne i samtalen.
 - Alle deltagere har ansvar for å bidra til å etablere en personorientert, likeverdig og tillitvekkende dialog.
 - Møteleder bør aktivt be om innspill og stille spørsmål direkte ved å bruke navn/funksjon på deltagerne.
 - Unngå å prate i munnen på hverandre.
- Vær bevisst på at videomøter kan gjøre det mer krevende å oppfatte kommunikasjonen riktig og lese non-verbale tegn (8, 13).
 - Spør gjerne deltagerne ekstra om visse tema er oppfattet riktig, eller om de vil tilføye noe.
 - Man må forvente vente noe lenger på responstid enn i et ordinært møte, så vent noen sekunder ekstra på svarene.
 - Vær bevisst på at kameraplassering kan gjøre «øyekontakt» vanskeligere. Forsøk å kommunisere og holde blikkontakt både med de på skjerm og deltagere i rommet.
- Møteleder har ansvar for at eventuell deling av skjerm foregår på faglig forsvarlig måte.
- Dersom tekniske problemer skulle oppstå, ringes aktuell supporttjeneste.

Avslutning av møtet

- Oppsummer de viktigste konklusjonene fra møtet og orienter om referat fra møtet.
- Benytt gjerne teach-back der det er naturlig overfor samarbeidspartnere eller pasient/pårørende (14).
 - For eksempel: «Jeg vil være sikker på at vi har forklart oss på en forståelig måte, derfor lurer jeg på om du/dere kanskje kan oppsummere de viktigste punktene fra møtet i dag?»
- Møteleder gjengir **hovedpunktene** man har blitt enige om og hvem som er ansvarlige på slutten av møtet.
- Spør deltagerne om det er noen spørsmål. Sett av nok tid til dette
- Møteleder har ansvar for å avslutte møtet og forsikre seg om at alle møtedeltagerne er teknisk koblet fra det digitale møterommet.

Nødprosedyre videomøte

Møteleder har med seg mobiltelefon/bærbar telefon i møtet, og har tilgang til motpartens mobiltelefonnummer i møtet.

Dersom en nødssituasjon oppstår på sykehuset, følges ordinære nødprosedyrer for dette.

Dersom pasienten befinner seg et annet sted, har møteleder ansvar for at en følgeperson er til stede som kjenner til lokal nødprosedyre.

Dersom pasienten er alene og får et illebefinnende eller medisinsk nødsituasjon skulle oppstå, har møteleder ansvar for å tilkalle helsehjelp.

For å sikre at dette gjøres raskest mulig, skal møteleder:

- Ha tilgang til telefon
- Ha rask tilgang til pasientens adresse
- Sjekke ved oppstart om pasienten befinner seg på bostedsadresse og eventuelt få oppgitt alternativ adresse
- Tilkalle ambulanse eller annen hjelp til pasienten
- Beholde videoforbindelsen og forsøke å berolige/ivareta pasienten etter beste evne.
- Eventuelt koble ned andre møtedeltagere.
- Logg av når pasienten er blitt ivaretatt av andre.

Følg lokale prosedyrer for hva man skal gjøre dersom pasienten i affekt forlater konsultasjonen, eller det forekommer ytringer som indikerer trussel mot eget eller andres liv.

Etterarbeid og dokumentasjon

Behandler har ansvar for å dokumentere helsehjelpen i henhold til retningslinjer på eget arbeidssted (15).

Følg lokale prosedyrer for koding ved behov.

Kvalitetsutvikling

Det anbefales å utvikle rutiner for evaluering og forbedringsarbeid.

