

# Sundhedsapps – mellem privatsfæren og sundhedsvæsenet

Antallet af tilgængelige sundhedsapps er støt stigende og en nyligt publiceret undersøgelse fra Deloitte viste, at 40% af danskerne har en motions- eller sundhedsapp på deres smartphone eller tablet [1]. Som statusartiklen »Mobile apps til håndtering af type 2–diabetes« indikerer, er en del af forhåbningerne, at sundhedsapps, f.eks. dem til personer med diabetes, kan være med til at reducere udgifterne i sundhedsvæsenet, da patienterne potentielt øger deres sundhedskompetencer og bliver bedre til at mestre deres sygdom og forebygge forværringer [2]. Imidlertid er der en lang række forudsætninger, der skal være på plads, før end vi kan gøre os forhåbninger om at indløse eventuelle besparelser i behandlingen af personer med diabetes.

En grundlæggende forudsætning er, at de forskellige diabetesapps er fagligt validerede. Som statusartiklen viser, er størstedelen af de eksisterende apps hverken videnskabeligt eller fagligt validerede, hvorfor der kan stilles spørgsmålstegn ved kvaliteten af indholdet i dem [2]. Konsekvenserne af apps med en lav faglig kvalitet kan være, at relationen mellem patient og læge udfordres. Lægen kan komme til at anvende unødvendig tid på at håndtere forkerte måleværdier, og der kan være en diskrepans mellem lægens anbefalinger og appens anbefalinger, hvilket kan skabe forvirring hos patienten. I yderste konsekvens kan sådanne apps være skadelige for patienten, hvis indholdet er i modstrid med *best practice*. Derfor er det problematisk, at disse apps ikke er fagligt validerede, før end de kommer på markedet.

En anden grundlæggende forudsætning er en afklaring af, hvilken rolle det etablerede sundhedsvæsen skal have i relation til anvendelsen af sådanne diabetesapps. Skal diabetesapps være en del af behandlingen, eller er det noget, som patienten frivilligt og på eget initiativ anvender ud over deres formelle behandlingsforløb? I det første tilfælde, hvor apps indgår som en del af behandlingen, betegnes det som telemedicin. I løbet af de seneste år har flere storskalatelemedicinske løsninger været afprøvet (f.eks. TeleCare Nord og Klinisk Integreret Hjemmemonitorering). Resultaterne herfra viser dog, at de sundhedsøkonomiske effekter er begrænsede [3, 4]. En del af forklaringen på de manglende effekter er, at hjemmemonitorering kræver organisatoriske forandringer samt ændringer i de sundhedsprofessionelles

eksisterende arbejdspraksisser og roller [5], hvilket dermed er en essentiel forudsætning for, at omkostninger kan reduceres gennem anvendelse af telemedicin til f.eks. personer med diabetes.

I det andet tilfælde, hvor apps anvendes på patientens eget initiativ, kan det betegnes som privat brug. Her har sundhedsvæsenet ikke en formel rolle, og det er op til patienterne selv at vurdere kvaliteten af appen, på eget initiativ reagere på målingerne og eventuelt vise dem til egen læge. Hvorvidt disse apps har potentiale i forhold til at reducere omkostningerne til personer med diabetes er uvist, da det blandt andet afhænger af kvaliteten af appen, patienternes kompetencer til at håndtere deres sygdom samt deres anvendelse af appen. Som *Vitger & Hempler* pointerer, er der svag evidens for, at diabetesapps har en positiv effekt på egenomsorg, motivation og kompetencer [2]. Dog er det uvist, hvorvidt denne positive effekt omsættes til en positiv effekt i sundhedsvæsenet i form af reducerede omkostninger til denne patientgruppe.

Udviklingen og den stigende anvendelse af diabetesapps medfører en række forskellige udfordringer og uafklarede spørgsmål, som bør adresseres i sundhedsvæsenet. Der er en forhåbning om, at disse apps vil have en lang række positive gevinster for såvel patienterne som sundhedsvæsenet. Imidlertid vil det være naivt at tro, at gevinsterne kommer af sig selv. Afklaringen af sundhedsvæsenets rolle i forbindelse med disse apps er nødvendig, og undersøgelser af organisatoriske forandringer som følge af implementeringen af sådanne apps er vigtige for at forstå, hvordan både telemedicinske diabetesapps og de apps, som anvendes til privat brug, kan få et positiv *outcome* i sundhedsvæsenet.

## LITTERATUR

1. Deloitte. Connected health. How digital technology is transforming health and social care. [www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-connected-health-sm1.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-connected-health-sm1.pdf) (19. aug 2016).
2. Vitger T, Hempler NF. Mobile apps til håndtering af type 2-diabetes. Ugeskr Læger 2016;178:V04160298.
3. TeleCare Nord – Afslutningsrapport, 2015. file:///C:/Users/tnk/Downloads/TeleCare%20Nord%20afslutningsrapport%2018112015%20final.pdf (19. aug 2016).
4. Lee A, Sandvei M, Hosbond T et al. Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH). Fonden for Velfærdsteknologi, 2015.
5. Christensen JKB. Telemedicin i et interorganisatorisk perspektiv. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (Online), 2016;92:3.

## LEDER

Jannie Kristine Bang Christensen

Ugeskr Læger  
2016;178:V68561

## KORRESPONDANCE:

Jannie Kristine Bang Christensen, Center of Organization, Management and Administration, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet.  
E-mail: jbc@socsci.aau.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk