

Abelsen B, Godager G, Harsheim IG, Iversen T, Kristiansen IS, Løyland HI, Pedersen K, Snilsberg Ø, Sten-Gahmberg S, Sæther EM (2022) **Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging: Sluttrapport.**

Sammendrag og konklusjoner

Med støtte fra Helsedirektoratet har seks lokale prosjekter, i kommunal regi, prøvd ut digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom. Utprøvingen er gjennomført i perioden 2018-2021, som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap om digital hjemmeoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Utprøvingen evalueres av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonal senter for distriktsmedisin. I denne rapporten vil vi oppsummere erfaringer med digital hjemmeoppfølging gjennom hele utprøvingsperioden 2018-2021.

Utprøving av digital hjemmeoppfølging

Velferdsteknologi løftes i flere sentrale strategidokumenter frem som et viktig element i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Gjennom involvering av pasienten kan velferdsteknologi bidra til å dreie innretningen av helsetjenestene mot en større grad av selvhjelp og selvstendighet, og derigjennom bidra til økt trygghet og mestring av eget liv, samt helse og livskvalitet. Velferdsteknologi forventes også å kunne frigjøre ressurser i helse- og omsorgstjenesten, samt å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse. Utprøving av digital hjemmeoppfølging inngår som en del av statens satsing på velferdsteknologi i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Digital hjemmeoppfølging innebærer at pasienter kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten i sine hjem. Brukere av digital hjemmeoppfølging utfører avtalte målinger (f.eks. blodtrykk, vekt, O₂-metning), og svarer på spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett eller lignende i tråd med en individuell oppfølgingsplan. Resultatene overføres automatisk fra målesensorene til nettbrettet, slik at brukeren kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres også til en oppfølgingstjeneste, som tar kontakt med brukeren dersom de gjennomførte målingene er utenfor brukerens normalverdier. Personell i oppfølgingstjenesten gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra brukerens behov og egenbehandlingsplan, og vurderer i samråd med bruker om vedkommende bør ta kontakt med fastlege eller legevakt.

Målgruppen for utprøvingen er personer med kroniske sykdommer, med middels til høy risiko for forverring av sin helsetilstand, reinleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er personer med høyt forbruk av helsetjenester, og gruppen består i stor grad av personer med kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Personer i målgruppen har ofte flere diagnoser, og store, sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom. Inklusjonskriteriene for deltakelse er derfor ikke direkte knyttet til spesifikke diagnoser.

Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging omfatter seks lokale prosjekter. Disse eies av følgende kommuner: Stad, Bodø, Larvik, Oslo (med bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen), Ullensaker (i samarbeid med Gjerdrum) og Kristiansand (som leder et lokalt prosjekt som omfatter flere kommuner i Agder). Stad kommune, to fastlegekontor i Kristiansand og et i Sagene deltar også i forsøket med primærhelseteam.

Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging er gjennomført som en randomisert kontrollert studie, og innebærer at en andel av de inkluderte pasientene mottar digital hjemmeoppfølging, mens de resterende inkluderte pasientene inngår i en kontrollgruppe som mottar vanlig oppfølging fra helsetjenesten.

Evaluering av utprøvingen

På oppdrag for Helsedirektoratet evaluerer Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin utprøvingen av digital hjemmeoppfølging. De sentrale elementene i oppdraget er en effektevaluering (effekter på de tre effektmålene for utprøvingen: pasientenes fysiske og psykiske helse, pasientopplevelse og bruk av helsetjenester), en prosessevaluering (herunder organisering av tjenesten, oppfølging og teknologiske løsninger), samt en samfunnsøkonomisk analyse av helhetlige effekter, gevinster og

kostnader. Evalueringen bygger på et omfattende datagrunnlag bestående av registerdata, spørreundersøkelser, intervjuer, opplysninger og nøkkeltall fra prosjektene, samt relevante dokumenter og vitenskapelige publikasjoner.

