

Pasientens måledata – vurdering av klinisk nytte ved tilgang til pasientrapporterte data

Først publisert: 01. juli 2025

Siste faglige endring: 01. juli 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn og behov	4
3. Konsept og forutsetninger for utprøving	5
4. Juridiske vurderinger	6
5. Metode og prosess	7
6. Deltakende prosjekt	8
7. Erfaringer og funn fra utprøving	10
8. Avslutning	16

Sammendrag

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for at innbyggere og de helsefaglige behovene er styrende for utviklingen av satsingen på digital samhandling, og pasientens måledata er en prioritert samhandlingstjeneste. Samhandlingsbehovet måledata inneholder resultater fra vitale målinger og registreringer av informasjon som beskriver pasientens tilstand: blodtrykk, vekt, temperatur, oksygenmetning o.l. Kilden til informasjon er pasienten og måleutstyret som benyttes.

Det er gjennomført en begrenset utprøving med fire utprøvningsprosjekter etter tildelte midler fra helseteknologiordningen. I denne utprøvingen har pasienter mottatt digital hjemmeoppfølging fra kommune og det er et etablert samarbeid med sykehus og/eller fastlege. I forløpet ble de pasientrapporterte dataene delt fra kommune til helsepersonell i spesialist og/eller fastlege som hadde tjenstlig behov. Helsepersonell med tjenstlig behov ble intervjuet og har bidratt med å dele sine erfaringer om klinisk nytte i pasientforløp der det tilbys digital hjemmeoppfølging.

Det var stor variasjon på hvor lang erfaring informantene hadde med digital hjemmeoppfølging. Oppslag av pasientens måledata ble i utprøvingen benyttet til både forberedelse av konsultasjon, gjennomføring av konsultasjon, oppfølging av pasienter og i konferering med annet helsepersonell. De fleste informantene mente at tilgang til måledata gav en nyttig tilleggsverdi når helsefaglige avgjørelser skulle tas, men at det som oftest var behov for tilleggsinformasjon før anbefalinger kunne gis.

Hypoteser som ble besvart peker på at tilgang til måledata kan bidra til at oppfølgingen av pasienter kan gjøres mer målrettet og de fleste mente at tilgang til måledata har potensial til å bidra til færre akuttinnleggelser i sykehus og redusere alvorlig sykdom og død ved at forverringer oppdages tidlig.

Bakgrunn og behov

Bakgrunn

Pasientens måledata er en prioritert nasjonal samhandlingstjeneste i den pågående satsingen på digital samhandling. I leveranseplanen for digital samhandling 2024 vises det til at det er ulike alternativer for å dele måledata mellom virksomheter. Dette er beskrevet i dokumentet [Målarkitektur for datadeling i digital hjemmeoppfølging \(PDF\)](#), som ble publisert desember 2023.

Helsedirektoratet ønsker å følge opp utprøving av ulike konsepter i tjenesten, både tekniske tjenester som produseres av Norsk helsenett SF (NHN) og de virksomhetene selv etablerer. Erfaringer fra disse ulike utprøvingene vil gi et bedre grunnlag for å anbefale videre utprøving og hvilke tiltak som bør prioriteres sentralt/nasjonalt. Erfaringer og funn i denne rapporten er fra en begrenset utprøving som ble mulig gjennom tildelte midler fra Helseteknologiordningen. På bakgrunn av dette skal Helsedirektoratet, jf. tildelingsbrevet for 2025:

«Måle og evaluere utprøvingen av pasientens måledata, inklusive klinisk nytte, samt oppdatere kost/nytte-vurderinger. Som del av dette skal helsefaglig nytte fra tilsvarende prosjekter i helseteknologiordningen oppsummeres og legges ved evalueringen. Frist: 1. juli.»

Denne rapporten vår besvarelse av dette oppdraget.

