

# Skjema for mini-metodevurdering

*- vurdering av nye metoder i sykehus*

Versjon 3.2/25.10.2017

Tittel

Hjemmebaserte spesialisthelsetjenester - Hjemmesykehus



Dato

25. mars 2020



Helseforetak/sykehus

Oslo universitetssykehus

**Bidragstere:**



Ansvarlig fagperson

Linn Nathalie Støme, Kari Kværner

Bibliotekar

Gunn Kleven

Økonom

Vinod Mishra

Andre

Camilla Stolp

Fagfelle(r)

Kjell Magne Tveit



# 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](http://www.minimetodevurdering.no) under "Registrer ny mini-metodevurdering". Etter ferdigstillelse og fagfellevurdering skal del 1, samt Excel-hjelpefilen 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:

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)

Hjemmesykehus for voksne pasienter som alternativ til behandling i sykehus

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

Det finnes et litteratursøk med soting fra Folkehelseinstituttet: Sak 13-18 ID2017\_030\_Hjemmesykehus. Beslutningsforum ønsket ikke en nasjonal metodevurdering: "Bestillerforum RHF gir ikke oppdrag om en nasjonal metodevurdering på dette tidspunkt, men kan ta stilling til eventuelt oppdrag senere opp mot mer velavgrensede problemstillinger"

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:	Innovasjonsavdelingen
Kontaktperson:	Camilla Stolp
E-post:	cstolp@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)

Vurdering av en metode som er delvis innført i flere helseforetak innenfor begrensede målgrupper

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

Pasient og pårørende perspektivet

#### 4. Definer inklusjonskriteriene for mini-metodevurderingen (PICOS)

<p>Denne tabellen skal fylles ut i stikkordsform og brukes ved litteratursøk og utvelgelse av studier.</p>	
<p><b>P</b>opulation (Populasjon)</p> <p>Oppgi: 1. Aktuell sykdom/tilstand 2. Aktuell pasientgruppe</p>	<p>Alle sykdommer/tilstander og pasientgrupper kan være aktuelle så lenge helsetjenesten vurderer at pasienten kan oppholde seg hjemme og få en tilsvarende tjeneste som på sykehuset.</p>
<p><b>I</b>ntervention (Metode/tiltak)</p> <p>Oppgi navn på metoden som skal vurderes</p>	<p><b>Hjemmebasert sykehusbehandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjenester der sykehuset eier hele verdikjeden</li> <li>• Behandlingen foregår der pasienten er</li> <li>• «Inneliggende i hjemmet»</li> <li>• Sykehuspersonell reiser ut til pasient, men konsultasjon og samhandling kan også skje digitalt</li> </ul> <p><b>Hjemmebaserte sykehustjenester</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjenester fra sykehuset som gis til pasienter som ikke er inneliggende, eks. antibiotikabehandling og blodprøvetaking</li> <li>• Erstatter ofte polikliniske konsultasjoner, men kan også redusere behov for innleggelse eks. langtidsmekanisk ventilerte pasienter</li> <li>• Kan være del av et tjenesteforløp med kommunen. Samhandling og integrerte tjenester.</li> </ul>
<p><b>C</b>omparison (Sammenligning)</p> <p>Oppgi alternative tiltak som det sammenliknes med. Dette vil ofte være dagens behandling. Ved vurdering av diagnostisk nøyaktighet, oppgis referansetesten.</p>	<p>Innleggelse på sykehus eller poliklinisk behandling</p>
<p><b>O</b>utcome (Utfallsmål)</p> <p>Oppgi relevante endepunkt/utfall; dvs. hva man ønsker å måle virkningen av tiltaket på.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antall liggedøgn (Antall dager i hjemmesykehus og antall dager på sykehus)</li> <li>2. Re innleggelse (innleggelse etter endt sykehusopphold, ikke under hjemmesykehusoppholdet)</li> <li>3. Bruk av antibiotika</li> <li>4. Bruk av TPN</li> <li>5. Avvik</li> <li>6. Pasient tilfredshet</li> <li>7. Ansatt tilfredshet</li> </ol>
<p><b>S</b>tudy design (Studiedesign)</p> <p>Spørsmål om effekt bør avgrenses til studier med kontrollgrupper. For spørsmål om sikkerhet kan annen type studiedesign også være relevant.</p>	





# Beskrivelse av metoden som skal vurderes

## 5. Hvilken type metode dreier det seg om? [i](#)

- Diagnostisk metode
- Medisinsk utstyr [i](#)
- Prosedyre (medisinsk eller helsefaglig) [i](#)
- Organisatorisk tiltak
- Annet (spesifiser)

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

Behandlingen skal foregå i hjemmet i stedet for på sykehus. Tjenestenivået skal være det samme. I dag drifter Oslo universitetssykehus to hjemmesykehus. 1. Avansert hjemmesykehus for barn (driftet i 10 år) 2. Avansert hjemmesykehus for blodsykdommer (driftet i 1 år)

Behandlingen tilsvarer behandlingen som blir gitt på sykehus, bare gitt i eget hjem.



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. [i](#)

Det vil omfatte utstyr brukt for medisinsk avstandsoppfølging, disse vil bli CE-merket og risikoklassifisert før de inngår som en del av den nye metoden. Økonomi er ikke tatt med i denne MMV og vi har ikke tatt hensyn til økte utgifter mht CE-merking.

# Beskrivelse av dagens praksis

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

Behandling foregår på sykehus, enten i en avdeling eller i poliklinikk

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

Det vil være et samvalg for pasienter å være på hjemmesykehus, det vil også være nødvendig å lage inklusjonskriterier for hvem som kan være aktuelle å tilby hjemmesykehus for den enkelte pasientgruppe.

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

Ikke foreløpig, men det vil bli mulighet for færre senger, eller frigjøre senger til andre pasienter

## 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. [i](#)

### 11. Litteratursøk etter retningslinjer

Undersøk om metoden anbefales i anerkjente retningslinjer. [i](#)

Dokumenter søket etter retningslinjer:
Oppgi hvilke kilder det ble utført søk i (sett kryss): <input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">Helsedirektoratets nettside</a> <input type="checkbox"/> <a href="#">National Guideline Clearinghouse</a> <input checked="" type="checkbox"/> Andre kilder for retningslinjer (spesifiser) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Socialstyrelsenn Nationella riktlinjer (SE) Sundhetsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer (DK)</div>
Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene:  Helsedirektoratets nettside <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">Leste gjennom alle titlene</div> National Guideline Clearinghouse <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Andre kilder (spesifiser) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">National Institute for Health and Care Excellence (NICE): "hospital at home", "hospital in the home" Socialstyrelsenn Nationella riktlinjer (SE):Leste gjennom alle titlene Sundhetsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer (DK):Leste gjennom alle titlene</div>

Oppgi søkedato:	<input type="text" value="19. mars 2020"/>
Oppgi antall treff i de ulike kildene:	
Helsedirektoratets nettside	<input type="text" value="0"/>
National Guideline Clearinghouse	<input type="text"/>
Andre kilder (spesifiser)	National Institute for Health and Care Excellence (NICE): "hospital at home": 3 treff, ingen relevant "hospital in the home": 0 treff Socialstyrelsenn Nationella riktlinjer (SE): 0 treff Sundhetsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer (DK):0
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).