Digital hjemmeoppfølging – en tjeneste i utvikling

Utpøvingen av digital hjemmeoppfølging har vært et utviklingsprosjekt der prosjektene har gjort tilpasninger og justeringer etter hvert som de har gjort seg erfaringer med tjenesten. Prosjektene har i løpet av utpøvingen gjort seg mange nyttige erfaringer som de vil kunne bygge videre på i overgangen til drift, og som også vil komme andre kommuner som vi tilby digital hjemmeoppfølging til sine innbyggere til gode. Utpøvingen har vist at digital hjemmeoppfølging gir potensial for gevinster på flere områder, men også at tjenesten fortsatt er i utvikling og at det er behov for mer kunnskap om hvordan tjenesten kan bidra til gevinster for brukerne og for helsetjenesten.

En felles erfaring på tvers av flere av prosjektene er at digital hjemmeoppfølging kan forebygge tjenesteforbruk på tre ulike måter. For noen pasienter kan tjenesten bidra til å unngå eller utsette behov for tjenester, for andre pasienter kan formålet være å redusere bruken av tjenester som pasienten allerede mottar og for en tredje gruppe pasienter kan formålet være å unngå eller utsette økt bruk av tjenester pasienten allerede mottar. På tvers av prosjektene er det også enighet om at pasienter ikke bør rekrutteres basert på diagnose, men heller basert på motivasjon og et større behovsbilde.

Prosjektlederne og de ansatte i oppfølgingstjenesten er enige om at egenbehandlingsplanen er en viktig pilar i digital hjemmeoppfølging. Deres erfaring er at egenbehandlingsplanen gir oppfølgingstjenesten de nødvendige verktøyene for å hjelpe pasienten, i tillegg til at det gir pasienten veiledning til selvhjelp i hverdagen. Samtidig har noen brukere i intervjuer fortalt at de ikke bruker planen så aktivt, og en del fastleger har uttrykt at de synes det er vanskelig å skjønne hva planen skal inneholde og hvilken verdi den tilfører. Utsagnene fra brukere bør tolkes i lys av at brukerne som stilte til intervju trolig er friskere enn den gjennomsnittlige brukeren av digital hjemmeoppfølging, og dermed ikke nødvendigvis helt representative.

Flere av prosjektene har erfart at det har vært vanskelig å få til god samhandling med andre aktører i helse-tjenesten, men at samhandlingen har blitt bedre i løpet av utpøvingen. De har også opplevd at det har manglet gode muligheter for digital informasjonsdeling. Et viktig spørsmål knyttet til informasjonsdeling er hvilken informasjon de øvrige delene av helsetjenesten har behov for. Både fastleger og sykehusansatte har vært tydelige på at de ikke ønsker at alle målinger og informasjon skal være tilgjengelig i deres journalsystemer, men at man må gjøre et utvalg av hva som er relevant for ulike aktører.

I alle prosjektene har det vært tett involvering av fastleger gjennom hele prosjektperioden. Fastlegene har vært involvert i tjenesteutviklingen og blant annet bidratt til utarbeidelse av tjenesteforløp og rammer for samhandling, samt bidratt til forankring hos andre fastleger. Fastlegene har også hatt en rolle knyttet til inkludering og oppfølging av pasienter, og prosjektene har vært tydelige på at det har vært verdifullt at fastlegene foreslår pasienter til tjenesten. På tvers av prosjektene er det enighet om at det ikke bør være opp til fastlegen å godkjenne pasienter for inklusjon, men at det er viktig at fastlegen er involvert i å utarbeide egenbehandlingsplanen og svarer på meldinger fra oppfølgingstjenesten.

