



EFFEKT- EVALUERING AF DIGITALT UNDERSTØTTET GENOPTRÆNING

Bilag B: Dokumentation af business
case for spor 2

17. marts 2016



PA Regional Office:
PA Consulting Group
Portland Towers
Göteborg Plads 1
2150 Nordhavn
Tel: +45 39 25 50 00
Fax: +45 39 25 5000
www.paconsulting.com

Version:

1.0

INDHOLD

1	FORUDSÆTNINGER	2
1.1	Statens business case model	2
1.2	Iterativ business case	3
1.3	Modellens opbygning	4
1.4	Følsomhedsberegninger og usikkerhed	5
1.5	Oversigt over inputvariable	7

1 FORUDSÆTNINGER

Dette bilag beskriver de inputvariable, der indgår i business casen, herunder inputvariablenes værdi og kilde. Kapitlet beskriver endvidere sammenhængen mellem de forskellige inputvariable i business casen.

1.1 Statens business case model

Den opstillede business case er baseret på de grundlæggende principper og retningslinjer fra Statens Business case model.

Udover nærværende notat om business casen består den samlede leverance vedrørende business casen også af et regneark, der indeholder selve business case beregningen, herunder inputdata, beregningsark for hver af de to målgrupper og samlet, samt en række resultatark med estimat, best case og worst case.

Metodiske justeringer af business case modellen

Statens Business case model er designet til statslige it-projekter underlagt statslige budget- og regnskabsvilkår. I denne business case ligger gevinstpotentialer på aktiviteter under de kommunale budgetter. Der har derfor været behov for mindre justeringer i forhold til brugen af nogle af modellens kernebegreber.

Konkret er der foretaget justeringer på følgende to områder:

- Nuværende drift
- Fremtidig drift

Nuværende drift

Statens Business case model tager udgangspunkt i de samlede nuværende driftsomkostninger til det omfattede område. Disse opgøres på baggrund af regnskabstal.

En samlet opgørelse af de nuværende driftsomkostninger forbundet med kommunal genoptræning vil være tidskrævende og forbundet med væsentlig usikkerhed.

I stedet for at kortlægge og opgøre de samlede driftsomkostninger for området regnes der i business casen med direkte omkostninger (medgået tid for det sundhedsfaglig personale og transportudgifter) samt fast defineret overhead (omkostninger til husleje, ledelse, administration mv.).

Business casen omfatter derfor ikke et detaljeret totalbillede af økonomien i den kommunale genoptræning.

Fremtidig drift

Statens business case model opererer med et 1-scenarium, der skal belyse projektudgifter og de fremtidige driftsomkostninger ved implementering af det foreslåede projekt, og et 0-scenarium, der skal belyse det billigste alternativ til at løse samme opgave.

Opstilling af et 0-scenarium vil være tidskrævende og forbundet med væsentlig usikkerhed og vurderes endvidere at ligge uden for scope af denne opgave.

I stedet for opstilling af et 0-scenarium beregnes bruttogevinsten i business casen for digital genoptræning som forskellen mellem nuværende drift (AS-IS) og fremtidig drift med digital genoptræning implementeret (TO-BE).

Fremskrivninger over perioden, der påvirker business casen, eks. vækst i det samlede antal af genoptræningsforløb, medregnes både i AS-IS og TO-BE.

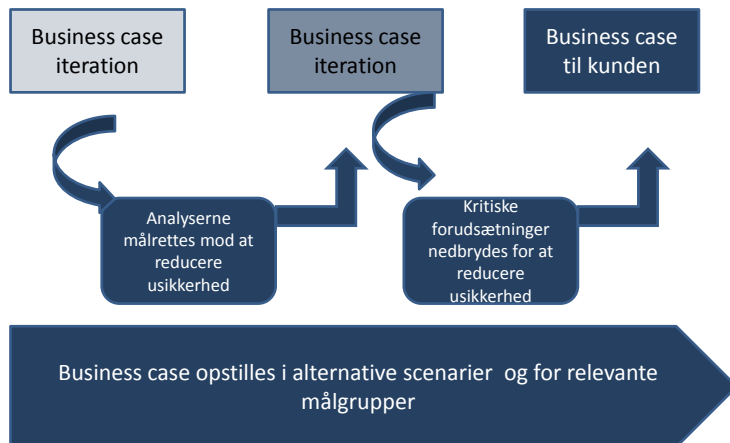
Projektudgifter, dvs. udgifter til udvikling og implementering af digital genoptræning medregnes i overensstemmelse med modellen, således at der også beregnes nettogeinst.