<b>Dokumenter søket etter oppsummert forskning:</b>
Oppgi hvilke databaser det ble utført søk i (sett kryss):
<input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">Cochrane Library</a> (Cochrane Reviews, Other reviews, Technology Assessments)
<input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">Epistemonikos</a> (Systematic Review, Structured Summary, Overview)
<input type="checkbox"/> <a href="#">NHS Evidence</a> (Systematic Reviews, Health Technology Assessments)
<input type="checkbox"/> <a href="#">PubMed</a> (avgrens søket til systematiske oversikter)
<input checked="" type="checkbox"/> Andre kilder for oppsummert forskning (spesifiser)
<input type="text" value="Folkehelseinstituttet&lt;br/&gt;Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) &amp; regional HTA -&lt;br/&gt;(SBU Utvärderar &amp; regional HTA)&lt;br/&gt;Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to March 19, 2020"/>
Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene:
Cochrane Library
<input type="text" value="ID Search Hits&lt;br/&gt;#1 (hospital near/2 home):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1650&lt;br/&gt;#2 (Home-based versus hospital-based):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 149&lt;br/&gt;#3 (Home versus hospital-based):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 134&lt;br/&gt;#4 #1 or #2 or #3 1809&lt;br/&gt;#5 MeSH descriptor: [Home Care Services] explode all trees 2359&lt;br/&gt;#6 MeSH descriptor: [Hospitalization] explode all trees 13462&lt;br/&gt;#7 #5 and #6 524"/>

#8 MeSH descriptor: [Home Care Services, Hospital-Based] explode all trees 237  
#9 #4 or #7 or #8 with Cochrane Library publication date Between Jan 2016 and Mar 2020  
1092

Epistemonikos

In title/abstract: "hospital at home" OR "hospital in the home" OR "home based versus hospital based" OR "home versus hospital based", avgrenset til siste 10 år

NHS Evidence

PubMed

Andre kilder (spesifiser)

Folkehelseinstituttet: hjemmesykehus, hjemmebasert sykehusbehandling  
Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & regional HTA - (SBU  
Utvärderar & regional HTA): hemsjukhus, hospital at home

Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to March 19, 2020 :

# Searches Results

1 exp Home Care Services/ and (exp Hospitalization/ or Patient Admission/) 5196

2 (hospital adj2 home).ti. 1499

3 home based versus hospital based.ti. 10

4 home versus hospital based.ti. 4

5 or/1-4 6322

6 "Meta Analysis"/ or "Systematic Review"/ or (review and (pubmed or medline)).ti,ab,kw. or  
((systematic\* or literature) adj3 (overview or review\* or search\*)).ti,ab. or (meta-anal\* or  
metaanal\* or meta-regression\* or umbrella review\* or overview of reviews or review of  
reviews or (evidence\* adj2 synth\*) or synthesis review\*).ti,ab. 601048

7 and/5-6 213

8 limit 7 to yr="2017 - 2020" 37

9 limit 8 to (danish or english or norwegian or swedish) 34

10 guideline/ or practice guideline/ 33516

11 guideline\*.ti. 75298

12 or/10-11 94772

13 and/5,12 33

14 limit 13 to (yr="2015 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish)) 5

15 14 not 9 5

Oppgi søkedato: 19. mars 2020

Oppgi antall treff i de ulike kildene:

Cochrane Library

Cochrane review: 54

Epistemonikos

Systematic Review (18) Structured Summary (4)  
Overview (2)

NHS Evidence

PubMed

Folkehelseinstituttet:

Hjemmesykehus: 5 treff

Hjemmebasert sykehusbehandling:21

Andre kilder (spesifiser)	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & regional HTA:  hemsjukhus: 0 treff  hospital at home: 3 treff (ingen relevante)  Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to March 19, 2020 : Systematiske oversikter: 34 Guidelines: 5
---------------------------	--

### 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.

<b>Dokumenter søket etter primærstudier:</b>
<p>Oppgi hvilke databaser det ble utført søk i (sett kryss):</p> <p><input type="checkbox"/> <a href="#">Cochrane Library</a> (Trials)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">PubMed</a> eller <a href="#">MEDLINE</a></p> <p><input type="checkbox"/> <a href="#">Embase</a></p> <p><input type="checkbox"/> Andre kilder for primærstudier (spesifiser)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>KOMMENTAR:</p> <p>Detter er et søk i Ovid MEDLINE som ble utført av en kollega 03.04.2019 som omfatter mye mer enn hjemmesykehus, bl.a mye på e-helse og annen velferdsteknologi. Det er gått gjennom alle treff (18629) og valgt ut de mest sentral artikler om hjemmesykehus i et annet prosjekt som Linn Nathalie Støme detar i. P.g.a kort frist på dette litteratursøket og gjennomføringen av denne mini-metodevurderingen anser vi dette som innenfor i dette tilfellet. Det er i tillegg mange systematiske oversikter som er identifisert i litteratursøkene her.</p> </div>
<p>Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene:</p> <p>Cochrane Library</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 10px;"></div> <p>PubMed/MEDLINE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Database: Ovid MEDLINE(R) ALL &lt;1946 to April 02, 2019</p> <p>-----</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 telerehabilitation/ (230)</li> <li>2 (Telebehavioral or Tele-behavioral).mp. (24)</li> <li>3 (telehome* or tele-home* or telerehab* or tele-rehab* or telecare or tele-care or telemonitoring or tele-monitoring).ti. (1605)</li> <li>4 welfare technolog*.ti. (9)</li> <li>5 (ambient and assist* and living).ti. (79)</li> <li>6 (smarthome* or smartcare or smart care or smart environment* or (smart and (technolog* or home* or house*))).ti. (551)</li> <li>7 home technolog*.ti. (30)</li> <li>8 home health technolog*.ti. (4)</li> <li>9 ((home* or remote or distance) and rehab* and technolog*).ti. (19)</li> <li>10 ((home* or remote or distance) and monitor* and (patient* or technolog*).ti. (707)</li> <li>11 ((home* or remote or distance) and medical technolog*).ti. (17)</li> </ol> </div>

