

Ny teknologi gjør det mulig å involvere og engasjere pasientene i egen helse og sykdom. Faglig kvalitet og personvern må sikres i de tilbudene som kommer

Ny teknologi gir ny pasientrolle

Selv om personorienterte tjenester og brukermedvirkning står høyt på den politiske agendaen, er det fortsatt slik i helsetjenesten at pasientene i hovedsak er passive mottakere. Denne tradisjonen passer dårlig for en voksende gruppe pasienter med langvarige tilstander som aktivt må veve liv og helse sammen (1). På andre områder er teknologi et sentralt verktøy for deltagelse, innflytelse og kontroll over egen situasjon. Borgerne administrerer selv sine banktjenester og er sine egne reisebyråer på internett og forventer i økende grad slike tilbud også fra helsetjenesten.

I dette nummer av Tidsskriftet beskriver Sølvik og medarbeidere hvordan ny teknologi på en trygg og god måte lar dem som ønsker det, ta over en viktig del av antikoagulasjonsbehandlingaen selv (2). Det er vist at det å involvere og engasjere pasientene i behandlingen gir bedre resultater (3). Teknologi kan gi pasienten mulighet til å la egne preferanser styre, slik at man har større innflytelse på hvordan behandlingen griper inn i livet. En mer aktiv pasientrolle ønskes velkommen av både helsepolitikere og pasientforeninger (4). Imidlertid ligger helsetjenesten forunderlig langt etter resten av samfunnet i å ta i bruk teknologiske virkemidler for å involvere brukerne.

Det er pasientene selv som tar de daglige helsevalgene. De sykreste hjemmeboende eldre håndterer sin egen sykdom 90 % av tiden. Brukt riktig kan teknologi støtte pasientens kompetanse og ferdigheter i dette egenomsorgsarbeidet. Eksisterende elektroniske tjenester på helseområdet kan deles i to bruksområder: tilgang til kunnskap og beslutningsstøtte og digitalisert toveiskontakt med helse-tjenesten.

Pasienter har lenge kunnet finne helseinformasjon på nett. Det nye er et bredt tilfang av applikasjoner (apper) som kombinerer interaksjon med brukeren, datafangst, kunnskap og sosiale medier. Appene «lærer» av brukerresponsen, slik at de gir tilpassede råd. Sykdomsspesifikke apper kan gi bedre forståelse av sykdomsopplevelsen. Det er vist at visualisering av blodsukkermålinger, fysisk aktivitet, karbohydratintak og insulininnivå gir diabetikere bedre tak på hvordan og hvorfor blodsukkernivået varierer (5). Sensorer som måler f.eks. INR-verdi, hjelper pasienten å ta riktige behandlingsvalg, slik Sølvik og medarbeidere viser (2). Ved Universitetssykehuset Nord-Norge får pasientene nå elektronisk innsyn i egen journal. Helsenorge.no er myndighetenes portal for helseinformasjon og innsyn i noen utvalgte registre.

Det finnes ingen god statistikk over antallet helseapper, men Apple annonserer at de har passert 900. De store aktørene Google, Microsoft, Samsung og Apple har det siste året lansert teknologier som skal fasilitere helseapper og helseforskning.

Når det gjelder toveis digitalisert kontakt, er tilbudene færre og i større grad lokale forsknings- og innovasjonsprosjekter. Noen tilbyr digitale spørsmål-og-svar-tjenester. Innen mental helse, rehabilitering og i akuttmedisin brukes videokonsultasjoner mer og mer. En større studie av digital sensorbasert fjernmonitorering av pasientens helsestatus (f.eks. blodsukkernivå), kombinert med proaktiv veiledning i egenbehandling, viste at dette ga mindre bruk av helsetjenester og lavere mortalitet (6). Elektronisk individuell plan gir brukeren aktiv kontroll over mål og planer og sørger for at alle i ansvarsteamet er oppdatert. I tillegg vokser det nå frem et marked

for tjenester der innbyggerne kan få råd og diagnoser via helseapper som kobler pasient og spesialister innen hud, mental helse og mor-barn-helse – og selvsagt det store velværemarkedet.

Som med alle effektive virkemidler er disse verktøyene ikke uten bivirkninger. De elektroniske løsningene utvikles av et blandet korps av private og offentlige aktører med varierende motivasjon og ståsted. En rekke apper er slett ikke laget i tråd med faglige retningslinjer (7). Noen informasjonstjenester skaper bevisst frykt og usikkerhet i håp om å motivere forbrukerne til kjøp av helseprodukter. Uvetig bruk av teknologi for monitorering kan medikalisere privatlivet og dytte oss i retning av et forebyggingsstyranni. I storingsmeldingen *Én innbygger – én journal* tar myndighetene mål av seg til å gi oss kvalitetssikrede digitale helsetjenester, men reguleringer som gjør det mulig for forbrukere og helsepersonell å finne frem til og ta i bruk gode og sikre løsninger, mangler fortsatt (8).

Bruk av teknologi for å involvere og engasjere pasienten i tråd med vedkommendes visjon for det gode liv er god medisin. Det haster å få på plass kunnskapsbaserte retningslinjer for å sikre kvaliteten på teknologistøttede mestringsverktøy.

Gro Berntsen

gro.berntsen@telemed.no

Per Erlend Hasvold

Gro Berntsen (f. 1966) er dr.med., seniorforsker og leder for forskningsseksjonen i Avdeling for samhandling ved Nasjonalt Senter for samhandling og telemedisin (NST), Universitetssykehuset Nord-Norge.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Erlend Hasvold (f. 1965) er sivilingeniør, seniorforsker og leder for forskningsseksjonen i Avdeling for forebygging og egenmestring ved Nasjonalt Senter for samhandling og telemedisin (NST), Universitetssykehuset Nord-Norge.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003; 26: 1–7.
2. Sølvik UØ, Løkkebø ES, Kristoffersen AH et al. Egenkontroll av warfarinbehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 849–53.
3. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database Syst Rev 2015; 3: CD010523.
4. Rehabilitering og mestring blant kreftrammede. Oslo: Kreftforeningen, 2013.
5. Holmen H, Torbjørnsen A, Wahl AK et al. A Mobile Health Intervention for Self-Management and Lifestyle Change for Persons With Type 2 Diabetes, Part 2: One-Year Results From the Norwegian Randomized Controlled Trial RENEWING HEALTH. JMIR Mhealth Uhealth 2014; 2: e57.
6. Steventon A, Bardsley M, Billings J et al. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. BMJ 2012; 344: e3874.
7. Chomutare T, Fernandez-Luque L, Arsand E et al. Features of mobile diabetes applications: review of the literature and analysis of current applications compared against evidence-based guidelines. J Med Internet Res 2011; 13: e65.
8. Meld. St. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal. www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/ (24.4.2015).



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no