Behov

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for at innbyggere og de helsefaglige behovene er styrende for utviklingen av satsingen på digital samhandling, og at den bidrar til å forbedre og sikre helhetlige og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet har gjennom tidligere arbeid identifisert en rekke brukerbehov som kan understøttes med bedre samhandlingsløsninger (PDF). Deling av pasientens måledata er et av samhandlingsbehovene, og særlig at helsepersonell på sykehus og fastleger får tilgang til pasientens måledata i planlagt eller mer akutt oppfølging.

Samhandlingsbehovet målinger inneholder resultater fra vitale målinger og registreringer av informasjon som beskriver pasientens tilstand; blodtrykk, vekt, temperatur, oksygenmetning o.l. Kilden til informasjon er pasienten og måleutstyret som benyttes. Målingene deles i dag fra pasient ved manuell inntasting eller ved automatisk registrering til systemet som benyttes i digital hjemmeoppfølging [1] (DHO) og tilgjengeliggjøres der for helsepersonell eller det tilgjengeliggjøres i helsepersonellens pasientjournal

[1] Digital hjemmeoppfølging betyr at hele eller deler en behandling, inkludert dialog og deling av data, skjer digitalt.

Konsept og forutsetninger for utprøving

Konsept

Den begrensede utprøvingen har hatt følgende rammer:

Tjenesteforløpet som ligger til grunn for utprøvingen:

- Pasient mottar digital hjemmeoppfølging fra kommune og det er et etablert samarbeid med sykehus og/eller fastlege.

Konsept for deling av pasientrapporterte data i tjenesteforløpet:

I forløpet deles de pasientrapporterte dataene fra kommune til helsepersonell i spesialist og/eller fastlege som har tjenstlig behov. Konseptet som er prøvd ut i tre av deltagerprosjektene innebærer at helsepersonell i sykehus og/eller fastlege har fått en unik bruker og tilgang til data via innlogging i kommunens DHO-system [2].

Forutsetninger

For å gjennomføre utprøvingen ble det satt noen forutsetninger for arbeidet:

- Valgt konsept for deling av måledata måtte være innenfor gjeldende rett.
- Det tilkom ingen kostnad til anskaffelse av elektronisk pasientjournal (EPJ) og/eller DHO-system i utprøvningsprosjektene da dette allerede var i drift.
- Tilgang til og opplæring i DHO-system ble gjort innenfor det enkelte prosjekt.
- Helsepersonell i kommune, fastlege- og spesialisthelsetjenesten bisto i beskrivelse av klinisk nytte ut fra omforent metode og konsept for datadeling.
- Innbyggers egen vurdering av helsepersonells tilgang til målinger ble ikke vurdert i denne begrensede utprøvingen.

[2] IT-fagsystem/-løsning fra ulike leverandører som benyttes i oppfølging av pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, og kan benyttes sammen med måleutstyr, kartleggingsverktøy og skjema. Omtales også som medisinsk utstyr. (Se kilde: [lov om medisinsk utstyr §3 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/lov/2017-06-01/lovg-2017-06-01-123) for fullstendig beskrivelse.) [Tilbake til tekst]

Juridiske vurderinger

Tilgjengeliggjøring (deling) av helseopplysninger

Digital hjemmeoppfølging (DHO) er underlagt det samme rettslige rammeverket som øvrig helsehjelp.

Behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte helsehjelp til den enkelte reguleres av pasientjournalloven og helsepersonelloven med forskrifter.

Virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre til gjennomføring av helsepersonellens dokumentasjonsplikt, jf. [pasientjournalloven § 8 \(lovdata.no\)](#) og [helsepersonelloven § 39 \(lovdata.no\)](#). Virksomheten plikter å utforme og organisere sine behandlingsrettede helseregistre på en slik måte at lovfestede krav kan oppfylles, jf. [pasientjournalloven § 7 \(lovdata.no\)](#). Dette gjelder for eksempel tilrettelegging for tilgjengeliggjøring (deling) av helseopplysninger der vilkårene for dette er oppfylt.

Det er viktig at helsepersonell raskt og effektivt har tilgang til nødvendige og oppdaterte pasientopplysninger, uavhengig av hvor pasienten er behandlet tidligere. De samme reglene gjelder for deling av helseopplysninger internt i egen virksomhet og ved deling med andre eksterne aktører.