12 ((remote or distance) and (consult\* or counsel\* or communication\*) and patient\*).ti. (30)  
13 or/1-12 (3117)  
14 (home\* or telehome\* or domestic\* or domicil\* or dwell\* or community-living or  
independent living or independently living).ti. (152796)  
15 (self-monitoring or self-care or self-management or self-medication or self-  
administration).ti. not medline.st. (2387)  
16 (outpatient\* or ambulatory).ti. not medline.st. (4947)  
17 (Aging in place or ageing in place or age in place).ti. not medline.st. (42)  
18 independent living/ (4068)  
19 homebound persons/ (585)  
20 \*community health services/ or \*community health nursing/ or home health nursing/ or  
distance counseling/ or exp home care services/ (74920)  
21 exp \*Self Care/ (24031)  
22 Self-Management/ (1036)  
23 \*Ambulatory Care/ (18592)  
24 \*Outpatients/ (5177)  
25 exp \*Monitoring, Ambulatory/ (12421)  
26 \*Rehabilitation/ or \*Cardiac rehabilitation/ or \*Activities of daily living/ or \*Neurological  
rehabilitation/ or \*Stroke rehabilitation/ (43009)  
27 \*Self-help devices/ or \*Communication aids for disabled/ (4823)  
28 \*Chronic Disease/ (24214)  
29 \*Disabled Persons/rh [Rehabilitation] (3484)  
30 \*"delivery of health care"/ or \*health services accessibility/ (86818)  
31 \*"continuity of patient care"/ or \*patient discharge/ (21097)  
32 \*adolescent health services/ or health services for persons with disabilities/ or \*health  
services for the aged/ (17253)  
33 exp \*Health Services Research/ (50980)  
34 \*Health Services/ (15881)  
35 or/14-34 (500706)  
36 \*Technology/ (4994)  
37 \*Biomedical Technology/ (4158)  
38 Information Technology/ (193)  
39 \*telecommunications/ or \*electronic mail/ or telemedicine/ or remote consultation/ or  
\*telemetry/ or \*remote sensing technology/ or \*telephone/ or \*cell phone/ or \*text  
messaging/ or \*videoconferencing/ or \*wireless technology/ or distance counseling/ (45263)  
40 \*computing methodologies/ or \*artificial intelligence/ or \*robotics/ or \*virtual reality/ or  
\*internet/ or \*internet access/ or \*social media/ or \*computers/ or \*microcomputers/ or  
\*computers, handheld/ or \*smartphone/ or \*software/ or mobile applications/ or \*software  
design/ or \*speech recognition software/ or \*user-computer interface/ (149736)  
41 \*Hotlines/ (1709)  
42 \*Attitude to Computers/ (2112)  
43 Telenursing/ (199)  
44 \*Computer-Assisted Instruction/ (8696)  
45 \*Reminder Systems/ (1947)  
46 \*Geographic Information Systems/ (2940)  
47 "Cell Phone Use"/ (80)  
48 \*Wearable Electronic Devices/ (661)  
49 Consumer Health Informatics/ (63)  
50 \*Technology Assessment, Biomedical/ (5568)  
51 (ehealth or ehealth or m-health or mhealth or e-medicine or emedicine or e-therap\* or  
etherap\* or e-consult\* or econsult\* or e-counsel\* or ecounsel\* or e-based or ebased or e-care  
or ecare or mcare or m-care).ti. (2568)  
52 (telemedical or telemedicine or telecommunication\* or telehealth\* or tele-health\* or  
telenurs\* or tele-nurs\* or telemetr\* or teleconsult\* or tele-consult\* or tele-counsel\* or  
telecounsel\* or telebehavior\* or tele-behavior\*).ti. (10761)  
53 (mobile health or (mobile and (technolog\* or phone\* or application\*))).ti. not medline.st.  
(1536)  
54 (app or apps).ti. not medline.st. (1752)  
55 (cellphone\* or smartphone\* or smart phone\*).ti. not medline.st. (1403)  
56 internet.ti. not medline.st. (2310)  
57 remote monitoring.ti. (584)  
58 health technolog\*.ti. not medline.st. (398)  
59 healthcare technolog\*.ti. not medline.st. (17)  
60 (digital or interactive or interactivity or online or on-line or web or website\* or tablet or  
tablets or e-mail or email or "electronic mail" or "text messaging" or sms or "short message  
service" or software).ti. not medline.st. (21145)  
61 or/36-60 (245696)

62 13 or (35 and 61) (18629)	
Embase	
Andre kilder (spesifiser)	
Oppgi søkedato:	3. apr. 2019
Oppgi antall treff i de ulike kildene:	
Cochrane Library	
PubMed/MEDLINE	Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to April 02, 2019: 18629
Embase	
Andre kilder (spesifiser)	

#### 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.

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



Oppgi antall treff i de ulike kildene:

ICTRP Search Portal

ClinicalTrials.gov

Andre kilder (spesifiser)

---

List opp relevante pågående og/eller upubliserte studier, med lenker:

## 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:**

Oppgi hvilke databaser det ble utført søk i (sett kryss):

[Cost-Effectiveness Analysis \(CEA\) Registry](#)

[Health Technology Assessment Database](#)

[NHS Economic Evaluation Database](#) (OBS! Ikke oppdatert siden januar 2015)

[MEDLINE](#) (avgrens søket til helseøkonomiske evalueringer)

[Embase](#) (avgrens søket til helseøkonomiske evalueringer)

Andre kilder for helseøkonomiske evalueringer (spesifiser)



---

Oppgi søkeord og vis hvordan disse blir kombinert (AND/OR) i de ulike kildene:

CEA Registry

HTA Database

NHS EED

MEDLINE

Embase

Andre kilder (spesifiser)

Oppgi søkedato:

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"/>
<b>BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN</b>	
Referanse	Hjemmebasert sykehusbehandling som alternativ til behandling på sykehus. Systematisk litteratursøk med sortering, Folkehelseinstituttet, 2018
Ant. primærstudier inkludert	49
Studiedesign på inkl. studier	Systematiske oversikter
Dato for litteratursøket	1. sep. 2017
<b>Populasjon:</b>	Kronisk obstruktiv lungesykdom (7 oversikter), nyresykdom (5), kreft (4), fødselsrelatert diagnose (3), akutt eller kronisk sykdom (3), mental helse (2), palliativ behandling/behandling ved livets slutt (2), cystisk fibrose (1), diabetes (1), dyp venetrombose (1), HIV/AIDS (1), hjertefeil (1), osteoartritt (1), og slag (1), mer generelt hjemmesykehus (16)
Antall pasienter totalt (N)	<input type="text"/>
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Hjemmesykehus
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Behandling på sykehus
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Utfallsmål:</b> <input type="button" value="i"/>	Behandling og oppfølging i hjemmet av sykehuspersonell, for pasienter med sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles på sykehus
<b>RESULTATER</b>	
<b>Effekt:</b> <input type="button" value="i"/>	Søkeresultatet i denne rapporten viste at det finnes oppsummert forskning om hjemmebasert sykehusbehandling, men at bestillerforum ikke vil gå videre med nasjonale metodevurderinger. På grunn av bestillingens format (Systematisk litteratursøk med sortering) leste vi ikke de inkluderte systematiske oversiktene i fulltekst. Vi kunne derfor ikke vurdere den metodiske kvaliteten og oppsummere funnene. Dette kan eventuelt gjøres senere i en metodevurdering, som også kan kalkulere kostnad og nytte (kostnadseffektivitet) av hjemmebasert sykehusbehandling.
<b>Sikkerhet:</b>	Ikke studert i denne rapporten
<b>ANNET (valgfritt)</b>	

Metodisk kvalitet 

Evt. kommentarer



Referanse nr.

