

RAPPORT

2024

MINI-METODEVURDERING FOR KOMMUNER

Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår

- Utgitt av** Folkehelseinstituttet,
Område for helsetjenester,
Klynge for vurdering av tiltak.
- Tittel** Mini-metodevurdering for kommuner: Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår
- English title** Mini-HTA for municipalities: Digital follow-up of patients with chronic wounds
- Ansvarlig** Guri Rørtveit, direktør, Folkehelseinstituttet
- Forfattere** Linn Kleven, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet
Helene Arentz-Hansen, seniorforsker, Folkehelseinstituttet
Hanna Eikås Klem, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet
Patricia S.J.Jardim, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet
Kåre Birger Hagen, fagdirektør, Folkehelseinstituttet
- ISBN** 978-82-8406-464-2
- Publikasjonstype** Mini-metodevurdering for kommuner
- Antall sider** 37
- Oppdragsgiver** Kvinnherad kommune
- Emneord(MeSH)** Digital wound care
- Sitering** Kleven L, Arentz-Hansen H, Klem HE, Jardim PSJ, Hagen KB. Digital sårbehandling: Mini-metodevurdering for kommuner [Digital wound care: Mini-HTA for municipalities]. Oslo: Folkehelseinstituttet [National Institute of Public health, NIPH], 2024.

Innhold

Innhold	2
Forord	3
Sammendrag	4
DEL 1:	9
Innledning	9
Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes	10
Beskrivelse av dagens praksis	13
Informasjonssikkerhet og personvern, etikk, klima og miljø	13
DEL 2	15
Forskningsomtale	15
DEL 3:	18
Organisering av samhandlingen mellom kommunen og sykehuset	18
Organisering internt i kommunen og i sykehuset	18
DEL 4:	21
Økonomisk vurdering	21
DEL 5:	27
Oppsummering og konklusjon	27
Del 6:	32
Habilitet og signatur for forslagsstiller	32
Vedlegg 1: Tjenesteforløp	34

Forord

Folkehelseinstituttet (FHI) har i samarbeid med Helse Fonna (Stord sjukehus), Kvinnherad og Ullensvang kommuner, utført en mini-metodevurdering (MMV) av digital oppfølging av pasienter med kroniske sår. Mini-metodevurdering kan være et nyttig beslutningsverktøy når en vurdering av nye tiltak skal gjøres i kommunehelsetjenesten. Mini-metodevurdering er et systematisk utarbeidet beslutningsgrunnlag som har som formål å gi en oversikt over nytte og/eller helseeffekt for pasienter, beskrive kostnader og budsjettkonsekvenser ved nytt og gammelt tiltak, og vise til hvilke organisatoriske konsekvenser en innføring av tiltaket vil ha.

Arbeidet med mini-metodevurderingen startet i januar 2023. Det ble gjennomført fem digitale arbeidsmøter med en arbeidsgruppe fra FHI, representanter fra hver av kommunene, Stord sjukehus og Helse Fonna. Mellom møtene fikk kommunene, sykehuset og Helse Fonna hjemmeoppgaver med veiledning av FHI underveis. Forskningsomtalen er utarbeidet av FHI, mens de øvrige delene er utført av kommunen med hjelp fra FHI.

Vi har valgt å ikke redigere teksten, som betyr at det i de ulike delene av rapporten ikke er i samme språkform.

Bidragstere

Eksterne: Sigurd Næss (Enhetsleder, Kvinnherad kommune), Claudio Mentuccia (prosjektleder, IKT-konsulent Ullensvang kommune), Kjersti Haugen (Samhandlingskoordinator, Helse Fonna), Isabella Stokka Landmark (Sårsykepleier, Stord sjukehus), Anne Mari Mossefinn Hystad (Sårsykepleier, Stord sjukehus).

FHI: Linn Kleven, seniorrådgiver/helseøkonom; Helene Arentz-Hansen, seniorforsker; Hanna Eikås Klem, seniorrådgiver, Patricia S.J.Jardim, seniorrådgiver; Gunn Eva Næss, forskningsbibliotekar; Kåre Birger Hagen, fagdirektør.

På vegne av bidragstere:

Kåre Birger Hagen, Fagdirektør, FHI

Sammendrag

Bakgrunn: Kvinnherad kommune fikk prosjektmidler til å teste ut digital hjemmeoppfølging (DHO) for brukere med kroniske sykdommer i kommunehelsetjenesten sammenlignet med vanlig oppfølging. I denne testingen ble også Ullensvang kommune involvert. Formålet var å lage en overgang til en treparts-samkonsultasjon med video via Norsk helsenett i samarbeid med Stord sjukehus i Helse Fonna. Den digitale samkonsultasjonen (tjenesteforløpet) ble utarbeidet med hjelp av prosessveiledere fra Innomed. Tjenesteforløpet tar utgangspunktet i pasientreisen, men inkluderer også andre aktører og deres ansvarsområder, samt hvilke systemer og tekniske løsninger som er involvert.

Som en del av utviklingen av tjenesteforløpet, utførte Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Kvinnherad - og Ullensvang kommuner, og Stord sjukehus en mini-metodevurdering (MMV). I denne vurderingen har vi sett på konsekvensene ved innføring av digital sårbehandling i kommunehelsetjenesten for eldre brukere med kroniske, ikke-helende sår. Med dagens praksis skjer sårbehandlingen og oppfølgingen ved oppmøte på sårpoliklinikken på Stord sjukehus. Ved digital sårbehandling får brukerne utført sårstell av hjemmetjenesten i eget hjem, med sårteamet på Stord sjukehus som veiledere digitalt på skjerm. Sykehuset kan da veilede hjemmetjenesten under sårstell for å sikre sårprosedyre og riktig bruk av sårmateriell. Med digital oppfølging vil brukeren slippe lang reisevei til sykehus, ventetid ved forsinkelser i poliklinikk samt logistiske utfordringer ved behov for følge.

Prosjektet var forankret gjennom kommunalsjefen i Pleie -og Omsorg i Ullensvang kommune, og prosjektmidler var godkjent av kommunestyret. I Kvinnherad var prosjektet politisk vedtatt i kommunedelplanen, mens i sykehuset var samhandlingen forankret i en eksisterende samarbeidsavtale.

Formålet med denne mini-metodevurderingen var å se på effekten av digital samkonsultasjon i sårbehandling, og belyse de organisatoriske og økonomiske konsekvensene ved en eventuell innføring av tjenesten for Stord sjukehus, Ullensvang og Kvinnherad kommuner.

Forskningsomtaler på effekt og sikkerhet: Det ble ikke identifisert noen systematiske oversikter på samkonsultasjon innen digital sårbehandling. Det ble derimot inkludert en systematisk oversikt som omhandlet digital hjemmeoppfølging av ulike kroniske sår, med resultater fra 12 primærstudier, hvor

seks av disse var randomiserte kontrollerte studier (RCT). Det ble kun inkludert RCTer, som hadde mellom seks og 16 måneders oppfølgingstid på digital sårbehandling ved bruk av bilder. Det var totalt 1059 deltakere fra seks ulike land, og studiene omhandlet pasienter med diabetiske fotsår, sår av alle årsaker, trykksår, ikke-helende sår og venøse leggsår. De fleste deltakerne fikk digital sårbehandling i hjemmet (se forskningsomtale vedlagt).

Resultatene viser at digital sårbehandling kan gi noe kortere tid til sårtilheling (liten effekt), halverer trolig risiko for amputasjon (har en moderat effekt), gir trolig liten forskjell i pasienttilfredshet og på antall konsultasjoner (liten til ingen forskjell i effekt) i poliklinikk og har en usikker effekt på sårtilheling etter ett år (liten effekt).