For deling av opplysninger i digital hjemmeoppfølging gjøres dermed «vanlige» vurderinger, der hovedpunktene er:

- Det er taushetsplikt for helseopplysninger i journal/behandlingsrettet helseregister
- Innenfor rammen av taushetsplikten kan/skal opplysninger deles når nødvendig for helsehjelp – [pasientjournalloven § 19 \(lovdata.no\)](#)
- Lovbestemt unntak fra taushetsplikten: Helsepersonell skal gis nødvendige og relevante helseopplysninger for å kunne gi forsvarlig helsehjelp – [helsepersonelloven § 45 \(lovdata.no\)](#)
- Delingen kan skje på mange måter (tilgang, utlevering), den dataansvarlige bestemmer hvordan – [pasientjournalloven § 19 \(lovdata.no\)](#) annet ledd
- Informasjonssikkerhet må uansett ivaretas

Med dette som bakgrunn ble det vurdert at gjeldende regelverket legger til rette for deling av opplysninger mellom samarbeidsaktørene i prosjektene.

Metode og prosess

Med en hypotese om at det var et begrenset antall helsepersonell som ville ha konsultasjoner med et begrenset antall DHO-pasienter i 2024, ble de besluttet i samarbeid med utprøvingsprosjektene at en kvalitativ oppfølging av helsepersonell var beste metode å innhente erfaringer. Et prosjekt hentet erfaringer samlet i en workshop, mens de øvrige erfaringer og klinisk nytte av datadeling ble innhentet ved at helsepersonell i fastlege- og spesialisthelsetjenesten, som fikk tilgang til pasientrapporterte data etter valgt konsept, ble intervjuet av ansatte i Helsedirektoratet på slutten av utprøvingsperioden. Utprøvingsperioden var fra september 2024 til mars 2025.

Før utprøvingen startet ble det utarbeidet informasjon til helsepersonell som skulle bidra i utprøvingen og støttemateriell til bruk ved konsultasjoner. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervju med en forhåndsdefinert intervjuguide. Alle som ble intervjuet hadde fått tilsendt utkastet til spørsmålene i forkant av intervjuet. Det ble gjennomført åtte intervjuer med totalt elleve helsepersonell: tre fastleger, to leger fra sykehus, fire sykepleiere fra sykehus og tre sykepleiere fra kommunehelsetjenesten.

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt ved bruk av video. Det ble gjort notater av svar på spørsmål underveis. Etter avtale ble det gjort opptak av intervjuene og de ble transkribert ved hjelp av transkriberingsfunksjonen i Teams. Alle intervjuene er gjennomgått på nytt av flere i etterkant for å sikre felles forståelse av innholdet som ble formidlet. Dette ble viktig da opplevelsen var at transkriberingen ikke gjenga budskap korrekt.

Prosjektlederne for deltagerprosjektene har fått tilsendt rapporten med mulighet til å gi innspill på innhold. Hovedinnhold og avsluttende punkter er også lagt frem for kjerneteamet (bestående av representanter fra NHN, KS, HSØ RHF, Asker kommune, Drammen kommune, Oslo kommune og Helsedirektoratet) i tiltaket pasientens måledata.

Deltakende prosjekt

Fire prosjekter fikk tildelt midler fra helseteknologiordningen (HTO) for å bistå med vurdering av klinisk nytte ved datadeling, deling av pasientens måledata.

Ullensaker kommune med samarbeidspartnere

MILA prosjektet Mitt liv, mitt ansvar 3 (MILA3) er et samarbeidsprosjekt mellom Ullensaker, Gjerdrum, Nes, Eidsvoll, Hurdal, Nannestad kommune, Aurskog-Høland, Nordre-Follo, Nes, Nesodden, Akershus universitetssykehus (Ahus), fastleger og Siemens Healthineers.