2

## BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Referanse

Shepperd, S., et al. (2016). "Admission avoidance hospital at home." Cochrane Database of Systematic Reviews 9(9): CD007491.

Ant. primærstudier inkludert

16

Studiedesign på inkl. studier

Randomiserte kontrollerte studier

Dato for litteratursøket

2. mars 2016

**Populasjon:**

Inneliggende pasienter over 18 år på sykehus eller hjemmesykehus. Tre studier rekrutterte deltakere med kronisk obstruktiv lungesykdom, to studier rekrutterte deltakere etter hjerneslag, seks studier rekrutterte deltakere med en akutt medisinsk tilstand som hovedsakelig var eldre, og de resterende forsøkene rekrutterte deltakere med en blanding av tilstander.

Antall pasienter totalt (N)

1814

**Intervensjonsgruppe:**

Metode

Hjemmesykehus

Antall pasienter (n)

*Hvis oppgitt*

**Kontrollgruppe:**

Metode(r)

Behandling på sykehus

Antall pasienter (n)

*Hvis oppgitt*

**Utfallsmål:** 

Sykehusinnleggelse, overlevelse, antall personer på institusjon, pasienttilfredshet, kostnader

## RESULTATER

**Effekt:** 

Resultatene viser at å få behandling og oppfølging i hjemmesykehus:

- trolig har liten eller ingen innvirkning på antall sykehusinnleggelse etter 3-12 mnd. (middels tillit til resultatet)
- trolig øker overlevelsen etter 6 mnd. (middels tillit til resultatet)
- muligens reduserer antall personer som bor på institusjon etter 6 mnd. (liten tillit til resultatet)
- muligens øker pasienttilfredsheten med behandling og oppfølging (liten tillit til resultatet)


Når kostnadene ved uformell omsorg ble ekskludert, kan sykehus hjemme ved innleggelse være rimeligere enn innleggelse i en akutt sykehusavdeling.

Det er usikkert hva slags effekt hjemmesykehus har på lengden på oppholdet og kostnader. Vi vet også lite om effekten på pårørende.

**Sikkerhet:**

*Bivirkninger og komplikasjoner*

ANNET (valgfritt)

Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)

Evt. kommentarer

Referanse nr.

3

### BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Referanse

Khatib, R., et al. (2020). "Home vs hospital treatment of low-risk venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis." Blood Advances 4(3): 500-513.

Ant. primærstudier inkludert

12

Studiedesign på inkl. studier

RCT og kohort studier

Dato for litteratursøket

1. juli 2019

**Populasjon:**

Venetrombose (DVT) eller lungeemboli (PE)

Antall pasienter totalt (N)

2601

**Intervensjonsgruppe:**

Metode

Hjemmebaserte spesialist helsetjenester

Antall pasienter (n)

*Hvis oppgitt*

**Kontrollgruppe:**

Metode(r)

Standard behandling på sykehus

Antall pasienter (n)

*Hvis oppgitt*

**Utfallsmål:** 

Sikkerhet og effektivitet ved å håndtere pasienter med DVT eller PE hjemme sammenlignet med sykehuset.

### RESULTATER


**Effekt:** 

Funn indikerer at DVT-pasienter med lav risiko hadde lignende eller lavere risiko med hjemmebehandling sammenlignet med sykehusbehandling. Hos pasienter med lavrisiko-PE, var det usikkerhet om forskjell mellom hjemme- og sykehusbehandling.

**Sikkerhet:**

*Bivirkninger og komplikasjoner*

### ANNET (valgfritt)

Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)

Evt. kommentarer

Referanse nr.

4

### BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Referanse

Sriskandarajah, S., et al. (2018). "Safety and effectiveness of 'hospital in the home' and 'outpatient parenteral antimicrobial therapy' in different age groups: A systematic review of observational studies." International journal of clinical practice 72(8): e13216.

Ant. primærstudier inkludert

44

Studiedesign på inkl. studier




Retrospektive og prospektive studier

Dato for litteratursøket



1. jan. 2016

**Populasjon:**


Generell befolkning, eldre og barn innen parenteral antimikrobiell terapi

Antall pasienter totalt (N)	<input type="text"/>
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Hjemmebaserte spesialist helsetjenester
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Poliklinikk
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Utfallsmål:</b> 	Effekt og sikkerhet
<b>RESULTATER</b>	
<b>Effekt:</b> 	Denne gjennomgangen kvantifiserer ratene for suksess og skade i praksis i den virkelige verden, og viser at selv om de fleste pasienter opplever suksess i behandlingen, kan bivirkninger være høye i noen grupper.
<b>Sikkerhet:</b>	Metodene som ble brukt for å måle parametrene for bivirkninger var imidlertid inkonsekvente, og noen demografiske grupper hadde bare et lite antall studier.
<b>ANNET (valgfritt)</b>	
Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)	<input type="text"/>
Evt. kommentarer	<input type="text"/>



Referanse nr.	<input type="text" value="5"/>
<b>BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN</b>	
Referanse	Othieno, R., et al. (2018). "Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis." Cochrane Database of Systematic Reviews 1: CD003076.
Ant. primærstudier inkludert	7
Studiedesign på inkl. studier	RCT
Dato for litteratursøket	1. mars 2017
<b>Populasjon:</b>	dyp venetrombose
Antall pasienter totalt (N)	1839
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Hjemmebaserte spesialisthelsetjenester
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Sykehusbehandling (innlagt)
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Utfallsmål:</b> 	forekomst og komplikasjoner
<b>RESULTATER</b>	
<b>Effekt:</b> 	Bevis av lav kvalitet tyder på at pasienter som behandles hjemme med LMWH, har mindre sannsynlighet for tilbakefall av VTE enn de som behandles på sykehus. Data viser imidlertid ingen klare forskjeller i større eller mindre blødninger, og heller ikke i dødelighet (bevis av lav kvalitet), noe som indikerer at hjemmebehandling ikke er verre enn behandling hos pasienter for disse resultatene.
<b>Sikkerhet:</b>	Data viser imidlertid ingen klare forskjeller i større eller mindre blødninger, og heller ikke i dødelighet (bevis av lav kvalitet), noe som indikerer at hjemmebehandling ikke er verre enn behandling hos pasienter for disse resultatene.

### ANNET (valgfritt)

Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)

Evt. kommentarer

Referanse nr.