Studiepopulasjon

I perioden februar 2019 til juni 2020 ble det inkludert til sammen 735 deltakere i utpøvingen av digital hjemmeoppfølging. Fem av disse trakk senere sitt samtykke til deltakelse og inngår ikke i analysene i denne rapporten. Av de 730 deltakerne som inngår i datagrunnlaget for denne rapporten, ble 536 randomisert til en tiltaksgruppe (261) og en kontrollgruppe (277), mens 193 deltakere ble inkludert i en ikke-randomisert tiltaksgruppe etter at koronapandemien startet. Deltakerne var i snitt 69,7 år gamle ved inklusjon, og 59 prosent var over 70 år. De ikke-randomiserte deltakerne var noe yngre enn de randomiserte, hvilket trolig henger sammen med at en større andel i denne gruppen var diagnostisert med kreft eller psykisk sykdom. De vanligste rekrutteringsdiagnosene var kols (52 prosent), diabetes (17,2 prosent) og hjertesvikt (12,1 prosent). 39 prosent av deltakerne ble registrert med flere enn én diagnose ved inklusjon. Spørreskjemabesvarelser ved inklusjon gir inntrykk av at deltakerne hadde betydelige helseutfordringer. Helserelatert livskvalitet målt ved EQ-5D-5L ble i gjennomsnitt vurdert til 0,6 på en skala mellom 0 og 1, hvilket er lavt sammenlignet med den generelle befolkningen i samme alder. 31 prosent av deltakerne hadde helsetjenester i hjemmet fire til åtte uker før inklusjon, og i året før inklusjon hadde deltakerne i snitt 1,6 kontakter med fastlegen per måned. 49 prosent av deltakerne hadde minst én ikke-planlagt innleggelse på sykehus i løpet av det siste året før inklusjon.

Endringer i brukeropplevelse

Brukerne av digital hjemmeoppfølging gir uttrykk for at de er fornøyde med tjenesten. De fleste oppgir, både i spørreundersøkelse og intervjuer, at de er fornøyde med kontakten med oppfølgingstjenesten og at det er enkelt å registrere målinger og å svare på spørsmål via nettbrett.

Tolv måneder etter inklusjon finner vi at digital hjemmeoppfølging har hatt en positiv virkning på brukernes brukeropplevelse sammenlignet med kontrollgruppen. Brukere av digital hjemmeoppfølging opplever å være mer fornøyde med oppfølgingen av egen helse enn deltakere i kontrollgruppen. Våre analyser indikerer videre at brukere av digital hjemmeoppfølging opplever bedre kontroll over egen helsesituasjon, samt bedre forståelse av kroppens signaler og symptomer, enn deltakere i kontrollgruppen. Et av de tydeligste funnene i evalueringen er også at digital hjemmeoppfølging virker å bidra til økt trygghet for brukerne og deres pårørende. Det er flere elementer som kan bidra til økt trygghet, blant annet at brukerne får økt kunnskap om egen sykdom og helse, at de har noen å kontakte hvis det er noe de er usikre på og at de vet at noen følger med på deres målinger.

Selv om de aller fleste brukerne er fornøyde med tjenesten, er det også tydelig at digital hjemmeoppfølging ikke passer for alle. Gjennom intervjuer med både brukere og helsepersonell har vi hørt eksempler på at brukere ikke har kunnet dra nytte av digital hjemmeoppfølging, for eksempel fordi oppfølgingen har ført til overdreven sykdomsfokus og angst som følge av dårlige målinger eller fordi den har vært for omfattende.

Endringer i fysisk og psykisk helse

Tolv måneder etter inklusjon finner vi en signifikant forskjellig utvikling i egenvurdert helse blant brukerne av digital hjemmeoppfølging, sammenlignet med kontrollgruppen. Dette kommer av at deltakere i kontrollgruppen vurderer sin helse som dårligere enn ved inklusjon, mens brukere av digital hjemmeoppfølging opplever å ha omtrent lik helse. Våre analyser viser videre en positiv utvikling i helserelatert livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen tolv måneder etter inklusjon. Effekten oppstår på grunn av en nedgang i helserelatert livskvalitet i kontrollgruppen, mens brukere av digital hjemmeoppfølging rapporterer om uendret helserelatert livskvalitet. Funnene tolkes som at digital hjemmeoppfølging ikke nødvendigvis bidrar til bedre helse i absolutt forstand, men heller til å bremse en forverring i helsetilstanden. Vi finner også lavere dødelighet blant brukere av digital hjemmeoppfølging sammenlignet med kontrollgruppen 12 måneder etter inklusjon. Forskjellen er statistisk signifikant på 10-prosentnivå.