Definisjoner:

- **Samhandling:** Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (16).
I denne retningslinjen forstår vi samhandling som: Tverrfaglig/tverrsektorielt samarbeid omkring pasienter/brukere med behov for tjenester fra flere instanser.
- **Videokonferanse:** Videokonferanse er et møte i sanntid mellom to eller flere personer med overføring av lyd og bilde. Videokonferanse i denne retningslinjen forstås som videokonferanse i sanntid uten opptak (17, 4).
- **Videokommunikasjon:** Forstås i denne retningslinjen som kommunikasjon mellom to eller flere deltagere som foregår med bruk av videokonferanse (12).
- **Mini-metodevurdering:** Er en vurderingsform for en ny metode før man beslutter at den eventuelt skal innføres via relevant ledermøte. Vurderingsformen kan også brukes når man ønsker å utfase en metode i helsetjenesten. Internasjonalt kalles dette HB-HTA, Hospital Based Health Technology Assessment (18).

Referanser

1. Folkehelseinstituttet (2023). *Minimetodevurderinger. Bruk av videokonferanse i samhandling*. Retrieved from: <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=83340>
2. Direktoratet for e-helse. (2020a). *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren*. (6.0). Retrieved from <https://ehelse.no/normen/normen-for-informasjonsikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>
3. Direktoratet for e-helse. (2020b). *Faktaark 54 - Videokonsultasjon*. Retrieved from <https://www.ehelse.no/normen/faktaark/faktaark-54-videokonsultasjon>.
4. Direktoratet for e-helse (2021a): *Veileder for bruk av video, lyd og bilde og video i helse- og omsorgstjenesten*. Retrieved from <https://www.ehelse.no/normen/veiledere/veileder-video-lyd-og-bildeopptak-i-helse-og-omsorgssektoren>
5. KS, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett (2021). *Etikk, lovverk, informasjonssikkerhet og personvern. Velferdsteknologiens ABC*. <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologiens-abc/Velferdsteknologiens-ABC-Emne-C-F41-web.pdf>
6. Orlando, J. F., Beard, M., & Kumar, S. (2019). Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. *PloS one*, 14(8), e0221848.
7. Read Paul L, Salmon C, Sinnarajah A, Spice R. Web-based videoconferencing for rural palliative care consultation with elderly patients at home. *Support Care Cancer*. 2019 Sep;27(9):3321-3330. doi: 10.1007/s00520-018-4580-8. Epub 2019 Jan 7. PMID: 30613908
8. Rosenkranz, S. H., Falster, A. A., Carstensen, T. S., Mathiesen, L. L., Iversen, H. K., & Kimby, C. K. (2018). The feasibility of cross-sector videoconferences in discharge planning among stroke patients: a mixed-methods study scrutinising patient and staff perspectives. *International Journal of Telemedicine and Clinical Practices*, 3(1), 44-61
9. Trabjerg, Jensen, L. H., Søndergaard, J., Sisler, J. J., & Hansen, D. G. (2021). Cross-sectoral video consultations in cancer care: perspectives of cancer patients, oncologists and general practitioners. *Supportive Care in Cancer*, 29(1), 107–116
10. Fleisher, Hess, S. P., Klostermann, E. C., Lee, J., Myrick, E., Mitchem, D., Niemet, C., Woo, K., Sennott, B. J., Sanghvi, M., Witek, N., Beck, J. C., Wilkinson, J. R., Ouyang, B., Hall, D. A., & Chodosh, J. (2022). IN-HOME-PD: The effects of longitudinal telehealth-enhanced interdisciplinary home visits on care and quality of life for homebound individuals with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 102, 68–76. (Hentet fra søket i MMV)
11. Shiner, C. T., Vratsistas-Curto, A., Bramah, V., McDonell, K., Mahoney, A. E., Sweeney, S., & Faux, S. G. (2022). Assessing unmet rehabilitation needs and the feasibility of a telehealth rehabilitation consultation service for road trauma survivors recently discharged from hospital. *Disability and Rehabilitation*, 44(15), 3795-3804.