6

### BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Referanse

Cool, L., et al. (2018). "Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review." *Critical Reviews in Oncology-Hematology* 126: 145-153.

Ant. primærstudier inkludert

24

Studiedesign på inkl. studier

artikler som beskrev administrering av parenteral kreftmedisin til voksne pasienter i hjemmene deres ble inkludert.

Dato for litteratursøket

1. jan. 2017

**Populasjon:**

Voksne kreftpasienter

Antall pasienter totalt (N)

**Intervensjonsgruppe:**

Metode

Onkologisk hjemmesykehus

Antall pasienter (n)

*Hvis oppgitt*

**Kontrollgruppe:**

Metode(r)

Onkologisk behandling på sykehus

Antall pasienter (n)

*Hvis oppgitt*

**Utfallsmål:** 

Hvordan onkologisk hjemmesykehusinleggelse har blitt organisert og i hvilken grad kvaliteten og kostnadene ble evaluert.

### RESULTATER


**Effekt:** 

Til tross for heterogenitet, demonstrerte flertallet av rapporterte modeller for onkologisk hjemmesykehusinleggelse at dette er et trygt, likeverdig og akseptabelt alternativ til ambulerende sykehusomsorg. Mer velutformede forsøk er nødvendig for å evaluere dens økonomiske virkning.

**Sikkerhet:**

*Bivirkninger og komplikasjoner*

### ANNET (valgfritt)

Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)

Evt. kommentarer

Referanse nr.

7

### BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Referanse

Qaddoura, A., et al. (2015). "Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PloS one* 10(6): e0129282.

Ant. primærstudier inkludert

6

Studiedesign på inkl. studier

RCTs og observasjonsstudier




Dato for litteratursøket

1. okt. 2014



**Populasjon:**

Hjertesvikt


Antall pasienter totalt (N)

<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Hjemmesykehus
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Sykehusinnleggelse
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Utfallsmål:</b> 	Reinnleggelser, kostnader og helserelatert livskvalitet
<b>RESULTATER</b>	
<b>Effekt:</b> 	I sammenheng med et begrenset antall studier av beskjeden kvalitet, ser HaH ut til å øke tiden til tilbaketaking, redusere indekstkostnader og forbedre HrQOL blant pasienter som trenger sykehusnivå for HF.
<b>Sikkerhet:</b>	Større RCT-er er nødvendige for å vurdere effekten av HaH på tilbaketak, dødelighet og langsiktige kostnader.
<b>ANNET (valgfritt)</b>	
Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)	
Evt. kommentarer	






Referanse nr.	8
<b>BESKRIVELSE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN</b>	
Referanse	Elisabeth, J., et al. (2012). "Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease." Cochrane Database of Systematic Reviews 5(5): CD003573.
Ant. primærstudier inkludert	8
Studiedesign på inkl. studier	RCT
Dato for litteratursøket	1. okt. 2010
<b>Populasjon:</b>	Kols
Antall pasienter totalt (N)	870
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Hjemmesykehus
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Sykehusbehandling
Antall pasienter (n)	Hvis oppgitt
<b>Utfallsmål:</b> 	For å evaluere effekten av sykehus hjemme sammenlignet med sykehusinnleggelse ved akutte forverringer av KOLS.
<b>RESULTATER</b>	
<b>Effekt:</b> 	Utvalgte pasienter som presenteres til akuttmottak på sykehus med akutte forverringer av KOLS, kan behandles trygt og vellykket hjemme med støtte fra respirasjonssykepleiere. Vi fant bevis på moderat kvalitet på at sykehus hjemme kan være fordelaktige med hensyn til reinnleggelser hos disse pasientene.
<b>Sikkerhet:</b>	Behandling av akutt forverring av KOLS på sykehus hjemme viser også en trend mot redusert dødelighetsrate sammenlignet med konvensjonell døgntilleggsbehandling, men disse resultatene nådde ikke statistisk betydning (bevis på moderat kvalitet). For andre utfall enn tilbaketaking og dødelighet, vurderte vi bevisene til å være av lav eller veldig lav kvalitet.
<b>ANNET (valgfritt)</b>	



Metodisk kvalitet 




Evt. kommentarer

## b) Evidenstabeller for primærstudier

Referanse nr.	<input type="text" value="1"/>
<b>BESKRIVELSE AV STUDIEN</b>	
Referanse	Aamodt IT, Lycholip E, Celutkiene J, Strömberg A, Atar D, Falk RS, von Lueder T, Hellesø R, Jaarsma T, Lie I Health Care Professionals' Perceptions of Home Telemonitoring in Heart Failure Care: Cross-Sectional Survey J Med Internet Res 2019;21(2):e10362 DOI: 10.2196/10362
Land	Norge og Litauen
Studiedesign	Spørreskjema bestående av 43 gjenstander med lukkede- og åpent spørsmål. Svarene på de lukkede spørsmålene ble analysert ved hjelp av beskrivende statistikk, og de åpne spørsmålene ble analysert ved bruk av summativ innholdsanalyse
<b>Populasjon:</b>	<input type="text" value="784 spørreskjemaer til 107 sykehus"/>
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	<input type="text" value="Teleoppfølging av spesialisthelsetjenester"/>
Antall pasienter (n)	<input type="text"/>
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	<input type="text" value="Sykehusbehandling"/>
Antall pasienter (n)	<input type="text"/>
<b>Utfallsmål:</b> 	<input type="text" value="Gjør teleoppfølging det mulig å sørge for sikker og høy kvalitet på pasientenes hjem, noe som forhindrer unødvendig helsehjelp, og reduserer helsehjelpskostnadene"/>
<b>RESULTATER</b>	
<b>Effekt:</b> 	<input type="text" value="Studie viste at ikke-invasiv teleoppfølging ikke er en del av dagens kliniske praksis i Norge eller Litauen"/>
<b>Sikkerhet:</b>	<input type="text" value="Bivirkninger og komplikasjoner"/>
<b>ANNET (valgfritt)</b>	
Finansieringskilde	<input type="text" value="Studiens finansieringskilde"/>
Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)	<input type="text"/>
Evt. kommentarer	<input type="text"/>

Referanse nr.