MILA3 bygger på funn og erfaringer fra MILA1 og MILA2. Tjenestemodellen innebærer et tett samarbeid mellom oppfølgingstjenesten, fastleger og sykehusspesialister, og erfaringene fra prosjektet er at dette tette samarbeidet bidrar til økt kompetanse og kvalitet på pasientoppfølgingen. Målgruppen for prosjektet har vært pasienter med kronisk sykdom, og da pasienter med hjertesvikt og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Se for øvrig sluttrapport for prosjekt MILA3 som del av [erfaringsrapport fra lokale prosjekt i spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024](#).

Fredrikstad kommune med samarbeidspartnere

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Fredrikstad, Hvaler, Råde, Vestby, Våler, Rakkestad, Halden, Sarpsborg og sykehuset Østfold. Digital hjemmeoppfølging er godt forankret i helsefellesskapet og prosjektet har god styringsstruktur. Målgruppen for prosjektet er kronisk syke pasienter som er tilknyttet hjertesviktpoliklinikk, lungepoliklinikk og/eller ambulerende lungeteam. Det er utarbeidet fire tjenesteforløp med rolle og ansvarsfordeling.

Se for øvrig [sluttrapport, spredningsprosjekt for digital hjemmeoppfølging i Østfold, 2022–2024](#).

Larvik kommune med samarbeidspartnere

Larvik kommune følger opp pasienter med digital hjemmeoppfølging på to måter. Pasienter som har digital hjemmeoppfølging, men ingen andre tjenester fra kommunene følges opp fra Helsehjelpen. Pasienter som har andre tjenester i tillegg til digital hjemmeoppfølging følges opp fra hjemmesykepleien.

Spredningsprosjektet for digital hjemmeoppfølging har vært et samarbeid mellom kommuner i Vestfold og Telemark, spesialisthelsetjenesten og fastleger. Målgruppen for prosjektet har vært kronisk syke pasienter med KOLS, hjertesvikt, kreft, diabetes samt pasienter med psykiske helseutfordringer og rusrelatert problemstillinger.

For mer informasjon se sluttrapport for [spredningsprosjektet digital hjemmeoppfølging \(DHO\) i Vestfold og Telemark 2022–2024](#).

Bodø kommune med samarbeidspartnere

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt for digital hjemmeoppfølging i Nord med Bodø, Hadsel, Sortland, Øksnes, Bø kommune samt disse kommunenes fastlegetjeneste og Nordlandssykehuset.

For ytterligere beskrivelser av dette samarbeidsprosjektet se til [erfaringsrapport for spredningsprosjektet digital hjemmeoppfølging i Nord 2022 -2024](#).

Funn om klinisk nytte fra prosjektet i Bodø i denne begrensede utprøvingen er samlet gjennom deltagelse i workshop for «Leger i front» ved Nordlandssykehuset. Nordlandssykehuset har organisert akuttmottaket sitt med det de definerer som «Leger i front (LIF)» deler av døgnet. Leger i front er erfarne spesialister/spesialistkandidater som skal bistår i mottak av dårlige pasienter, bistå mindre erfarne [leger samt har ansvar for pasientflyt i akuttmottaket \(nordlandssykehuset.no\)](#). Tilgang til pasientrapporterte målinger er gitt fra Bodø kommune gjennom demonstrasjon av data og vurdering av den kliniske nytten dette kan gi.

Erfaringer og funn fra utprøving

Helsedirektoratet har valgt å presentere funn fra intervjuene samlet og ikke per prosjekt. Det gis en nyansering av innholdet der det er nødvendig. Erfaringen og funn som presenteres i dette kapittelet er satt opp etter strukturen som ble benyttet i intervjuene:

- Bakgrunn
- Erfaringer
- Hypoteser

Bakgrunn

Som en innledning til intervjuene ønsket vi å sikre at deltagerne hadde samme forståelse som oss om enkelte begrep vi benytter. Klinisk nytte er godt etablert og sier noe om de positive og praktiske effektene en kan oppnå med et tiltak. Med datadeling så mener vi behovene for samhandling som kan løses ved å dele strukturerte data om en pasient, både muligheten for å lese, behandle og oppdatere data via datadeling. Alle helsepersonell som er intervjuet, hadde kjennskap til begrepene datadeling og klinisk nytte.