1.2 Iterativ business case

Udviklingen af den opstillede business case er gennemført som et dynamisk forløb, hvor de kritiske forudsætninger løbende er identificeret via følsomhedsberegninger og simuleringer med henblik på reduktion af den samlede usikkerhed på business casen.

Der er gennemført tre hovediterationer af den opstillede business case. Efter hver iteration er det blevet vurderet, i hvilket omfang resultaterne har givet anledning til justeringer i de øvrige analysespor for at få bedre data eller nedbryde inputvariable i flere delelementer for derigennem at reducere eller tydeliggøre identificerede usikkerheder.

Figur 1 Model for iterationer i business casen



Første iteration af business casen

I første iteration blev der udarbejdet en 'working model' af business casen, populeret med foreliggende data fra projektets foranalyse.

Første iteration af business casen blev brugt til at tydeliggøre:

- Behov for metodiske justeringer af business case modellen
- Retningen i den samlede business case under de givne forudsætninger
- Usikkerhed og følsomhed i de enkelte variable og forudsætninger

Anden iteration af business casen

I anden iteration blev der udarbejdet en version af business casen populeret med konsoliderede data, for en række kritiske variable herunder baseline tallene for de forskellige målgrupper, as-is forløb samt omkostninger til teknologisk udstyr for alle målgrupper.

Anden iteration af business casen blev brugt til at tydeliggøre:

- Forventningen til det samlede potentiale i den endelige iteration af business casen
- Økonomiske konsekvenser af de identificerede usikkerheder
- Forskelle i potentialer på tværs af de enkelte målgrupper

Tredje iteration af business casen

I tredje iteration er der udarbejdet en endelig version af business casen på baggrund af det foreliggende datagrundlag.

Tredje iteration af business casen er den afrapporterede version, der ligger til grund for de i analysen afrapporterede beregninger af bruttopotentiale, omkostninger og nettopotentiale.

1.3 Modellens opbygning

Den samlede business case er opgjort som summen af beregninger for samtlige målgrupper og en række faste omkostninger, som ikke er knyttet direkte til antallet af målgrupper. Sidstnævnte er beregnet uafhængigt af målgrupperne og indgår derfor kun i business casens samlede afrapportering, og ikke i afrapporteringen for de enkelte målgrupper. De enkelte målgrupper er alle modelleret over samme struktur.

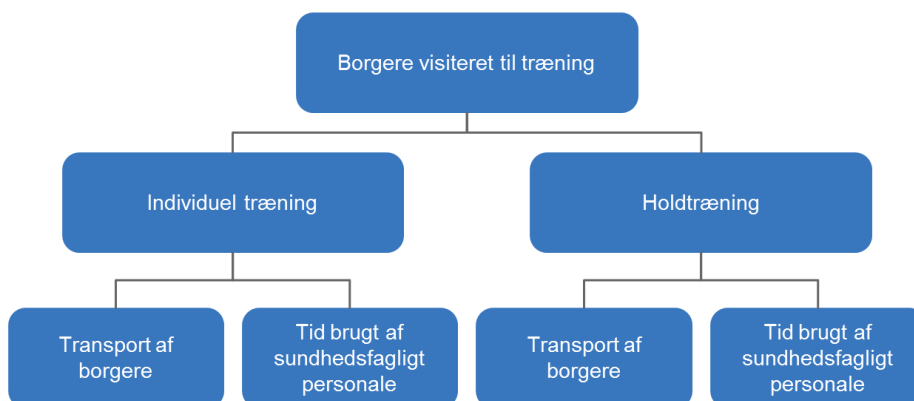
I det følgende gives et overblik over modellernes opbygning og hvilke variable, som har betydning for beregningen af business casens bruttopotentiale. I afsnit 2.2 gives en oversigt over samtlige inputparametre, der anvendelse i modellen. Der er endvidere udarbejdet et forudsætningsdiagram, som viser den detaljerede modellering og sammenhæng mellem inputvariable.