## BESKRIVELSE AV STUDIEN

Referanse	Armstrong KA, Coyte PC, Brown M, Beber B, Semple JL. Effect of Home Monitoring via Mobile App on the Number of In-Person Visits Following Ambulatory Surgery: A Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2017;152(7):622–627. doi:10.1001/jamasurg.2017.0111
Land	Canada
Studiedesign	Randomisert kontrollert studie
<b>Populasjon:</b>	Postoperative ambulerende pasienter som gjennomgår brystrekonstruksjon
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Poliklinisk oppfølging via en mobil-app
Antall pasienter (n)	32
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Personlig besøk ved poliklinikk de første 30 dagene etter operasjonen
Antall pasienter (n)	33
<b>Utfallsmål:</b> 	Det primære utfallsmålene var antall personlige besøk ved poliklinikk de første 30 dagene etter operasjonen. Sekundære utfallsmålene var antall telefonsamtaler og e-postmeldinger til helsepersonell, pasientrapporterte bekvemmelighets- og tilfredshetsresultater og frekvensen av komplikasjoner.
<b>RESULTATER</b>	
<b>Effekt:</b> 	Pasienter som gjennomgår ambulerende brystrekonstruksjon kan bruke oppfølging via en mobilapp for å avverge oppfølgingsbesøk i løpet av de første 30 dagene etter operasjonen.
<b>Sikkerhet:</b>	Oppfølging av mobilapper påvirker verken komplikasjonsrater eller pasientrapportert tilfredshetspoeng, men det forbedrer pasienter rapporterte bekvemmelighetspoeng.
<b>ANNET (valgfritt)</b>	
Finansieringskilde	Studiens finansieringskilde
Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)	
Evt. kommentarer	




Referanse nr.	3
<b>BESKRIVELSE AV STUDIEN</b>	
Referanse	Simonetta Scalvini, Emanuela Zanelli, Laura Comini, Margherita Dalla Tomba, Giovanni Troise, Oreste Febo, Amerigo Giordano, Home-Based Versus In-Hospital Cardiac Rehabilitation After Cardiac Surgery: A Nonrandomized Controlled Study, Physical Therapy, Volume 93, Issue 8, 1 August 2013, Pages 1073–1083, <a href="https://doi.org/10.2522/ptj.20120212">https://doi.org/10.2522/ptj.20120212</a>
Land	Italia
Studiedesign	En kvasi-eksperimentell studie
<b>Populasjon:</b>	Hjertrehabilitering
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Hjemmebasert hjertrehabilitering
Antall pasienter (n)	100
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Sykehusbasert hjerterehabilitering
Antall pasienter (n)	100

Utfallsmål: 

elektrokardiografi, hjerteekko farge Doppler, radiografi på brystet, blodprøver

## RESULTATER

Effekt: 

Programmet for hjemmerehabilitering ble funnet å være effektivt og sammenlignbart med den standard rehabilitering på sykehus, noe som indikerer at rehabilitering etter hjertekirurgi kan implementeres effektivt hjemme når det administreres sammen med en integrert telemedisinsk tjeneste.


Sikkerhet:

*Bivirkninger og komplikasjoner*

## ANNET (valgfritt)

Finansieringskilde

*Studiens finansieringskilde*

Metodisk kvalitet   
(iht. sjekklister)

Evt. kommentarer



Referanse nr.

4

## BESKRIVELSE AV STUDIEN

Referanse

Benhamou, P.Y., Huneker, E., Franc, S. et al. Customization of home closed-loop insulin delivery in adult patients with type 1 diabetes, assisted with structured remote monitoring: the pilot WP7 Diabeloop study. Acta Diabetol 55, 549–556 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00592-018-1123-1>

Land

Frankrike

Studiedesign

Prospektiv studie

Populasjon:

Type 1 diabetes

Intervensjonsgruppe:

Metode

Fjernovervåking ble sikret av spesialist sykepleiere med en nettplattform som genererte automatiske Secured Information Messages (SIMs) og med en strukturert prosedyre.

Antall pasienter (n)

8

Kontrollgruppe:

Metode(r)

*Metoden(e) det sammenlignes med*

Antall pasienter (n)

Utfallsmål: 

Utfallsmålene var glukosemålinger og beskrivelse av påvirkning av overvåking på reguleringsparametere

## RESULTATER

Effekt: 

Denne pilotundersøkelsen antyder at Diabeloop lukkede sløyfesystem kan være effektive når det gjelder metabolske utfall, mens dets telemedisinske overvåkingsfunksjon kan bidra til økt effektivitet og sikkerhet


Sikkerhet:

*Bivirkninger og komplikasjoner*

## ANNET (valgfritt)




Finansieringskilde

*Studiens finansieringskilde*

Metodisk kvalitet   
(iht. sjekklister)




Evt. kommentarer



Referanse nr.	5
BESKRIVELSE AV STUDIEN	
Referanse	Buhagiar MA, Naylor JM, Harris IA, et al. Effect of Inpatient Rehabilitation vs a Monitored Home-Based Program on Mobility in Patients With Total Knee Arthroplasty: The HIHO Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;317(10):1037–1046. doi:10.1001/jama.2017.1224
Land	Australia
Studiedesign	Randomisert kontrollert studie
<b>Populasjon:</b>	Pasienter etter knebearbeidning
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Hjemmebaserte programmet alene
Antall pasienter (n)	87
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	10 dager sykehusinnlagt rehabilitering etterfulgt av et 8-ukers klinisk overvåket hjemmebasert program
Antall pasienter (n)	81
<b>Utfallsmål:</b> 	Mobilitet 26 uker etter operasjonen, målt med 6-minutters spaserstest. Sekundære utfall inkluderte Oxford Knee Score, som varierer fra 0 (dårligst) til 48 (best) og har en minimal klinisk viktig forskjell på 5 poeng; og EuroQol Group 5-Dimension Self-Report Questionnaire (EQ-5D) visuell analog skala, som spenner fra 0 (verste) til 100 (best), og har en minimal klinisk viktig forskjell på 23 poeng.
RESULTATER	
<b>Effekt:</b> 	Blant voksne som har gjennomgått ukomplisert total knokkelaroplastikk, forbedret bruken av sykehus rehabilitering sammenlignet med et hjemmebasert program ikke mobiliteten 26 uker etter operasjonen. Disse funnene støtter ikke sykehus rehabilitering for denne gruppen av pasienter.
<b>Sikkerhet:</b>	<i>Bivirkninger og komplikasjoner</i>
ANNET (valgfritt)	
Finansieringskilde	<i>Studiens finansieringskilde</i>
Metodisk kvalitet  (iht. sjekklister)	
Evt. kommentarer	




Referanse nr.	6
BESKRIVELSE AV STUDIEN	
Referanse	Pajaron, M., et al. (2017). "Efficiency of a self-administered outpatient parenteral antimicrobial therapy (s-opat) for infective endocarditis within the context of a shortened hospital admission based on hospital at home program." Hospital practice (1995) Hospital practice 45(5): 246-252.
Land	Spania
Studiedesign	Kohort studie
<b>Populasjon:</b>	Infeksjonell endokarditt
<b>Intervensjonsgruppe:</b>	
Metode	Kortet ned sykehusopphold ved hjelp av hjemmesykehusprogram
Antall pasienter (n)	
<b>Kontrollgruppe:</b>	
Metode(r)	Standard behandling på sykehus
Antall pasienter (n)	


Utfallsmål: 	Effekt
<b>RESULTATER</b>	
Effekt: 	Hos utvalgte pasienter er behandling av IE basert på S-OPAT støttet av et kortere sykehusinnleggelses omsorgsprogram ved henvisning til en HAH-enhet en trygg og effektiv pleiemodell som medfører en betydelig kostnadsbesparelse for det offentlige helsevesen.
Sikkerhet:	Bivirkninger og komplikasjoner
<b>ANNET (valgfritt)</b>	
Finansieringskilde	Studiens finansieringskilde
Metodisk kvalitet  (iht. sjekkliste)	
Evt. kommentarer	



## 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? 


I noen grad. "Søk og soter" fra NyeMetoder og FHI fant 49 systematiske oversikter og 46 inkludert som relevante. Se her: <https://www.fhi.no/publ/2018/hjemmebasert-sykehusbehandling-som-alternativ-til-behandling-pa-sykehus.-sy/>  
16 av dem omhandler hjemmesykehus generelt, men de resterende tar for seg ulike diagnosegrupper.