Erfaring med digital hjemmeoppfølging

Det var stor variasjon på hvor lang erfaring informantene hadde med digital hjemmeoppfølging. Variasjonen var fra 1,5 måned til 2,5 år, med et gjennomsnitt på i underkant av 1,5 år (17 måneder). Erfaringene de hadde med DHO var både fra deltakelse i prosjekter for oppstart av DHO og med oppfølging av pasienter i samarbeid med oppfølgings tjenestene som var etablert i kommunene [3].

De aller fleste som ble intervjuet hadde tilgang til måledata fra pasienter fra september 2024, enkelte hadde hatt disse tilgangene også fra tidligere. Vi intervjuet helsepersonell med ulik yrkesbakgrunn, henholdsvis sykepleiere og leger som hadde oppfølgingsansvar og tilgang til pasientrapporterte data.

Antall pasienter informantene hadde erfaring med å følge opp varierte fra ca. 2–50 pasienter.

Tabell 1. Erfaring med tjenesten fordelt på aktørene*

	Erfaring med DHO	Antall DHO pasienter
Fastlege	1 år	5
Fastlege	1,5 måned	2
Fastlege	2 år	2
Sykehus	1, 5 år	20
Sykehus	1,5–2 år	50
Sykehus	1 år	18
Sykehus	1,5 år	15
Kommune	2,5 år	17

* Data per intervju. I enkelte intervjuer deltok flere personer.

Tilgang til måledata

I utprøvingen hadde alle som er intervjuet fått tilgang til kommunens DHO-system. De hadde fått tildelt unike brukere, og måtte logge inn med brukernavn og passord eller bankID. Det varierte hvor ofte informantene logget seg inn i DHO-systemet. En stor andel av informantene var tydelig på at det var tungvint å måtte logge seg inn i en ekstern løsning for å kunne se måledata, og at dette ikke var en bærekraftig løsning de ville benyttet videre. Det var ønskelig at pasientjournalen var hovedløsningen og at måledata var integrert i pasientjournal som de benyttet i daglig arbeid. Det var ikke avgjørende at visningen var som en del av pasientjournalen, men det måtte være en enkel måte å gjøre uthopp til rett visning på, uten ny pålogging.

Alle ble spurt om hvordan de visste at pasienten hadde oppfølging med digital hjemmeoppfølging. Her svarte de fleste at de ikke hadde noen måte å vite dette på. De hadde kun oversikt over dette for pasienter de selv hadde henvist til DHO eller hvor de hadde bidratt med innspill i oppfølgingen av pasienten. Det var for mange praksis å notere i «fritekstfelt» i pasientjournalen at pasienten følges med digital hjemmeoppfølging. På et av sykehusene hadde de utarbeidet en prosedyrekode i DIPS som registrerte at pasienten hadde DHO. Dette fungerte greit, men pasienter som hadde startet opp med oppfølging i kommunen og hvor det ikke hadde vært behov for bistand fra sykehus hadde ikke denne koden registrert.

Det ble beskrevet av flere at de ofte brukte 5–10 min i DHO-systemet per pasient. Dette innebar både pålogging som flere opplevde som krevende, samt å finne frem riktig i systemet, se på de pasientrapporterte dataene og gjøre en faglig vurdering. Flere sa de opplevde DHO-systemene som enkle i bruk, men enkelt sa også at de brukte unødvendig mye tid, da de ikke kjente DHO-systemet så godt og brukte det sjeldent.

[3] Oppfølgingstjenesten er den tjenesten med ansatte som har det daglige oppfølgingsansvaret for pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging. Dette er en tjeneste som for de fire deltagende prosjektene er oppe på dagtid. Dette er en åpningstid det er viktig at pasientene er kjent med da oppfølgingsbehov utenom åpningstid gjøres av annet helsepersonell i for eksempel legevakt, AMK om et akutt behov oppstår. [Tilbake til tekst]

Erfaringer

Hvordan brukes pasientens måledata i helsepersonells arbeidshverdag?