12. InnoMed. (2020). *Veiviser til innføring av videokommunikasjon mellom pasient, primær- og spesialisthelsetjeneste*. Retrieved from <https://innomed.no/verktoy-og-ressurser/veivisere-og-guider/veiviser-videokommunikasjon>
13. Bailenson, J. N. (2021). Nonverbal overload: A theoretical argument for the causes of Zoom fatigue. *Technology Mind and Behavior*, 2, 1-6. doi:10.1037/tmb0000030
14. Yen PH, Leasure AR (2019). Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract*. 2019 Jun;36(6):284-289. PMID: 31258322; PMCID: PMC6590951.
15. Direktoratet for e-helse (2021b): *Digital arbeidshverdag under korona: Praktiske råd til helsepersonell om god bruk av video*. <https://www.ehelse.no/aktuelt/praktiske-rad-til-helsepersonell-om-god-bruk-av-videokonsultasjon>
16. Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
17. Store norske leksikon (2021): *Videokonferanse*. Retrieved from: <https://snl.no/videokonferanse#:~:text=Videokonferanse%20er%20et%20m%C3%B8te%20i%20santid%20mellom%20to,benyttet%20i%20mange%20%C3%A5r%20i%20n%C3%A6ringslivet%20i%20m%C3%B8tevirksomhet>.
18. Folkehelseinstituttet (2022): *Om minimetodevurdering*. Retrieved from <https://www.minimetodevurdering.no/ressurser/om-mini-metodevurdering/>

Vedlegg:

Metodiske vedlegg:

- MMV vurderingen 2022 (inkluderer PICO-skjema og søkehistorikk).
- Søkehistorikk for tilleggsøkene 2022
- Agree metoderapport 2023

Fagprosedyrer

Metoderapport (AGREE II, 2010-utgaven)

Retningslinje: Videokonferanse til samhandling

OMFANG OG FORMÅL

1. Retningslinjens overordnede mål er:

Se PICO i minimetodevurderingen (MMV)

<https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=83340>

2. Helse spørsmål(ene) i retningslinjen er:

Se PICO i MMV vedlagt

3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv) fagprosedyren gjelder for er:

Se PICO i MMV vedlagt

INVOLVERING AV INTERESSER

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel og arbeidssted noteres):

Denne retningslinjen er basert på en minimetodevurderingen «Bruk av videokonferanse i samhandling» utarbeidet av Sunnaas sykehus, Oslo Universitetssykehus og Nasjonalt senter for e-helseforskning: <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=83340>

- Lene Mosberg, metodekoordinator, Sunnaas sykehus
- Hilde Sørli, faglig ansvarlig digital hjemmeoppfølging, Sunnaas sykehus
- Åste Helgesen Schjøllberg, kvalitetsrådgiver, Sunnaas sykehus
- Karianne Lind. Bibliotekar. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Eirin Rødseth. Forsker. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Sissel Jor, seksjonsleder, teknologi og innovasjonsklinikken. Oslo universitetssykehus.
- Morten Bergh, spesialrådgiver IKT, Oslo universitetssykehus.
- Christine Rygg, forsknings- og administrasjonskonsulent, avd for digital helseforskning, OUS
- Lise Solberg Nes, avdelingsleder, avd for digital helseforskning, OUS
- Karin Borgen, spesialrådgiver, direktørens stab, OUS

Brukerutvalget ved Sunnaas sykehus har gitt innspill til arbeidet.

5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen som retningslinjen gjelder for:

Pasienter var ikke med i utarbeidelse av MMV eller retningslinjen, men har deltatt i kvalitetssikring (se punkt 4 og 13).

Flere artikler hadde intervjuet pasienter og innhentet deres erfaringer.

Retningslinjen har vært på høring hos et utvalg kommuner og sykehus.