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

Det spriker. Er ikke evaluert overordnet. Må vurderes relatert til de pasientgrupper man vil ha hjemmesykehus for.

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

Ja relatert til noen pasientgrupper. Det avhenger av hvilke pasientgrupper man velger å hjemmesykehus for.

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

Resultatene viser at å få behandling og oppfølging i hjemmesykehus:


- trolig har liten eller ingen innvirkning på antall sykehusinnleggelser etter 3-12 mnd. (middels tillit til resultatet)
- trolig øker overlevelsen etter 6 mnd. (middels tillit til resultatet)

• muligens reduserer antall personer som bor på institusjon etter 6 mnd. (liten tillit til resultatet)

• muligens øker pasienttilfredsheten med behandling og oppfølging (liten tillit til resultatet)

Når kostnadene ved uformell omsorg ble ekskludert, kan sykehus hjemme ved innleggelse være rimeligere enn innleggelse i en akutt sykehusavdeling (Hentet fra nyeste review presentert litteratur i denne MMV, Sheppard 2016)

## 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: 

Det mangler kunnskapsgrunnlag til å konkludere i forhold til sikkerhet.

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

Nei

**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.

Ikke utover ordinær behandling.

**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:

Noen studier peker ut at sikkerhetsproblemer kan oppstå for visse pasientgrupper, uten at det er videre utdypet. Det er derfor viktig for OUS å komme frem til tiltak som sikrer god og sikker etablering av drift av hjemmesykehus tilpasset spesifikke pasientgrupper.

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

Metoden er sikker hvis helsepersonell og pasienter får riktig opplæring og det gjøres en vurdering via en sjekkliste (i en retningslinje for hjemmesykehus) i forkant for de pasientgrupper som skal tilbys hjemmesykehus


**19. Utfordrer metoden etablerte verdier i samfunnet? **

Ja. Endrer synet på "sykehus"-innleggelse og "sykehus" og synet på behandler og pasient. Dette gir trolig nye erfaringer i pasient-behandler-relasjonen. Samvalg vil bli sentralt, noe litteraturen har påpekt.

## Organisasjon

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

Det er behov for kompetanseheving av personalet. Dette sett i relasjon til den enkelte pasientgruppe.

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

Det kan være behov for tilpassede endringer i arbeidstid og bemanning ved innføring av hjemmesykehus. Dette sett i relasjon til den spesifikke pasientgruppe.

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

Det er ikke behov for bygningsmessige endringer ved innføring av metoden. Dette sett i relasjon til den spesifikke pasientgruppe.

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

Andre avdelinger og servicefunksjoner kan bli påvirket. Flere sengeplasser kan bli tilgjengelige for andre avdelinger og servicefunksjoner må tilrettelegge for velykket gjennomføring av hjemmesykehusfunksjonene. Dette vil komme tydeligere frem i prosjekt om hjemmesykehus som pågår i portefølgestyret i OUS.

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

Usikkert om dette kan sies å gjelde generelt. Det avhenger av hvilken hjemmesykehuskonsept man innfører.

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

Metoden kan styrke samhandling og kunnskapsoverføring til primærhelsetjenesten. Metoden krever også gode avklaringer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mht ansvar og oppgaver både generelt og i forhold til ulike pasientgrupper.

- 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:**

Metoden kan føre til nye pasientforløp og utstrakt bruk av videokonsultasjoner (kommunikasjon i sann tid) og evt bruk av kommunikasjonsformer i ikke sann tid. For begge kommunikasjonsmetodene er det gjort egne mini-metodevurdeirnger i 2020 i forbindelse med pandemien.



# 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:

Økonomivurdering gjøres før hvert nytt hjemmesykehus opprettes, dvs for hver ny pasientgruppe. Derfor er ikke økonomivurdering gjort her.

## 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
<b>Sum</b>	<b>B14</b>	<b>C14</b>

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

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	
<b>Netto</b>	<b>B21</b>	<b>C21</b>	

**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?** i

- Ja  
 Nei  
 Usikkert

Ikke via studiene

**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 stilles krav til premisser for hjemmesykehus, både faglig, økonomisk og sikkerhetsmessig via egen lokal retningslinje.

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

### Alternativ A) INNFØRING

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

I henhold til beslutningsforum i 2017, ref over, er metoden ønsket innført til spesifikke pasientergrupper.

Nei, kun med risikovurdering, sikre rutiner (sjekklister) for etablering for spesifikk pasientgruppe, lokal retningslinje for det spesifikke hjemmesykehus for en pasientgruppe, monitorering av erfaringer og kontinuerlig forbedring.

### Alternativ B) IKKE INNFØRING (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 i  
 Beslutning om innføring av metoden bør løftes til nasjonalt nivå iht. gjeldende kriterier i  
 Metoden betraktes som ikke-etablert, og bør kun tilbys innenfor rammen av en forskningsstudie (iht. til forskningslovgivningen) i  
 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. **

Metoden burde følges opp og monitoreres lenge nok til å måle korttid- og langtidseffekter av metoden, måling etter 3mnd, 6mnd og 12 mnd. Monitorering inngår i videreutviklingen av metoden for OUS via Avdeling for Innovasjon og via prosjekt i portefølge-styre i Stab medisin, helsefag og beredskap. Kunnskapsgrunlaget følges opp hvert tredje år via lokal retningslinje og relatert til pasientgrupper som får tilbud om hjemmesykehus ved OUS.

# 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

25.3.20

Dato

Linn Nathalie Støme, Kari Kværner og  
Camilla Stolp

Navn

Referat til møte i Bestillerforum RHF Sted: Radisson Blu Airport Hotel, Gardermoen, Tidspunkt: Mandag 22. januar kl. 10:00-11:30

Sak 13-18 ID2017\_030\_Hjemmesykehus.

Behandling og oppfølging i hjemmet for pasienter for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Litteratursøk med sortering.