Pasientens måledata ble beskrevet brukt på ulike måter. Felles for de ulike bruksområdene var at det ble oppfattet som en trygghet å kunne se målingene når råd skulle gis til annet helsepersonell eller til pasienten om videre anbefalt behandling og oppfølging.

I flere av utprøvningsprosjektene var det etablert faste tverrfaglige møtepunkter mellom sykehus og kommune som en del av etablert tjenesteforløp, hvor problemstillinger om pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging ble diskutert etter avtale. I disse møtene, som ble gjennomført på video, var det ofte

kommunen som logget seg inn og delte skjerm, slik at måledataene ble tilgjengelige for deltakeren i møtet. Flere beskriver at det er nyttig å ha tilgang til de samme dataene i møter og at det sikrer at de faglige drøfting blir gjort på det samme datagrunnlaget og ikke bare subjektive beskrivelser.

Oppslag av pasientens måledata ble gjort i følgende situasjoner:

- i forkant av konsultasjon som forberedelse, spesielt nyttig å da kunne se trender
- når pasienten var på konsultasjon
- ved kontakt fra pasient, nyttig å kunne se målinger før svar ble gitt tilbake til pasienten
- i de tverrfaglige møtene mellom sykehus og oppfølgingstjenesten i kommunene og i faglige diskusjoner
- når helsepersonell får spørsmål på telefon fra annet helsepersonell
- i forkant og under hjemmebesøk hos pasienter
- flere helsepersonell på sykehus oppgav også at de logget seg inn for å få et bedre grunnlag for å kunne svare de som satt med oppfølging i kommunene når de har spørsmål knyttet til oppfølging av pasient som ofte ble stilt via PLO-melding
- som støtte til å gjøre endringer i pasientens egenbehandlingsplan

Førte tilgang til pasientens måledata til en endring i behandling?

De fleste informantene mente at tilgang til måledata gav en nyttig tilleggsverdi når helsefaglige avgjørelser skulle tas. Eksempler på dette var for pasienter med høyt blodtrykk der det var nyttig å kunne se målinger gjort hjemme over tid for å sikre rett medisiner, da blodtrykk tatt i konsultasjon på sykehus eller hos fastlege ofte var forhøyet. Flere gav også uttrykk for at det var nyttig å kunne få tilgang til data som var antatt å være fra pasienten sin habituelle tilstand. Her var et eksempel som ble trukket frem at for pasienter med kols hvor det skulle vurderes behov for oksygenbehandling hjemme, så kunne disse prosessene nå gå raskere, da det var tilgang til historikk og trender tilbake i tid på relevante målinger.

Noen fastleger sa også at med bakgrunn i at de hadde tilgang på målinger, var det ikke alltid lenger nødvendig at pasienter kom til konsultasjon ved en forverring av sykdom, da fastlegen allerede hadde tilgang til målinger og kunne komme med råd og anbefalinger. Tidligere hadde disse pasientene måtte komme til konsultasjon for å gjennomføre målinger før avgjørelser kunne tas om videre behandling.

De fleste oppga at å ha tilgang til trend over tid opplevdes mest nyttig, men at også å ha tilganger til målinger fra den siste tiden var nyttig ved en forverrelse av sykdom.

De aller fleste av informantene var tydelige på at det var nyttig å ha tilgang til måledata, men at det som oftest var behov for tilleggsinformasjon før anbefalinger kunne gis. Svarskjema som benyttes i DHO som beskriver pasientens sin subjektive opplevelse av egen helse samt egenbehandlingsplan ble nevnt som et nyttig supplement, samt tilleggsinformasjon i samtale med oppfølgingstjenesten i kommunen, eller med pasient eller pårørende.

Det ble også spesifisert at det var behov for å vite noe om kontekst ved unormale målinger for at målingene skulle gi verdi i en klinisk sammenheng.