Organisering: Organiseringen av tjenesteforløpet (digital samkonsultasjon) ble utformet av konsulentselskapet Innomed i samarbeid med kommunene Kvinnherad og Ullensvang, sammen med Stord sjukehus. Dagens praksis går ut på at pasienter med kroniske sår får oppfølging og behandling ved sårpoliklinikken på Stord sjukehus. Med digital sårbehandling legges det opp til en tre-parts samkonsultasjon mellom sykehus, hjemmetjenesten og fastlege som foregår i pasientens hjem, hvor hjemmetjenesten utfører sårbehandlingen, og sykehuset gir veiledning digitalt.

For sykehuset var opplæringen av den digitale samkonsultasjonen systematisert og forankret i sykehuset, og ble utført i regi av EPJ-senter (Elektronisk Pasientjournal). For kommunene måtte samkonsultasjonen tilpasses arbeidsplaner, timelister og andre oppgaver i kommunen. I tillegg ble det gjennomført ROS-analyse (risiko -og sårbarhetsanalyse) for tiltaket som omfattet både pasienter, ansatte og tilgjengelig teknologi.

Økonomisk vurdering: I den økonomiske vurderingen regnet vi på hva en innføring av digital sårbehandling vil koste sammenlignet med dagens sårbehandling. For å kunne gjøre disse kostnadsberegningene, måtte vi gjøre noen antakelser på hva vi tror det nye tiltaket vil kreve av ressurser. Disse antakelsene ble utarbeidet i samarbeid med sårsykepleiere fra Stord sjukehus og prosjektlederne i Kvinnherad - og Ullensvang kommuner.

Vi tok utgangspunkt i at digital sårbehandling ville være relevant for 10 brukere fra hver kommune, som til vanlig fikk oppfølging og behandling ved sårpoliklinikken på Stord sjukehus. Et forløp ble satt til 16 behandlinger per bruker, siden vi anslår at det tar mellom 10-20 konsultasjoner før et sår begynner å gro.

Kostnadene ved innføring av digital sårbehandling for kommunene ble estimert til ca. 15 900 kr per behandlingsforløp, per bruker. Mens et digitalt behandlingsforløp per bruker ved Stord sjukehus ble estimert til ca. 4700 kr sammenlignet med ca. 160 000 kr med dagens praksis i sårpoliklinikk. Samlet sett for 20 pasienter, viste disse kostnadsberegningene en effektivisering målt i kostnader på ca. 3

millioner kroner for Stord sjukehus. For kommunene ble det estimert en samlet økt kostnad på ca. 300 000 kr.

Kostnadsberegningene er basert på en rekke antakelser, og her kan man i tilfeller ha både over -og underestimert. Beregningene vil allikevel gi oss en god indikasjon på hvordan kostnadene vil kunne fordele seg. Vi antar også at digital sårbehandling kan gi en rekke samfunnsøkonomiske gevinster som vi ikke har tallfestet i våre beregninger, som for eksempel unngått produksjonstap, unngåtte innleggelse, eller unngått svekket beredskap i kommunene ved bruk av ambulanse.

Personvern og sikkerhet: Den digitale konsultasjonen på sykehuset foregår via Norsk helsenett som er en godkjent løsning i forhold til personvern. Pasientene ble informert om metoden og måtte samtykke til gjennomføringen. I kommunene brukes sikker linje (Join) gjennom Norsk helsenett og det ble ikke gjort noen videoopptak i prosjektet.

Utstyr: Det ble sendt en henvendelse til Direktoratet for Medisinske Produkter (tidligere Statens Legemiddelverk), som er en fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge. Med et lite forbehold mente de at utstyret som benyttes til dette formålet faller utenfor definisjonen av medisinsk utstyr og at CE-merking ikke var nødvendig.

Oppsummering: Forskningsoppsummeringen viste at digital oppfølging av pasienter med kroniske sår trolig gir halvert risiko for amputasjon og noe kortere tid til sårtilheling.

Kostnadsvurderingene viste at sykehuset vil kunne redusere sine kostnader med innføring av digital sårbehandling, som følge av redusert konsultasjonstid per pasient, redusert bruk av sårmateriell og reduserte transportkostnader. Denne kostnadseffektiviseringen kan igjen benyttes til å redusere ventelister og tilby hyppigere konsultasjoner for pasienter som har behov for dette.

Kommunene vil kunne få økte kostnader som følge av økt behov for bemanning, sårutstyr og transportkostnader, men tiltaket antas å kunne føre til en økt kompetanseheving på sår i hjemmetjenesten. For pasientene vil digital sårbehandling kunne føre til at man slipper en lang og tidkrevende reise til sykehuset med fare for forverring av såret.

Skjema for mini-metodevurdering

For vurdering av tiltak som krever samhandling mellom kommuner og sykehus

Mini-metodevurdering har som formål å bidra til kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye tiltak i sykehus og kommuner og må sees i sammenheng med den enkelte sykehus og kommunes strategi, organisering, økonomi og praksis.

Tittel på mini-metodevurderingen	Digital sårbehandling; samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
Dato for ferdigstillelse	6 november, 2023
Kommuner	Kvinnherad kommune og Ullensvang kommune
Sykehus	Helse Fonna HF

Bidragstyttere:

Forslagsstiller/ansvarlig	Sigurd Næss/Claudio Mentuccia
Fra kommunene	Geir Ove Fosse, Cecilie Torillsdatter Fredheim, Sigurd Næss, Claudio Mentuccia
Fra sykehus	Bidrag fra Kirurgisk klinikk Stord og Koordinerende enhet, Helse Fonna HF

Fra FHI	Hanna Eikås Klem, Helene Arentz-Hansen, Linn Kleven, Patricia Sofia Jacobsen, Jardim, Gunn Eva Næss, Kåre Birger Hagen
Fra Innomed	Erlend Kleiven-Jørgensen

DEL 1:

Innledning

1. Kontaktinformasjon

Kommune: Ullensvang kommune
Arbeidssted: IKT avdeling / digitalisering helse
Kontaktperson: Claudio Mentuccia
E-post: claudio.mentuccia@ullensvang.kommune.no

Kommune: Kvinnherad kommune
Arbeidssted: Hjemmetjenester Sør
Kontaktperson: Sigurd Næss
E-post: sigurd.naess@kvinnherad.kommune.no

Sykehus: Helse Fonna HF (Stord sjukehus)
Klinikk/avdeling/seksjon:
Kontaktperson:
E-post:

2. Hva er formålet med utredningen?

- Å innføre et *nytt* tiltak i kommuner og sykehus
- Revurdering av et *eksisterende* tiltak som finnes i kommuner og sykehus
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)

Overgang til 3 parts-samkonsultasjon med video via norsk helsenet. Ikke nytt for foretaket.

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

- Nytte for bruker/helseeffekt
- Sikkerhet/risiko
- Kostnader
- Organisatoriske konsekvenser
- Etiske aspekter
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)

Reisevei for pasienten, transportkostnader, bruk av pre-hospitale tjenester, miljøpåvirkning.

Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes

4. Gi en kort beskrivelse av det aktuelle tiltaket som skal vurderes:

Pasienter som vanligvis er i behandling ved sårpoliklinikken ved Stord sykehus har lang reisevei. Sårpoliklinikken behandler pasienter med kroniske og ofte ikke-helende sår.

Ved digital samkonsultasjon kan pasienten få utført sårstell på bosted slik at en unngår lang reisevei, ventetid ved forsinkelser i poliklinikk samt logistikk utfordringer ved behov for følge. Spesialisthelsetjenesten kan veilede primærhelsetjenesten under sårstell for å sikre sårprosedyre og riktig bruk av sår materiell.

--

5. Omfatter metoden medisinsk utstyr skal det oppgis om det foreligger nødvendig CE-merking

Det er sendt en henvendelse til Statens Legemiddelverk (SLV), som er fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge. Med et lite forbehold ser det ut til at utstyret som benyttes faller utenfor definisjonen av medisinsk utstyr og at CE-merking ikke er nødvendig. Svaret fra SLV er gjengitt under.