Endringer i bruk av helsetjenester

Resultatene fra analyser av registerdata på bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester gir støtte for at digital hjemmeoppfølging bidrar til reduksjon i både i andelen brukere som mottar helsetjenester i hjemmet og i andelen brukere som mottar praktisk bistand 12 måneder etter inklusjon. Vi finner også en reduksjon i helsetjenester i hjemmet for de brukerne som hadde helsetjenester i hjemmet ved inklusjon. Vi finner en økning i antall kontakter med fastlege, som drives av en økning i antall kontakter som er tverrfaglige møter (takst 1f og takst 14), og skjer i hovedsak i forbindelse med inklusjon til forsøket. Vi ser imidlertid også en økning i antall kontakter med fastlege som er konsultasjoner. Vi finner videre en økning i akutte innleggelser på sykehus inntil tolv måneder etter inklusjon, sammenlignet med kontrollgruppen, men siden denne økningen drives av en betydelig reduksjon i slike innleggelser i kontrollgruppen ved inklusjon, tror vi ikke at effekten kan knyttes til digital hjemmeoppfølging.

Intervjuer med brukere og helsepersonell utfyller og nyanserer bildet analysene registerdata gir. Gjennom intervjuer med helsepersonell og brukere har vi hørt flere eksempler på at brukere har fått redusert oppfølgingen fra hjemmetjenesten, eller at hjemmetjenester helt har blitt erstattet med digital hjemmeoppfølging. Vi har også fått høre flere eksempler på situasjoner der både helsepersonell og brukere er sikre på at digital hjemmeoppfølging har bidratt til å unngå akutte sykehusinnleggelser. Basert på det samlede informasjonsgrunnlaget fra evalueringen er vår vurdering av effektmålet *lavere kostnad for helsetjenesten* derfor at digital hjemmeoppfølging, slik tjenesten har blitt prøvet ut i denne utprøvingen, har bidratt til en lavere forbruk av helsetjenester for en del brukere, men at effektmålet ikke er oppnådd for brukerne samlet sett. Det er likevel mange forhold ved selve utprøvingen og forholdene rundt den, som trekker i retning av at man i fremtiden vil kunne se andre endringer i bruk av helsetjenester som følge av digital hjemmeoppfølging. Hvilke effekter som oppnås, vil avhenge av både utformingen og innretningen av tjenesten, omfanget og sammensetningen av brukergruppen og tidsperspektivet, og det er vanskelig å vurdere både retning og omfang på disse endringene.

Samlet vurdering

Digital hjemmeoppfølging er en tjeneste med et stort potensial og som vil kunne brukes for å imøtekomme flere av utfordringene helsetjenesten står overfor i årene som kommer. Tjenesten kan tilpasses mange formål og brukergrupper, og gir brukerne en nærhet til helsetjenesten.

Samlet sett viser vår analyse at kostnaden ved å tilby tjenesten overstiger verdien av bedret helserelatert livskvalitet og endret ressursbruk i helsetjenesten. Samtidig bidrar tjenesten til økt forståelse for og mestring av egen sykdom, og derigjennom til økt trygghet og fornøydhetsgrad med oppfølging av egen helse. Dette er virkninger som ikke enkelt kan prissettes, men som kommuner i praksis er villige å betale for, for eksempel gjennom ulike frisklivstiltak og trygghetsalarm.

Vår vurdering basert på den samfunnsøkonomiske analysen er at summen av den prissatte og ikke-prissatte nytten ved digital hjemmeoppfølging trolig vil overstige kostnadene ved å tilby tjenesten, så lenge kostnadene holdes nede og tjenesten tilbys de som har størst behov. Vår samlede vurdering er at digital hjemmeoppfølging kan bidra til å løse eller underlette utfordringene i helsetjenesten, forbundet med at flere lever lenger med kroniske sykdommer samtidig som rekrutteringen av helsepersonell til helsetjenesten er lav. Organisert på en effektiv måte kan digital hjemmeoppfølging bli en viktig del av kommunenes tjenestetilbud.