Behov for videre deling av pasientens måledata mellom helsepersonell

På spørsmål om helsepersonellet som fikk tilgang til de pasientrapporterte dataene ved pålogging i DHO-systemet hadde hatt behov for å dele målinger videre med andre eller innhente tilleggsinformasjon fra andre svarte tilnærmet alle at de ikke hadde hatt behov for dette. Men flere sa at de ville anta at blant annet legevakt ville hatt god nytte av å kunne se måledata.

Det ble også trukket frem at pasienten trodde at «alle hadde tilgang til alt» og at dette i stor grad var forventet. Flere fastleger trakk også frem at de erfarte at pasientene fikk større forståelse og økt kompetanse ved å ha tilgang til egne målinger. Et eksempel fra oppfølging av hjertesviktpasienter var at de i utgangspunktet ikke målte temperatur, men at flere pasienter nå gjorde det, og at dette hadde resultert i at behandling var iverksatt tidlig og sykehusinnleggelse var unngått.

Det kom en tilbakemelding på at det hadde vært ønskelig å kunne dele data med annet helsepersonell, for eksempel at fastlege kunne dele data med spesialist på sykehuset som kunne bistå i vurdering av vanskelige pasientcase.

Hypoteser

Alle informantene fikk under intervjuet mulighet til å svare på seks hypoteser om tilgang til måledata.

Hva er sannsynligheten for at tilgang til måledata bidrar til færre unødige innleggelser, prøver og undersøkelser?

Her svarer alle respondentene bortsett fra en at de tror at tilgang til måledata har potensiale for å unngå innleggelser i sykehus eller de har allerede erfaring med at tilgangen har bidratt til at pasienter ikke har blitt akuttinnlagt. Dette settes i sammenheng med at tilgang til målinger bidrar til at forverrelser identifiseres tidlig, at behandling kan iverksettes raskt og at dette forebygger innleggelser. Av flere nevnes det spesielt at dette gjelder for målgruppene kols og hjertesvikt.

Under intervjuene fremkommer det også at fordi de har tilgang til måledata trenger ikke pasienten alltid å komme til legen for å ta kontrollmålinger.

Sitat«Tilgang til måledata har stor innvirkning på hvor mange som blir lagt inn. Kan komme tidligere inn med tiltak og forebygge innleggelser. Det forutsetter at legene har tid til å følge opp målingene».

Hva er sannsynligheten for at tilgang til måledata kan bidra til å redusere alvorlig sykdom og død, sammenlignet med i dag?

Her er det en tendens til at de som har lengst erfaring har mest tiltro til at tilgang til måledata bidrar til å redusere alvorlig sykdom og død. Det trekkes frem at ikke alle pasienter gir beskjed om at de følger seg dårligere, og at ved tilgang til måledata kan dette lettere fanges opp og tiltak iverksettes, som kan bidra til å redusere dødelighet. Fra et av prosjektene vises det til statistikk for hjertesviktpasienter som har halvert antall innleggelser og dødeligheten er redusert.

Sitat«Dødeligheten har falt drastisk etter de begynte. Utfordringen er kapasitet til å følge opp alle som har behov for det. Vanskelig å forestille seg at måledata ikke skal forebygge sykdom og for tidlig død».

Hva er sannsynligheten for at tilgang til måledata kan bidra til et mer effektivt og bedre pasientforløp?

Flere leger kommer med eksempler på at måledata kan bidra til mer effektive og bedre pasientforløp.

- Raskere prosess for å få oksygenbehandling i hjemmet for de som har behov, da målinger er tilgjengelig. Rett behandling raskt kan hindre fall i aktivitetsnivå for pasienten.
- Raskere rett behandling for de som trenger behandling for høyt blodtrykk. Mest sannsynlig vil dette også føre til reduksjon i behov av fysiske konsultasjoner.
- Behovsstyrte timer, i motsetning til kalenderstyrte timer, trekkes også frem som tiltak som kan iverksettes for en del av disse pasientene og som vil være effektivt og nyttig både for pasienter og helsepersonell.