1. Klassifisering av det utstyret som benyttes til å overføre data.

- *1.1: Vi oppfatter at utstyret skal overføre data uten at disse bearbejdes, og at utstyret i seg selv ikke har noen medisinsk hensikt. Ved å gå gjennom punktene i veiledningsdokumentet MDCG 2019-11 virker det rimelig å konkludere med at utstyret ikke kvalifiserer som MDSW.*
- *1.2: Ut fra beskrivelsen i punkt 8.4 i Borderline-manualen 05-19, oppfatter vi at PACS er et system som skal «process, manipulate and/or view patient images and information collected from diagnostic imaging systems». Det er uklart for oss om utstyret som du viser til vil tilsvare dette, da det vil være en forskjell på om bildene er samlet inn fra et «diagnostic imaging system», eller et ordinært kamera.*

2. Klassifisering av det utstyret som benyttes til billedtakning og live opptak av video som overføres til sykehuset - selve kameraet og videoopptager.

Utstyr som benyttes for bildeopptak uten at det prosesserer noe data, oppfyller ikke definisjonen av software i MDCG 2019-11 (“software” is defined as a set of instructions that processes input data and creates output data). Vi oppfatter heller ikke at denne type utstyr (kamera/videoopptager, slik som eksempelet Jodapro) har noen medisinsk hensikt i seg selv, og at det dermed ser ut til å falle utenfor definisjonen av medisinsk utstyr.

6. Definer kriteriene for søk og utvelgelse av litteratur:

Populasjon Oppgi: 1. Aktuell sykdom/tilstand 2. Aktuell pasientgruppe (f.eks. aldersgruppe, kjønn etc.)	Pasienter med kronisk sykdom som diabetes, arteriell og/eller venøs insuffisiens, lammelser. Slik sykdom kan være en betydningsfull årsak til at såret ikke gror. Disse sårene er gjerne forårsaket av sykdommer som sirkulasjonssvikt. Kronisk sykdom.
Tiltak Tiltaket som skal vurderes.	Videokonsultasjon
Sammenligning Oppgi alternative tiltak som det sammenliknes med. Dette vil ofte være dagens praksis.	Fysisk konsultasjon (oppmøte på poliklinikk)
Utfall Oppgi relevante endepunkt/utfall, dvs. hva man ønsker å måle virkningen av tiltaket på.	<ul style="list-style-type: none">- Sårtilheling / amputasjoner- konsultasjonstid- forbruk av sårmateriell- personalkostnader- miljøpåvirkning
Annet F. eks. studiedesign, publikasjonsår, språk, kommunal kontekst	Systematiske oversikter av høy kvalitet publisert på engelsk eller skandinavisk språk

Beskrivelse av dagens praksis

7. Gi en kort beskrivelse av eventuelt eksisterende tiltak og dagens praksis:

Fysisk oppmøte på sårpoliklinikk for behandling av sår.

8. Vil det nye tiltaket komme i tillegg til eller erstatte allerede eksisterende tiltak? Spesifiser.

Kommune:	Ja, pasienten vil få oppfølging hjemme i samarbeid med sårpoliklinikk. Det vil være et tillegg for kommunen. Sykehuset vil erstatte fysisk oppmøte med digital konsultasjon
Sykehus	Både og. Pasienten kan få en mulighet til konsultasjon på video, men under samtykke.

9. Er det noen tiltak som brukes i kommunen og/eller i sykehuset nå som bør fases ut dersom det nye tiltaket innføres? Spesifiser.

Kommune:	Det vil ikke mer være nødvendig med følge til sårpoliklinikk fra pårørende eller ansatte fra kommunen
Sykehus:	Nei

Informasjonssikkerhet og personvern, etikk, klima og miljø

10. Hvordan er datasikkerhet og personvern, for eksempel DPIA (personvernkonsekvensutredning), knyttet til det nye tiltaket ivaretatt?

Kommune:	Når det gjelder utstyret vi skal bruke er kamera godkjent via leverandøren. Elles bruker vi sikker linje ved at vi bruker JOIN. Kommunen gjennomfører ROS- analyse på gjennomføringa av metoden. Pasienten vert informert om metoden og må samtykke til gjennomføringa. Det blir ikke opptak av konsultasjonen.
-----------------	---

Sykehus:	Ja, konsultasjon foregår via norsk helsenett som er en godkjent løsning mtp personvern
-----------------	--

11. Utfordrer metoden etablerte verdier i samfunnet?

Kommune:	Nei, metoden kan føre til samfunnsøkonomiske innsparinger, mer tilgjengelige tjenester og bedre tilbud til pasienter som i dag kanskje ikke har en tjeneste som de burde ha.
Sykehus	Nei, pasienten treffer muligens ikke spesialisten fysisk, men har helsepersonell rundt seg før, under og etter konsultasjonen.

12. Hvordan vil innføring av tiltaket påvirke klima og miljø?

Kommune:	Tiltaket vil redusere behovet for transport og derved reduserte CO2 utslipp. Tiltaket kan også bidra til å nå flere av FN's bærekraftsmål, blant annet «bærekraftige byer og lokalsamfunn» og «ansvarlig forbruk og produksjon». Helsesektorens bidrag til klimagassutslipp er vesentlig, og det er trolig et potensial i å jobbe systematisk for å redusere utslippene. Folkehelsemeldingen understreker også behovet for å adressere klimaendringer som ett sentralt satsingsområde.
Sykehus	Ja, en unngår unødig bruk av transport.

DEL 2

Forskningsomtale

En **forskningsomtale** er en kort beskrivelse (1-3 sider) og gradering (dvs. hvor mye vi stoler på resultatene) av en eller flere systematiske oversikter om det aktuelle tiltaket, vanligvis med tilleggsopplysninger som er relevant for norske forhold.

En **systematisk oversikt** har som hensikt å svare på ett eller flere spesifikke forskningsspørsmål. Forfattere av systematiske oversikter bruker en systematisk og tydelig framgangsmåte for å finne, velge ut, vurdere og oppsummere all tilgjengelig forskning om forskningsspørsmålet.

En systematisk oversikt utgjør det forskningsbaserte grunnlaget for denne mini-metodevurderingen og ligger under. Den systematiske oversikten omhandler digital hjemmeoppfølging av ulike kroniske sår ([lenke til omtalen](#)). Vi har ikke funnet systematiske oversikter som besvarer alle utfallsmålene.

OM FORSKNINGSMOTALEN

Forskningsomtalen er laget av Folkehelseinstituttets område for helsetjenester, i et samarbeidsprosjekt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Omtalen skal være til støtte for beslutningstakere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.



FORSKNINGSOMTALE

Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår

Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår gir trolig halvert risiko for amputasjon og noe kortere tid til sårtilheling, viser en systematisk oversikt fra 2020.

Helse Fonna, Kvinnherad og Ullensvang kommuner ønsket å vite effekten av digital samkonsultasjon i sårbehandling. Kvinnherad og Ullensvang kommuner skal benytte denne forskningen som del av et beslutningsgrunnlag for å implementere slik behandling i kommunen. Tiltaket vil primært være rettet mot pasienter med lang reisevei som vanligvis er i behandling ved sårpoliklinikk på Stord sykehus.

HOVEDBUDSKAP

Vi identifiserte en systematisk oversikt som undersøkte effekten av digital sårbehandling av hjemmeboende pasienter sammenlignet med vanlig praksis. Resultatene viser at digital sårbehandling:

- Gir noe kortere tid til sårtilheling
- Halverer trolig risiko for amputasjon
- Gir trolig liten forskjell i pasienttilfredshet og i antall konsultasjoner på poliklinikk
- Har usikker effekt på sårtilheling etter et år

Formålet til denne omtalen var å se på effekten av digital samkonsultasjon, slik det er beskrevet i Bakgrunn, men vi identifiserte ingen systematiske oversikter som omhandlet slik samkonsultasjon.