1.3.1 Modellering af AS-IS og TO-BE

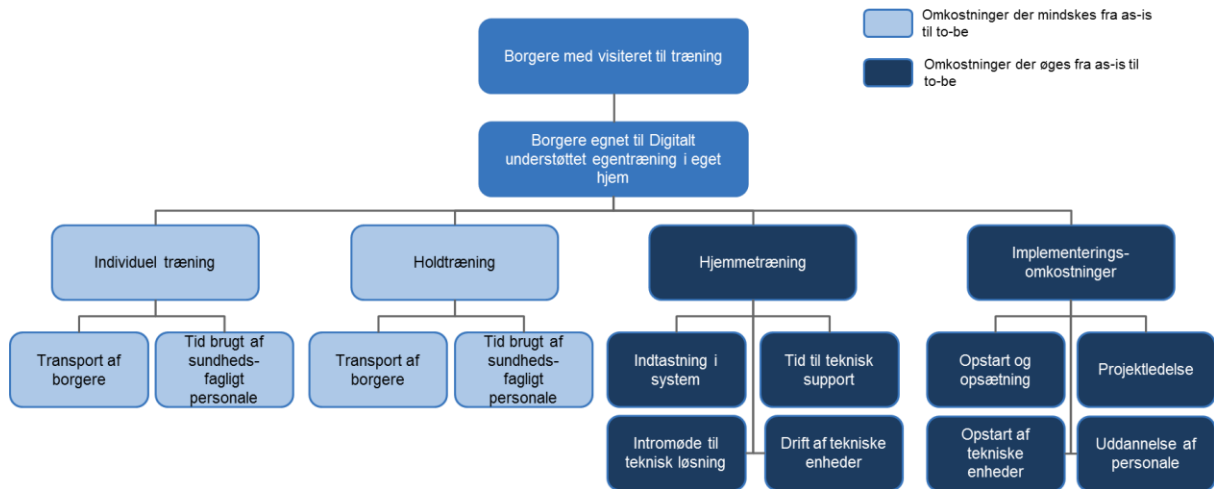
På figuren nedenfor er omkostningsdriverne for as-is og to-be scenarierne afbilledet. Scenarierne modelleres ens for både hofte- og knæpatienterne.

Figur 2 Overblik over omkostninger i scope ved AS-IS og TO-BE

AS-IS



TO-BE



As-is omfatter individuel eller holdbaseret træning ved fysisk fremmøde eller en kombination af disse for borgere med apopleksi eller kronisk sygdom (diabetes, hjerte-/kar og KOL) samt alment svækkede ældre (geriatri). As-is omfatter borgere henvist efter Sundhedslovens §119 og §140 samt borgere visiteret efter Servicelovens §86.1 og §86.2. As-is har to væsentlige omkostningsdrivere nemlig offentlig betalt transport af borgere og arbejdstid anvendt af sundhedsfagligt personale.

I To-be scenariet regnes der kun på forløb med borgere, der er egnet til at modtage digitalt understøttet genoptræning, da alle andre antages at følge den samme træning, som de modtager i as-is scenariet.

På figuren for to-be scenariet markerer de lyseblå kasser omkostninger, som reduceres ved indførelse af digitalt understøttet egentræning i eget hjem for borgere i målgrupperne, mens de mørkeblå kasser markerer omkostninger som forøges.

Der spares tid for det sundhedsfaglige personale samt borgertransport i forbindelse med færre træningssessioner enten individuelt for borgerne eller i hold med andre borgere.

Indførelsen af hjemmetræning er forbundet med øgede driftsomkostninger ved tidsforbrug til teknisk support, indtastning af borgeroplysninger i både den digitale træningsløsning og den kommunale EOJ, møde med borgeren om introduktion til den tekniske løsning, samt drift af tekniske enheder, herunder også løbende opstart af nye enheder.

Endelig er der en række omkostninger der blot afholdes én gang som følge af implementering af digitalt understøttet egentræning i eget hjem. Opstart og opsætning af den tekniske løsning i kommuner omfatter et engangsbeløb til leverandøren for hver kommune løsningen sættes op hos. Projektledelsesomkostninger samt omkostninger til uddannelse af personale afholdes i business casens første år, mens opstartsomkostninger i relation til de enkelte digitale træningsenheder afholdes i takt med udbredelse af digitalt understøttet genoptræning til at omfatter stadigt flere egnede forløb i løbet af indfasningsperioden.

1.4 Følsomhedsberegninger og usikkerhed

I forbindelse med udarbejdelsen af business casen er der foretaget såvel følsomhedsberegninger og beregninger af usikkerhed i for worst og best case forløb.