Kan tilgang til pasientens målinger bidra til å unngå feilbehandling eller alvorlig skade?

Her er svarende ganske sammenfallende med de foregående spørsmålene. I hovedtrekk svares det at ved å ha tilgang til måledata kan forverrelse av sykdom oppdages tidlig slik at alvorlig skade og potensiell feilbehandling kan unngås.

Sitat«Ja, tror det til en viss grad. Kronikere spesielt. Sparer pasientene for kontroller, også kan man sette inn støtet når det trengs».

Basert på din erfaring, er behovet for deling av måledata primært innenfor eget helsefelleskap? I egen region? Eller nasjonalt?

Alle respondenter mener det er behov for deling av data lokalt i helsefelleskapet/ regionen. Det trekkes frem fra flere at deling mellom helsetjenesten i kommunen, fastlege og lokalt sykehus er viktigst. Alle respondentene svarer at de ikke ser det som nødvendig å dele målinger fra digital hjemmeoppfølging nasjonalt slik tjenesteforløpene har fungert i denne utprøvingen.

Hva tror du om forholdet mellom nyttig informasjon opp mot tiden du bruker på å lete etter informasjon – uten å vite om

informasjonen du finner gir bedre helsehjelp?

Det kommer tydelig frem fra alle at å måtte logge seg inn på et eget system utenfor pasientjournalen som benyttes som arbeidsverktøy ikke er bærekraftig. Flere sier at dette kommer de ikke til å gjøre selv om det oppleves nyttig å ha tilgang til måledata. Dersom måledata skal benyttes som et supplement i vurderinger må det være data som er enkelt tilgjengelig i arbeidsflatene som benyttes og som ikke krever egen innlogging.

Når helsepersonellet først har kommet seg inn i DHO-systemet, sier de at det er nyttig å se dataene, spesielt trender og at brukergrensesnittene oppleves som relativt enkle. I utprøvingen har flere angitt at de bruker ca. 5–10 min på å logge seg inn og se over relevante målinger for en pasient. Enkelte sier det er enklere at pasienten har med nettbrett og viser målingen, enn at de må logge seg inn selv slik det er i dag.

Avslutning

Helsedirektoratet har basert på erfaringer og funn fra intervjuene utarbeidet noen avsluttende punkter som tas med i videre arbeid i tiltaket Pasientens måledata.

- Opplevd nytte av tilgang til måledata øker etter hvor lang erfaring helsepersonell har med digital hjemmeoppfølging.
- Det er krevende å skille på hva som er nytte av tjenesten digital hjemmeoppfølging og hva som er nytte av tilgang til pasientens målinger spesielt.
- Måledata er et nyttig supplement når det skal gjøres helsefaglige vurderinger, men det er behov for andre opplysninger fra spørreskjema og dialog for å kunne gjøre en helhetlig vurdering.
- Tilgang til måledata kan bidra til at oppfølgingen gjøres mer målrettet; at pasienten får time til oppfølging ved behov, ikke faste intervaller.
- De fleste mener at tilgang til måledata bidrar eller har potensiale for å bidra til færre akuttinnleggelser i sykehus og redusere alvorlig sykdom og død ved at forverringer oppdages tidlig.
- Alle respondentene mener deilig av måledata i egen region er tilstrekkelig når det gjelder oppfølging av pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging slik tjenestene er satt opp i dag.
- Overgangen fra å ikke ha tilgang til pasientrapporterte data til å ha tilgang via innlogging i et eget system medfører økt tidsbruk. Slik konseptet for deling var i utprøvingen er det tidkrevende å logge inn og vurdere dataene som finnes i separate system. Det er behov for en enklere måte å få tilgang til relevante data, helst direkte i egen pasientjournal.
- Det er en felles utfordring at helsepersonell ikke vet at pasienten følges med digital hjemmeoppfølging hvis de jobber i en annen del av helsetjenesten enn der pasienten følges daglig.