BAKGRUNN

Kroniske sår er en forholdsvis vanlig tilstand som medfører store kostnader for det norske helsevesenet. I tillegg kan det forårsake mange plager og i verste fall føre til risiko for amputasjoner og død for pasientene. Det finnes mange årsaker til at sår oppstår, og til at de ikke gror. Dette kan dreie seg om alt fra brannsår og operasjonssår til diabetiske fotsår og leggsår på grunn av nedsatt blodsirkulasjon. Pasienter med kroniske sår har ofte behov for langvarig oppfølging, og i Norge kan det innebære lang reisevei fra hjemmet til spesialisert helsetjeneste.

Dagens behandling består i stor grad av at hjemmesykepleien følger opp pasienten i hjemmet, fastlege på legekontor og at pasienten reiser til sårpoliklinikk på sykehus for oppfølging der. Dette fører ofte til lang reisevei og overnatting på sykehus for pasienter utenfor byene, samt til dels fragmentert oppfølging fra helsevesenet. En digital samkonsultasjonsløsning brukes med mål om å lette tverrfaglig samhandling og øke utveksling av kompetanse mellom de ulike tjenestene, samt legge til rette for veiledning fra sårpoliklinikken. Digital samkonsultasjon er en oppfølgingsmetode som gjør det mulig for sårpoliklinikken, kommunehelsetjenesten og fastlege å vurdere pasientenes sår på samme tid. Dette gjøres ved at pasienten følges opp i eget hjem, med sykepleier med kamera, pasienten med nettbrett og ansatte fra sårklinikk og/ eller fastlege som deltar digitalt.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Oversikten vi identifiserte omhandlet digital hjemmeoppfølging av ulike kroniske sår. Den rapporterte resultater fra 12 primærstudier, hvorav seks var randomiserte kontrollerte studier (RCT). Vi har kun inkludert resultatene fra RCTer. Studiene var gjennomført i Norge, Danmark, Canada, Australia, England og USA, og totalt antall deltakere var 1059. Antall deltakere innad i studiene varierte mellom 26 og 374 deltakere.

To av studiene omhandlet personer med diabetiske fotsår, to studier omhandlet sår av alle årsaker og en studie omhandlet personer med trykksår. Den siste studien inneholdt en populasjon med blanding av ikke-helende kirurgiske sår, trykksår og venøse leggsår. De fleste deltakerne i de inkluderte studiene fikk digital sårbehandling i hjemmet.

De inkluderte RCTene hadde mellom seks og 16 måneders oppfølgingstid og handlet alle om digital sårbehandling med bruk av bilder. De inkluderte RCTene beskrev og utførte intervensjonen noe ulikt:

- Ukentlig web- og telefonbasert konsultasjon, samt konsultasjon på poliklinikk hver 6. uke
- Tverrfaglig konsultasjon via epost, telefon eller video
- Ukentlig konsultasjon med bruk av bilder og en sårsekkliste
- Ukentlig konsultasjon med bruk av bilder
- Konsultasjon annenhver uke med bruk av bilder og målinger
- To konsultasjoner gjort over telefon eller skriftlig på nettet, samt en konsultasjonsrunde ved poliklinikk

I tabellen under oppgis effektestimaterne, antall studier og deltakere per utfall samt vår tillitt til dokumentasjonen vurdert med GRADE-tilnærmingen. Tillitt til dokumentasjonen handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Tilliten kan være høy, moderat, lav, eller svært lav. Jo høyere tillit, desto sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist og pålitelig.

Utfall	Antall studier (deltakere)	Effektestimater (95% KI)	Tillitt til dokumentasjonen	Tolkning
Sårtilheling (tid til sårtilheling)	3 studier (780)	HR 1,16 (0,96 til 1,39)	Høy ⊕⊕⊕⊕	Liten effekt
Sårtilheling 1 år	4 studier (806)	RR 1,05 (0,89 til 1,23)	Svært lav ^{1,2,3} ⊕○○○	Usikker effekt
Amputasjon	3 studier (649)	RR 0,45 (0,29 til 0,71)	Moderat ¹ ⊕⊕⊕○	Effekt (halverer risiko)
Pasienttilfredshet	1 studie (182)	MD 0,07 (0,10 til 0,24)	Moderat ⁴ ⊕⊕⊕○	Liten til ingen forskjell
Antall konsultasjoner	1 studie (182)	Gjennomsnitt 2 (SD 1,9) versus 2,5 (SD 3,0)	Moderat ⁴ ⊕⊕⊕○	Liten til ingen forskjell

KI=Konfidensintervall, HR= Hazard Ratio, RR= Risk Ratio, MD= Mean difference (gjennomsnittsforskjell), SD= Standard deviation (standardavvik). Årsaker til at resultatene er trukket i tillitt: 1: høy risiko for metodiske begrensinger 2: to av studiene er på pleiehjem (ikke i eget hjem), 3: brede konfidensintervaller, 4: kun én studie i sammenligningen.

OM DENNE FORSKNINGSMATALEN

En bibliotekar planla og gjennomførte søk etter oppsummert forskning. Søkestrategiene var utarbeidet på bakgrunn av forskningsspørsmålet, med en kombinasjon av relevante emneord og tekstord. De relevante emneordene var Telemedicine, Remote Consultation og Distance Counseling, som vi kombinerte med Diabetic Foot, Foot Ulcer, Leg Ulcer og Pressure Ulcer. Bibliotekaren la også til et filter for systematiske oversikter, avgrenset til de siste fem år, og begrenset språk til engelsk og skandinavisk. Databasene vi valgte til å søke i, var Medline, Epistemonikos, Cinahl, INAHTA, SBU, CADTH og Sunnhedsstyrelsen.

Vi gjennomgikk 112 referanser og vurderte metodiske begrensinger på sju relevante oversikter. Vi brukte sjekklisten ROBIS til å gjøre disse vurderingene. En vurdering av metodiske begrensninger gir en indikasjon om gyldigheten på informasjonen, og hvorvidt resultatene samsvarer med forholdene i den faktiske målgruppen. I dialog med oppdragsgiver valgte vi ut en oversikt med lav risiko for metodisk begrensninger, som svarte godt på problemstillingen. Etersom forfatterne av den systematiske oversikten ikke hadde vurdert tilliten til dokumentasjonen, gjorde vi dette for hvert utfall med hjelp av Cochranes GRADE- verktøy.

Litteratursøket ble utført av bibliotekar Gunn Eva Næss og omtalen er skrevet av Hanna Eikås Klem og Patricia Sofia Jacobsen Jardim, område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet.

KILDE

Chen, L., Gao, W., Chen, D., Wang, C., Ran, X., Telemedicine in chronic wound management: systematic review and meta-analysis. JMIR mHealth and uHealth 2020 8.6 (2020): e15574.

DEL 3:

Organisering av samhandlingen mellom kommunen og sykehuset

- 13. Beskriv hvordan samhandlingen mellom kommuner og sykehus er planlagt ved innføring av tiltaket:**

Tjenesteforløpet er utformet i samarbeid med Innomed. Tjenesteforløpet som prosjektet har utviklet og som piloteres er visualisert i vedlegg 1. Dette oppdateres og justeres underveis som forløpet testes ut.

Organisering internt i kommunen og i sykehuset

- 14. Er en eventuell innføring av tiltaket forankret på relevant ledelsesnivå?**

I kommunen:

Ullensvang: Forankret gjennom kommunalsjef Pleie og Omsorg og prosjektmidler godkjent av kommunestyre

Kvinnherad: Ja, i politisk vedtatt kommunedelplan

I sykehuset:

Samhandlingen er forankret i eksisterende samarbeidsavtale, og samarbeidsavtale er undertegnet av administrerende direktør 10.02.22

- 15. Vil det ved innføring av tiltaket være særskilt behov for kompetanseheving av personalet, eventuelt nye ansettelser?**

I kommunen:

Ullensvang: Opplæring av innkjøpt utstyr til ansatte i hjemmetjenesten (gjennomført).