Diskusjon og/eller kommentarer i møtet - Det finnes oppsummert forskning på området. - Litteraturen som er kartlagt tyder ikke på at hjemmesykehus generelt sett er en dårlig løsning. Litteraturen viser også at en må regne med betydelige forskjeller mellom pasientgrupper og geografisk. En generell metodevurdering på tema hjemmesykehus vil sannsynligvis ikke gi noe tilleggsverdi. - Det vil sannsynligvis skje en forløpende omlegging av helsetjenesten i Norge. - Sammenstillingen som er foretatt av Folkehelseinstituttet publiseres på nyemetoder.no og på fhi.no. Fagmiljøene, og andre, vil kunne bruke informasjonen. - Dersom problemstillingen i fremtiden kommer opp på enkelte velavgrensede bruksområder kan Bestillerforum RHF ta stilling til det da.

Beslutning: Bestillerforum RHF gir ikke oppdrag om en nasjonal metodevurdering på dette tidspunkt, men kan ta stilling til eventuelt oppdrag senere opp mot mer velavgrensede problemstillinger.

# Mini-metodevurdering - **DEL 2**

*Fylles ut av fagfelle*

*Fagfelle bør hentes fra et annet helseforetak,  
som ikke er involvert i den foreslåtte metoden*

Tittel

Hjemmebasert spesialisthelsetjenester - Hjemmesykehus

Dato

25.03.2020

Helseforetak/sykehus

Oslo Universitetssykehus

# Fagfellevurdering

## 1. Kontaktinformasjon

Navn:

Stilling:

Klinikk/avdeling/seksjon:

Helseforetak/sykehus:

E-post:

## 2. Sjekkliste for fagfelle (kryss av JA eller NEI):

	JA	NEI	Kommentarer
A. Er metoden beskrevet på en tilfredsstillende måte?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ideen med å flytte pasientgrupper ut av sykehus for behandling i hjemmet kan være smart, særlig i den aktuelle situasjon med korona-epidemi. «Hjemmesykehus» er imidlertid dårlig definert og avgrenset, annet enn at behandlingen skulle foregå i hjemmet i stedet for på sykehus, men med samme tjenestenivå. Jeg savner en mer entydig beskrivelse av hva metoden egentlig innebærer, hvilke pasientgrupper dette er særlig aktuelt for (og eventuelt hvilke pasientgrupper det er lite aktuelt for).
B. Er det utført et tilstrekkelig litteratursøk etter forskningsstudier om metoden i relevante databaser?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usikkert, men antar "ja", gitt begrensningene beskrevet i punkt A over.
C. Er relevante studier (kunnskapsoppsummeringer og primærstudier) oppgitt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja, igjen gitt begrensningene beskrevet i punkt A over.
D. Er det på en tilfredsstillende måte gjort greie for:			
a. effekt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	I litteraturgjennomgang er det kortfattet nevnt diverse oversiktsartikler, men kun 6 primærstudier er listet opp, inkludert to RCT. Jeg hadde ønsket meg en større refleksjon rundt kvalitet eller mangel på kvalitet både ved oversiktsartikler og primærstudier. Ut fra den kortfattede beskrivelse ser det ofte som om omtalen er hentet fra abstract alene. Etter punktene med studie-gjennomgang er det i punkt 17 spurt om den samlede kliniske effekten av hjemmesykehus som metode. Her er det svart ja både i forhold til studiedesign, kvalitet og overførbarhet, men der en begrunnelse for slik konklusjon mangler helt.



b. sikkerhet (for både pasient og personell)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Et viktig poeng er at resultater rundt sikkerhet rundt slik hjemmebehandling er fraværende eller svært mangelfullt beskrevet. Et eksempel på utsagn som mangler avklaring gjelder formulering i punkt 7 om «utstyr brukt for medisinsk avstandoppfølging, disse vil bli CE merket og risikoklassifisert før de inngår som en del av den nye metoden». Undertegnede kjenner til den omfattende dokumentasjon og hvor tidkrevende det er å få CE-merket medisinsk utstyr. Hvis dette er et vesentlig poeng i etablering av hjemmesykehus, vil dette også ha betydning i økonomisk beregning og ressursbehov.
c. etiske aspekter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Det svares et kortfattet "nei" på om metoden utfordrer etablerte verdier er "nei". Usikkert om det kan sies å gjelde generelt.
d. organisatoriske konsekvenser	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Siden metoden er mangelfullt spesifisert, blir også organisatoriske konsekvenser overfladisk beskrevet. Svaret "Metoden vil ikke føre til endringer av pasientstrømmer mellom sykehus og helseregioner" er ikke begrunnet. Usikkert om dette kan sies å gjelde generelt.
e. kostnader	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Det er opplyst om at kostnader er utelatt siden økonomiske vurderinger må gjøres av den enkelte klinikk før metoden tas i bruk for en spesifikk pasientgruppe.
E. Samsvarer oppsummeringen og konklusjonen med de øvrige resultatene og vurderingene som er gitt i mini-metodevurderingen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se svar under punkt D "a. effekt": Etter punktene med studie-gjennomgang er det i punkt 17 spurt om den samlede kliniske effekten av hjemmesykehus som metode. Her er det svart ja både i forhold til studiedesign, kvalitet og overførbarhet, men der en begrunnelse for slik konklusjon mangler helt.
F. Er det oppgitt en tilfredsstillende plan for oppfølging av metoden etter en eventuell innføring?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Et kort forslag til oppfølging for å monitorere kort- og langtidseffekter er angitt. Igjen: Uklart forslaget kan sies å gjelde generelt og i hvilken grad det vil være behov for individuelle løsninger.

**3. Hvis det er svart nei på noen av spørsmålene ovenfor, vennligst spesifiser hvilke endringer forslagsstilleren bør gjøre i skjemaet før det kan sendes videre til beslutningstaker:**

Det savnes en mer entydig beskrivelse av hva metoden egentlig innebærer, hvilke pasientgrupper dette er særlig aktuelt for (og hvilke pasientgrupper det er lite aktuelt for).

- Litteraturgjennomgangen bør inneholde mer detaljer om resultat (spesielt vedrørende sikkerhet) samt kritisk refleksjon vedrørende kvalitet på studiene

- Oppsummering av klinisk effekt (17) og sikkerhet (18) må nyanseres og begrunnes. Etske forhold bør kort vurderes/kommenteres og også organisatoriske konsekvenser bør nyanseres.

#### 4. Konklusjon

Er denne mini-metodevurderingen tilfredsstillende utført?

Ja

Nei, det bør gjøres endringer i henhold til innspillene i spørsmål 3

Det kan stilles spørsmålstegn ved om minimetodevurdering er det egnede formatet på en type kunnskapsoppsummering som dette er et forsøk på. Formålet synes å være å etablere en plattform som konkrete anvendelser for nærmere angitte lidelser/pasientgrupper, kan bygge på.