Følsomhedsberegninger

Der er gennemført følsomhedsanalyser på alle inputvariable, der indgår i business casen. Følsomhedsanalysen viser, hvilke variable der har stor betydning for business casens samlede resultat, og hvor der derfor er et særligt behov for at sikre et præcist estimat for inputvariablen værdi.

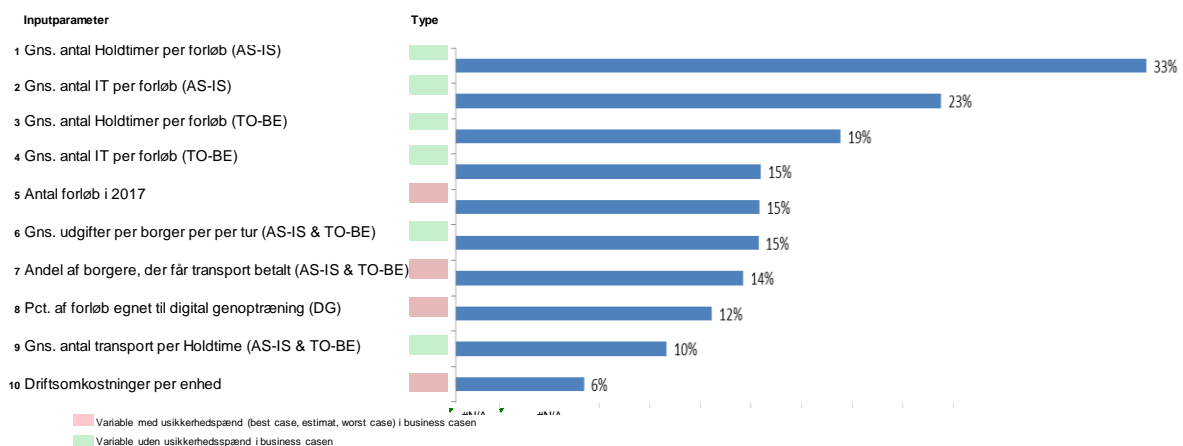
Følsomhedsanalysen viser dog ikke i sig selv, hvilke inputvariable i business casen, der er behæftet med usikkerhed i fastlæggelsen af variabelens værdi. De typiske as-is forløb er gennem en survey besvaret af 59 kommuner blevet fastlagt med en stor præcision, og regnes derfor ikke som et usikkert estimat. To-be forløbene er designet på baggrund af samme survey og fokusgrupper i kommuner og regnes ikke som et usikkert estimat. Parametre omkring transportomkostninger mm. er blevet valideret af MIG-projektet, mens lønomkostninger er baseret på faktiske tal.

Følsomhedsanalysen er foretaget for hver inputvariabel separat. Følsomheden opgøres ved at øge den enkelte inputvariabel til en konstant værdi 10 pct. over den i business casen estimerede værdi og dernæst beregne den gennemsnitlige ændring i business case værdien ved samtidig at lade alle andre inputvariable variere mellem best case og worst case værdier i Monte Carlo-simuleringer.

Det kan f.eks. ses, at hvis det gennemsnitlige antal holdtimer på tværs af målgrupper øges med 10 pct. vil business casens værdi øges med 33 pct.

Figuren viser desuden de variable, vis usikkerhed er betydelig, og hvor der som konsekvens heraf er tilføjet et usikkerhedsspænd (se afsnittet om usikkerhed nedenfor). For de øvrige variable med høj følsomhed er det vurderet, at der på baggrund af det foreliggende datagrundlag ikke er tale om samme grad af usikkerhed.

Figur 3 Oversigt over inputvariable med størst følsomhed



Beregningen der ligger til grund for ovenstående figur, er gennemført ved at ændre én inputvariabel ad gangen, og derefter foretage 300 Monte Carlo simuleringer med den pågældende variabels justerede værdi, og observere udsvingene i den samlede business case.

Følsomhedsanalysen er foretaget på tværs af alle målgrupper og forløb. Nogle variable er mere følsomme i enkelte målgrupper end andre, men da de er modelleret på samme måde, og værdierne samtidig ikke adskiller sig væsentligt, er alt andet lige de samme parametre, der generelt er følsomme i den samlede business case, som også er det i de enkelte målgrupper.

Usikkerhed beregnet som best case og worst case

I den samlede business case er spændet mellem worst case og best case for det akkumulerede femårige nettopotentiale 152 og 230 mio. kr.