Rutiner: videokonsultasjon ble innført under pandemien, det nye er kamera.

Kvinnherad: Ja, opplæring i bruk av teknologisk utstyr (gjennomført) samt opplæring i rutine for tjenesten.

I sykehuset:

Det vil være behov for intern opplæring med hensyn til bruk av digital videoplattform. Opplæring er systematisert og forankret i foretaket og vil bli utført i regi av EPJ senter. Det vil være behov for noe økte ressurser i pilotperioden. Utover dette er det forventet at innføring av videokonsultasjon skal kunne frigi ressurser på sikt. På den måten ser en for seg muligheten til å benytte mer tid til omfattende sårstell samt godkjenne flere henvisninger.

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

I kommunen:

Ullensvang: Nei

Kvinnherad: Samkonsultasjonen må tilpasses arbeidsplaner, timelister og oppgaver i kommunen. Kommunen må i tillegg gjennomføre ROS-analyse for tiltaket. Denne må omfatte både pasient og tilsette og bruken av tilgjengelig teknologi.

I sykehuset:

I pilotperioden vil det være behov for tilrettelegging av arbeidstid for medarbeider knyttet til prosjektet. Innføring av trygg videoløsning er en kvalitetsforbedring som allerede er godkjent og tatt i bruk i den offentlige helsetjenesten samt i flere enheter i vårt foretak/helseregion.

Det pågår et arbeid knyttet til interne prosedyrer og rutiner. Utover dette er det ingen endringer som medfører endring av arbeidsmiljø eller sikkerhet.

17. Finnes det lokaler som er egnet til bruk for gjennomføring av tiltaket, eller er det behov for bygningsmessige endringer? Spesifiser:

I kommunen:

Ullensvang: Nei, alt foregår hjemme hos brukeren

Kvinnherad: Nei, tjenesten foregår i pasientens hjem.

I sykehuset:

Det eksisterer i dag egnede fasiliteter.

18. A) For kommunen: Hvordan vil andre tjenester (f.eks. sosial-, service- og/eller IT-tjenester) i kommunen bli påvirket ved innføring av tiltaket?

Ullensvang: I liten grad. IT avdeling er ansvarlig for ROS osv., teknisk oppsett blir styrt av leverandør.

Kvinnherad: Kommunens IT- tjeneste må bidra med kompetanse. Fastlege må være aktiv deltaker i behandlingsplanen.

Kommentar: Ved involvering av fastlege vil kostnadsbildet endres.

B) For sykehuset: Hvordan vil andre avdelinger eller servicefunksjoner på sykehuset eventuelt bli påvirket ved innføring av metoden?

I pilotperioden kan det forventes at det vil være behov for økt merkantil eller IKT støtte inntil medarbeiderne er trygge på fagsystemet/verktøyet.

Metoden kan også overføres/implementeres internt til andre enheter innenfor samme fagfelt/klinikker ved foretakets ulike sykehus. En kan da sannsynlig regne med gevinster for fagmiljøet, pasienter og miljøet i form av kompetanseheving, erfaringsutveksling, tettere samarbeid, raskere helsehjelp, kortere reisevei, ytre miljøperspektiv

19. A) For kommunen: Vil innføring av tiltaket eventuelt påvirke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (utenom samhandlingsaktiviteten) eller andre eksterne tjenester?

Ullensvang: Ja

Kvinnherad: Ja, trolig i positiv retning i forhold til framtidige, nye samarbeidstiltak. Spesialisthelsetjenester kan bli tilgjengelig i pasientens hjem.

B) For sykehuset: Vil innføring av metoden eventuelt føre til endring av pasientstrømmer mellom sykehus og helseregioner, eller påvirke samarbeidet med primærhelsetjenesten (utenom samhandlingsaktiviteten)?

I første omgang vil det sannsynlig ikke påvirke pasientstrømmen.

Rent hypotetisk og på sikt vil muligheten for bruk av videoløsning mellom foretakene i helseregionen sannsynlig medføre bedre/ lettere tilgang til spesialistvurderinger. Dette kan igjen medføre at pasienten ikke trenger å overføres til annet foretak, men bli vurdert av annen spesialist via video for å få gjennomført behandling ved lokalt sykehus om forholdene tilsier det.

Når det gjelder samarbeidet med primærhelsetjenesten kan en anta at metoden vil styrke samhandlingen og at dette vil få positive konsekvenser for samarbeidet gjennom erfaringsdeling og økt innsikt/forståelse for hverandres tjenesteforvaltning.

På sikt (kort oppsummert):

Vil en ha mulighet for å tilby tjenesten på tvers av helseregioner/interne sykehus/avdelinger.

En vil ha mulighet for å vurdere om pasienten trenger henvisning.

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

I kommunen:

Ullensvang: Det vil bli forandringer angående timebestilling fra sykehuset. I framtiden må sykehuset ta direkte kontakt med legesenter for å avtale time. Det er med tanke på at fastlege skal være med på noen konsultasjoner.

Kvinnherad: Tiltaket åpner en ny verden av muligheter til å flytte flere spesialisthelsetjenester dit pasienten bor.

I sykehuset:

Nei

DEL 4:

Økonomisk vurdering

21. Beskriv hvilke antakelser som legges til grunn for de økonomiske beregningene utført i denne vurderingen:

I kommunen:

Det tas utgangspunkt i 16 konsultasjoner/besøk med sårbehandling hjemme per pasient. Fastlege kan delta digitalt på anslagsvis hver fjerde konsultasjon/besøk, evt sjeldnere.

Hvert besøk tar 30 minutter av sykepleierens tid, videre 30 min av sykepleierens tid er reservert til pakking/kjøretid. For fastlegen er det satt av 20 minutter.

Kostnadsestimat til sårmateriell er 317 kr per besøk.

Det antas at gjennomsnittlig kjøreavstand for kommunale tjenesteytere til pasientens hjem er 20 km (40 km t/r), pris per km er 3 kr, som dekker kostnader forbundet med bil og drivstoff.

I sykehuset:

I beregningene antar vi at sykehuset deltar på annenhver konsultasjon, totalt 8 konsultasjoner i pasientforløpet.

Det antas at gjennomsnittlig transportkostnad for fysisk oppmøte på poliklinikk er mellom 2000-8000 kroner. De fleste pasientene har samkjøring (taxi), eller kjøres av pårørende. De som er dårligst eller har lang reisevei, kommer i ambulanse. Vi har valgt å bruke 8000 kr i transportkostnader per pasient i våre beregninger.

Tidsbruk under en digital konsultasjon er satt til å være 20 minutter for en sekretær, 45 minutter for en sykepleier, 15 minutter for lege. En vanlig oppmøtekonsultasjon er satt til 20 minutter for en sekretær, 60 minutter for en sykepleier, 60 minutter for en lege og 10 min for avdelingsleder.

22. Hvor mange pasienter vil være mottakere av tiltaket? Hvordan forventes pasientgrunlaget å utvikle seg over tid etter at tiltaket innføres?

Det er usikkerhet knyttet til antall pasienter. Det kan antas at det vil dreie seg om ca. 15 pasienter årlig fra Kvinnherad kommune og ca. 8 pasienter årlig fra Ullensvang kommune.

I denne vurderingen legger vi til grunn at det vil være 10 pasienter fra hver av kommunene, til sammen 20 pasienter for sykehuset.