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Se hensikt og omfang i prosedyren

METODISK NØYAKTIGHET

7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunlaget:

Se søkehistorikk i MMV vedlagt

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunlaget er:

Se MMV vedlagt

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunlaget er:

Litteratursøket i minimetodevurderingen avdekket 6 relevante artikler. Til tross for få artikler, bestod studiene av relevant design og tilstrekkelig kvalitet til å besvare spørsmålet om generell effekt av videokonferanse i samhandling. Det var utfordrende å identifisere artikler på området grunnet inkonsekvent begrepsbruk. Det var også vanskelig å identifisere konkret hvilken teknologi som ble benyttet, samt vanskelig å identifisere om artiklene beskrev tverrfaglighet og om pasienten selv var tilstede. På tidspunktet for litteratursøket var det svært få studier relatert til spesifikke pasientpopulasjoner/pasientgrupper.

Områder i prosedyren må derfor anses som i stor grad konsensusbasert, da forskningen på området er begrenset.

I prosedyren beskrives det derfor at man før innføring av videokonferanse i samhandling for en ny populasjon og pasientgruppe i et sykehus, bør gjennomføre et oppdatert litteratursøk og en forenklet økonomivurdering.

Fagprosedyrer

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er:

Basert på MMV. Vancouvermodellen er brukt som referanser, og dermed knyttes kunnskapsgrunnlaget til anbefalingene i retningslinjen.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene:

Ja, men det er ikke gjort risikovurdering i metoden, men innhentet erfaringsbaserte prosedyrer som omhandler risikosituasjoner.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:

Ja. En del anbefalinger er konsensusbasert og har ingen referanser. De er hentet fra retningslinjer fra HF i Norge og er vurdert som viktig selv om det ikke finnes forskning som støtter/ikke støtter dem.

13. Retningslinjen har vært på høring hos følgende eksperter før publisering

Mottatt høringssvar fra:

- Oslo Universitetssykehus – samhandlingsavdelingen v/ samhandlingsoverlege Camilla Holter Huseby
- Indre Østfold kommune – avdeling aktivitet og rehabilitering v/ avdelingsleder Carina Kolnes

Retningslinjen ble også sendt på høring til følgende instanser

- Helsedirektoratet v/ seniorrådgiver Siw Helen Myhrer, avdeling for velferdsteknologi og rehabilitering. Helsedirektoratet kan ikke gi høringssvar til retningslinjer utarbeidet av andre i helsetjenesten, men uttaler seg generelt positivt om arbeidet og ser nytteverdi av en slik retningslinje.
- Bergen kommune
- Nesodden kommune
- Nasjonalt senter for e-helseforskning

Fagprosedyrer

14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er:

Retningslinjen oppdateres minst hvert 3. år fra siste litteratursøk, av den samme gruppen.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:

Ja

16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helsespørsmålet er klart presentert:

Ja

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:

Ja

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:

Kartlegges når implementeringen starter og legges inn i en implementeringsplan. Dette gjøres i de sykehus og institusjoner som skal implementere retningslinjen.

ANVENDBARHET

19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med:

Retningslinjen inkluderer en nødprosedyre. I tillegg planlegges en opplæring- og implementeringsplan som kan gjenbrukes. E-læringskurs om videokonferanse til kliniske møter ferdigstilles innen august 2023. Det anbefales å utvikle rutiner for evaluering og forbedringsarbeid.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Minimetodevurderingen har ikke gjort økonomivurdering, men retningslinjen anbefaler at det gjøres en forenklet økonomivurdering når metoden innføres på nye populasjoner / pasientområder. Erfaringen er at videokonferanse i samhandling reduserer reisetid.

21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering:

Retningslinjen beskriver at det bør etableres rutiner for evaluering og forbedringsarbeid, for eksempel et evalueringsskjema for pasientenes tilfredshet på ulike punkter i prosedyren.

Fagprosedyrer

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i retningslinjen (inhabilitet):

Nei

23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak retningslinjen er dokumentert og håndtert:

Nei

Navn: Lene Mosberg, Hilde Sørli, Karin Borgen, Christine Rygg. 2023