23. Beregn oppstartskostnadene. Gjør en oppsummering av nødvendige investeringer og faste utgifter.

I kommunen (en kommune):

Likviditetsbehov ift. Investeringer og faste utgifter	År 1	År 2
Investeringsbehov (7 års avskrivning)	21 350	21 350
Andre engangskostnader/faste utgifter (opplæring, årlige utgifter)	84 000	
Sum	105 350	21 350

Kommentar: Investeringskostnader er avskrivningskostnader knyttet til innkjøp av nettbrett, kamera og mobilt bredband.

I sykehuset:

Likviditetsbehov ift. Investeringer og engangskostnader	År 1	År 2
Investeringsbehov	0	0
Andre engangskostnader/faste utgifter	0	0
Sum	0	0

Kommentar: Pasienten kommer første gangen til poliklinikken for diagnostikk og utarbeidelse av behandlingsplan som igjen sendes til hjemmesykepleien med et notat til fastlegen. Første konsultasjon/diagnostisering er lik i ny og gammel metode.

24. Oppsummer endringer i driftskostnader (for en kommune - 10 brukere):

Driftskostnader – per bruker	Dagens tiltak		Nytt tiltak	
Kostnad per konsultasjon	0		0	
Kostnaden for et behandlingsforløp (16 konsultasjoner)	0		15 868	
Merkostnad ved skifte av tiltak - per bruker/forløp	0		15 868	
Driftskostnader – alle brukere	Antall brukere	Dagens tiltak	Antall brukere	Nytt tiltak
Kostnad for en kommune – alle brukere			10	158 682
Merkostnad ved skifte av tiltak - alle brukere	-	-	10	158 682

Kommentar: For kommunen er dette en helt ny aktivitet, dermed er det ingen kostnader knyttet til «dagens tiltak».

For sykehuset (antagelse: til sammen 20 brukere fra de to kommunene):

Driftskostnader – per bruker	Dagens tiltak		Nytt tiltak	
Kostnaden for sykehuset per konsultasjon				
Kostnaden for et behandlingsforløp (8 konsultasjoner)	158 627		4700	

Kostnadsbesparelse - per bruker				153 927
Driftskostnader – alle brukere	Antall brukere	Dagens tiltak	Antall brukere	Nytt tiltak
Sum for sykehuset – alle brukere	20	3 172 533	20	93 998
Kostnadsbesparelse ved skifte av tiltak - alle brukere	-	-	-	3 078 535

Kommentar: I antakelsene ligger det at sykehuset er med på halvparten av konsultasjonene i det nye behandlingsforløpet, som tilsvarer 8 konsultasjoner (4 for legen) totalt sammenlignet med 16 konsultasjoner med dagens tiltak.

25. Hva er de budsjettmessige konsekvensene ved innføring av tiltaket?

For en kommune:

Budsjettmessige konsekvenser for kommunen	År 1	År 2
Investeringsbehov	21 350	21 350
Andre faste utgifter	84 000	0
Sum driftskostnader for kommunen, 10 brukere	158 682	158 682
Evt. annet; inntekter (+) / utgifter (-) - som tilskudd		
Netto merkostnad (for en kommune)	264 032	180 032

For sykehuset:

Budsjettmessige konsekvenser for sykehuset	År 1	År 2
Endring i inntekt som følge av nytt tiltak		
Likviditetsbehov ift. investeringer og engangskostnader		
Årlig besparelse som følge av nytt tiltak - 20 pasienter	3 078 535	3 078 535
Evt. annet; inntekter (+) / utgifter (-)		
Netto besparelse	3 078 535	3 078 535

Kommentar: Det er en besparelse under de gitte forutsetningene, som gjør at sykehuset kan behandle flere pasienter, redusere ventelister og ha hyppigere konsultasjoner med enkelte pasienter som har behov for dette.

26. Beskriv forventede økonomiske konsekvensene for andre parter, for eksempel pasienter/pårørende.

Pårørende slipper transport til poliklinikk og slipper å ta fri fra jobb; personal fra kommune trenger ikke være med til konsultasjon

Se eventuelt vedlagt regneark i Excel.

DEL 5:

Oppsummering og konklusjon

27. Gi en samlet vurdering av fordeler og ulemper ved innføring av tiltaket i kommunen/sykehuset:

Vurdering kommuner:

	Fordeler	Ulemper
For pasienter	<ul style="list-style-type: none">• Unngått reisetid - mange pasienter har lang reisevei• Bedre tjeneste - Bedre pasientopplevelse gjennom økt kompetanse i primærhelsetjenesten• Unngått forverring/optimalisert sår tilheling - unngått forverring av tilstand knyttet til såroppfølging• Noen pasienter kvier seg til lang reise på grunn av egen helsetilstand, og avstår fra poliklinisk konsultasjon på grunn av det. Tilgangen til spesialisthelsetjenester blir lettere for disse pasientene.	
For pårørende	<ul style="list-style-type: none">• Pårørende slipper følge til sykehuset	
For personell	<ul style="list-style-type: none">• Kompetanseheving –knyttet til sårbehandling i hjemmetjenesten	<ul style="list-style-type: none">• Merarbeid for ansatte i hjemmetjenesten på kort sikt
For kommunehelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none">• Unngått tid og ressursbruk - grunnet bedre såroppfølging/raskere sårtilheling	For kommunen kan det være økonomiske hindringer for å gjennomføre tiltaket. Gjennomføringa flytter utgifter

	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre rekruttering --ved at tjenesten får bedre omdømme. 	<p>fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Det kan være lite økonomiske insentiv til å innføre denne tjenesten. Dette er et generelt problem når kommunene skal overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Kommuner som overtar oppgaver, burde premieres for dette.</p>
For spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Tidsbesparelse per konsultasjon ved bruk av e-konsultasjoner som er tid som kan brukes til å redusere ventelister. • Reduserte utgifter til pasienttransport • Redusert bruk av sårmateriell 	
Evt. andre (Fastlege og personell på legekontor)	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseheving – knyttet til sårbehandling • Tidsbesparelse – gjennom mer effektiv kommunikasjon og samhandling (færre konsultasjoner), mindre tidsbruk til oppfølging av e-meldinger) 	<ul style="list-style-type: none"> • På kort tid øker tidsbruket til legen i startfasen av behandlingen.

Vurdering sykehus:

	Fordeler	Ulemper
For pasienter	<ul style="list-style-type: none"> • Slippe å reise til sykehus • Tidligere oppdagelse og behandling av sår? 	

For pårørende	<ul style="list-style-type: none"> • Slipper å reise til sykehus • Slipper å ta fri fra jobb 	
For personell	<ul style="list-style-type: none"> • Kortere konsultasjoner 	
For kommunen	<ul style="list-style-type: none"> • Økt kompetanse på sårstell 	<ul style="list-style-type: none"> • Flere oppgaver
For spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Kortere og færre konsultasjoner • Mindre utgifter til sårutstyr • Reduserte transportkostnader 	
Evt. andre		

28. Er det sannsynlig at det foreslåtte tiltaket er like godt eller bedre enn dagens praksis?

Ja

Nei

Usikkert

Kommune	Tiltaket er bedre enn dagens praksis, samfunnsøkonomisk og for pasient/bruker
Sykehus	<p>Bedre fordi:</p> <p>HF/personell: Sykehuset vil få frigjort tid ved digitale konsultasjoner, og kan med det behandle flere pasienter og bruke tiden til andre oppgaver.</p> <p>Pasient: Pasienten slipper lang reisevei og slipper å bruke unødvendig med tid på sårstell.</p>
Pasient/bruker	<p>Fra Forskningsomtalen, del 2 i mini-metodevurderingen:</p> <p>Resultatene viser at digital sårbehandling sammenlignet med vanlig praksis:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Gir noe kortere tid til sårtilheling • Halverer trolig risiko for amputasjon • Gir trolig liten forskjell i pasienttilfredshet og i antall konsultasjoner på poliklinikk
--	--

29. Gi en kort oppsummering av de organisatoriske konsekvensene for kommunen/sykehuset ved innføring av tiltaket:

Kommune	Nye samarbeidsrutiner med spesialhelsetjenesten. Nye opplæringsrutiner for ansatte i kommunen. Økt tidsbruk og nødvendig kompetanse av IT avdelingen.
Sykehus	Konsultasjonene vil foregå digitalt.

30. Gi en oppsummering av økonomiske konsekvensene for kommunen/sykehuset ved innføring av tiltaket:

Kommune	Økt investerings og driftskostnader for kommunen.
Sykehuset	Redusert konsultasjonstid, redusert personellbruk, mindre bruk av sårutstyr og reduserte transportkostnader → mindre driftskostnader

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

A. VED VURDERING AV ET NYTT TILTAK

- Tiltaket bør innføres i vår kommune/vårt sykehus
- Tiltaket bør ikke innføres i vår kommune/vårt sykehus
- Beslutning om innføring av tiltaket bør avvendes
- Annet

Kommentar: Det er en samfunnsøkonomisk gevinst i form av reduserte totalkostnader og redusert miljøpåvirkning

Kommune	Økt gevinst for brukeren i kommunen
Sykehus	Færre utgifter for sykehuset som nevnt over, samtidig som sykehuset kan øke kapasiteten ved å behandle flere pasienter.

B. VED REVURDERING AV ET EKSISTERENDE TILTAK (dvs. dagens praksis)

- Tiltaket bør fortsatt være i bruk i vår kommune/vårt sykehus
- Tiltaket bør fases ut av vår kommune/vårt sykehus
- Annet

Det kan betraktes som en blanding av eksisterende og framtidig arbeidsmåte

32. Hvis tiltaket innføres i kommunen og sykehuset: hvordan og hvor lenge skal metoden følges opp/monitoreres etter innføring? Spesifiser.

Kommune	<p>Dette er en pilot og skal evalueres fortløpende, med en sluttevaluering. I samarbeid med Innomed er det utarbeidet gevinstoppfølgingsmateriell/ evalueringsskjema for både ansatte og brukere når det gjelder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sårtilhelingstid - Brukertilfredshet - Medarbeidermåling - Tidsbruk
Sykehus	

Del 6: Habilitet og signatur for forslagsstiller

I feltene under skal du oppgi hvis det er forhold som vil kunne bety noe for din habilitet i arbeidet med mini-metodevurderingen. Hvis du ikke har noe å melde under de enkelte punktene, skriver du «intet å melde».

1. Har du direkte engasjementer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (økonomiske fordeler pga. ansettelsesforhold, egen næringsvirksomhet, styreverv, oppdrag, investeringer, godtgjørelser etc.)?

2. Har du indirekte engasjementer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (indirekte økonomiske fordeler, for eksempel stipendier, prosjektstøtte eller andre former for fordeler)?

3. Har du engasjementer i forbindelse med din egen eller din nærmeste families yrkesutøvelse som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (husk også at fjernere slektskap kombinert med særlig fordel, tap eller ulempe for den det gjelder, kan føre til inhabilitet)?

4. Har du medlemskap eller annen tilknytning til organisasjoner eller organer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen?

5. Er det andre forhold som kan være egnet til å svekke tilliten til din upartiskhet (f. eks. vennskap/ uvennskap, andre forhold)?

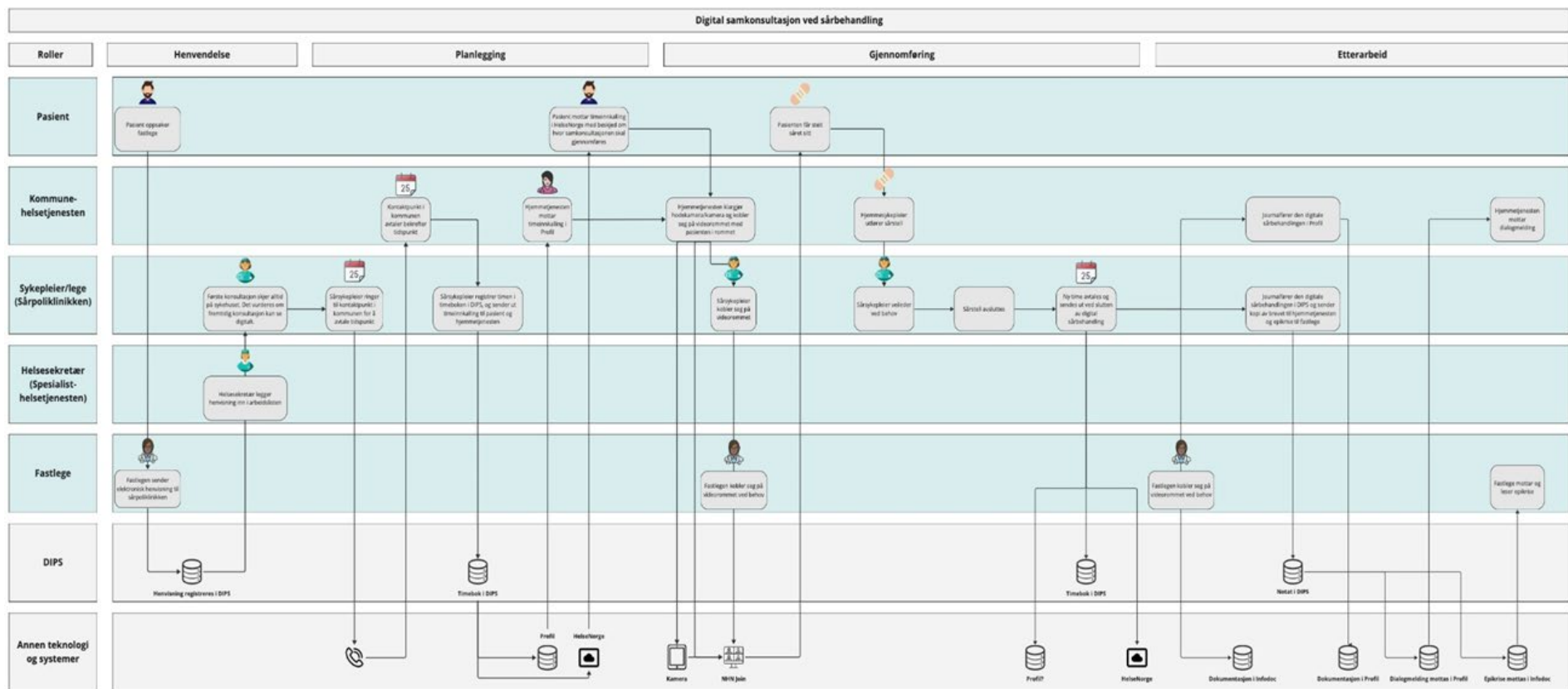
Sigurd Næss og Claudio Mentuccia har underskrevet skjema uten anmerkninger.

[Sted, dato]

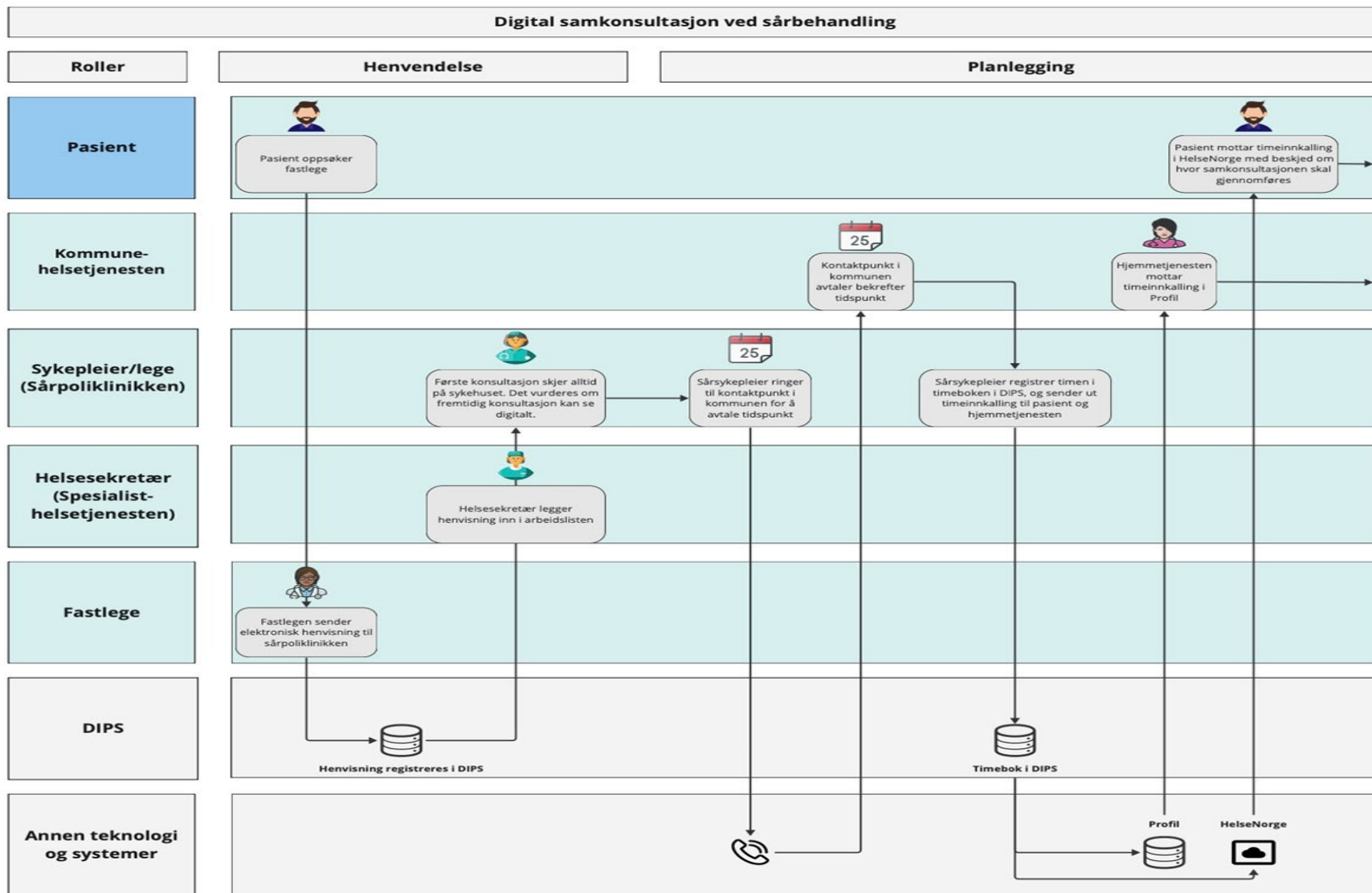
[Navn]

Vedlegg 1: Tjenesteforløp

Tjenesteforløpet ble utarbeidet med overordnet mål å sikre en helhetlig tjeneste. Prosjektgruppen har brukt tjenesteforløpet som et arbeidsverktøy og det har blitt kontinuerlig oppdatert etter hvert som tjenesten har blitt testet ut og nye erfaringer har blitt innhentet. Tjenesteforløpet tar utgangspunktet i pasientreisen, men inkluderer også andre aktører og deres ansvarsområder, samt hvilke systemer og tekniske løsninger som er involvert. På denne siden presenteres tjenesteforløpet i sin helhet, mens de påfølgende sidene deler tjenesteforløpet opp i tre deler for å forbedre lesbarheten. Det er viktig å merke seg at tjenesteforløpet fortsatt er under utvikling, og endringer kan forekomme fra versjonen som er inkludert her.



Digital samkonsultasjon ved sårbehandling



Digital samkonsultasjon ved sårbehandling

Roller | **Etterarbeid**

Pasient

Kommunehelsetjenesten

Journalfører den digitale sårbehandlingen i Profil

Hjemmetjenesten mottar dialogmelding

Sykepleier/lege (Sårpoliklinikken)

Journalfører den digitale sårbehandlingen i DIPS og sender kopi av brevet til hjemmetjenesten og epikrise til fastlege

Helsesekretær (Spesialisthelsetjenesten)

Fastlege

Fastlegen kobler seg på videorommet ved behov

Fastlege mottar og leser epikrise

DIPS

Notat i DIPS

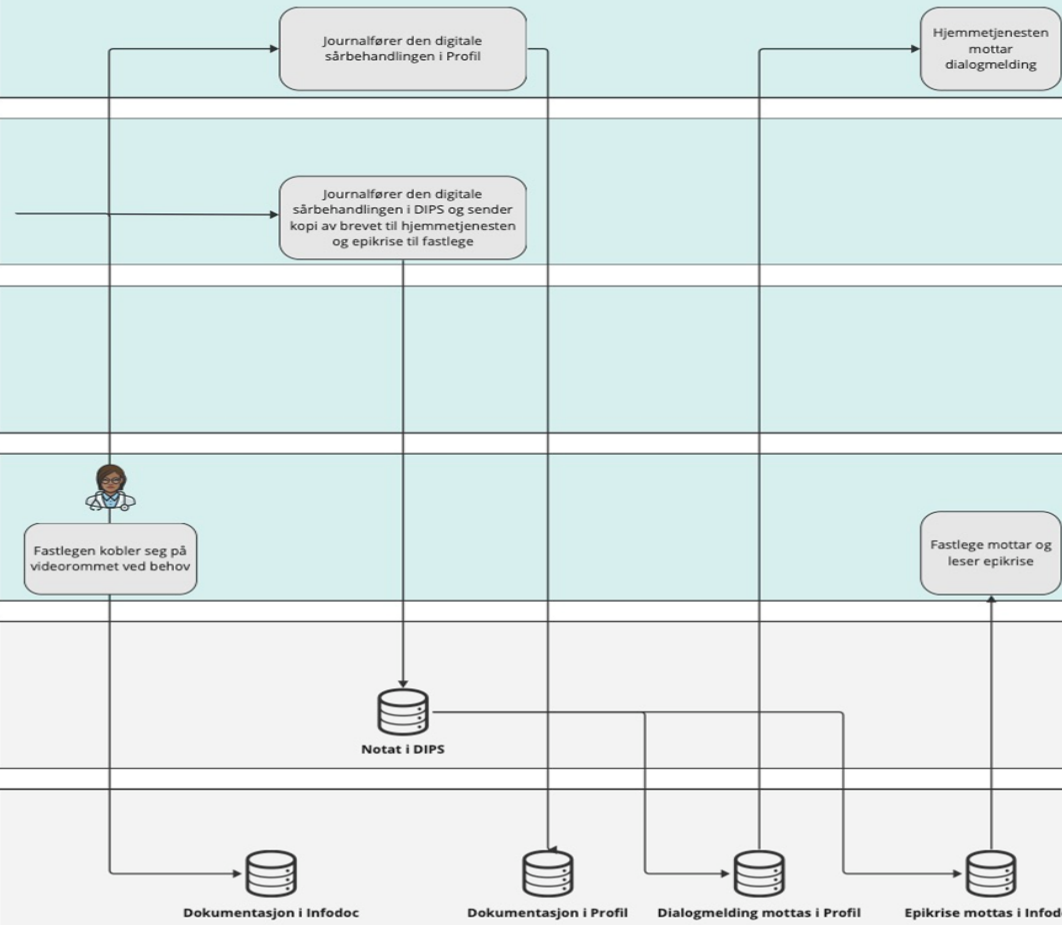
Annen teknologi og systemer

Dokumentasjon i Infodoc

Dokumentasjon i Profil

Dialogmelding mottas i Profil

Epikrise mottas i Infodoc



Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juni 2024
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no