Spændet mellem best case og worst case bestemmes af den indregnede usikkerhed på business casens mest usikre og mest betydningsfulde inputvariable. For hver af disse inputvariable er der fastlagt en værdi for worst case, estimat og best case. Disse værdier er fastlagt ud fra en antagelse

om, at sandsynligheden for at inputvariablen ligger mellem best case og worst case er 95 pct. og er normalfordelt. For at beregne den samlede business case værdi foretages 2000 Monte Carlo simuleringer, hvor inputværdierne til hver simulering vælges tilfældigt ud fra ovenstående fordeling. Ud fra de 2000 simuleringer beregnes (1) den gennemsnitlige business case værdi (estimat), og (2) det interval der dækker 95 pct. af business casens værdier (worst case og best case). Worst og best case værdierne er beregnet på baggrund af standardafvigelsen af den samlede værdi af business casen opgjort som bruttopotentiale og omkostningerne summeret på tværs af business casens målgrupper og forløb.

1.5 Oversigt over inputvariable

De enkelte inputvariable defineret og tildelt værdi, og inddeles i følgende hovedgrupper:

- Målgruppesspecifikke variable
- Organisering
- Lønninger og arbejdstid
- Priser på udstyr
- Generelle variable

De enkelte inputvariable er kortlagt i nedenstående figur og yderligere beskrevet i de efterfølgende afsnit.

1.5.1 Målgruppesspecifikke variable

Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de målgruppesspecifikke variable, der anvendes i business casen.

De målgruppesspecifikke variable er de, der varierer fra målgruppe til målgruppe.

Tabel 1 Målgruppesspecifikke inputvariable, der kan variere på tværs af målgrupper - Apopleksi

Inputvariable	Apopleksi		Kilde og beskrivelse
	Kombi	Individuel	
Generelt			
Antal forløb i 2017	4.900 WC: 4.800 BC: 5.000	3.300 WC: 3.200 BC: 3.400	Estimatet angiver antallet af genoptræningsforløb under SUL §140 for borgere med apopleksi. Baseret på kommunale udtræk vurderes det at ca. 5,5 pct. af alle GOP'er fra §140 gives til borgere med apopleksi, svarende til 8.200 borgere. Dette tal understøttes af studier der peger på en årlig incidens på 12.000 tilfælde om året med en dødelighed på ca. 15 pct. indenfor den første måned. Blandt de øvrige 85 pct. vil langt de fleste modtage en kommunal genoptræningsplan. Denne effektevaluering kommunale survey viser, at ca. 60 pct. af alle forløb kombinerer individuel træning og holdtræning, mens 40 pct. af alle forløb udelukkende består af holdtræning. Disse borgere tilskrives ikke i nævneværdiggrad holdtræningsforløb. Kilder:

			<ul style="list-style-type: none"> • Udtræk fra 5 kommuner (Silkeborg, København, Fredensborg, Solrød, Haderslev) • Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Vækst i antallet af forløb pr. år	1,0 %	1.0 %	Vurderingen er baseret på en generel vurdering af, at antallet af ældre stiger de kommende år, og at de fleste apoplekspatienter er over 60 år.
Pct. forløb egnet til digital genoptræning i business casens startår	20 % WC: 15 % BC: 25 %	20 % WC: 15 % BC: 25 %	Estimatet er baseret på fokusgrupper med det sundhedsfaglige personale i kommunerne, der vurderer at mellem 8 og 40 pct. af målgruppen vil være egnet til digitalt understøttet træning. Der er på den baggrund indlagt et usikkerhedsspænd i beregningerne. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> • Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Vækst i andelen af forløb, der er egnet til digital genoptræning pr. år (procentpoint)	1,0 procentpoint WC: 0 procentpoint BC: 2 procentpoint	1,0 procentpoint WC: 0 procentpoint BC: 2 procentpoint	Estimatet baserer sig på en generel betragtning om særligt den ældre befolknings digitale modenhed, som fortsat er stigende. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> • IT-anvendelse i befolkningen 2015 – Danmarks Statistik
Gennemsnitlig varighed af forløb (uger)	21	21	Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey der viser, at forløbene typisk varer omkring fem måneder for begge typer forløb. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gennemsnitlig overleveringstid ml. borgere (uger)	2	2	Vurdering baseret på MIG-projektets rapport om business case. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> • MIG-projektets rapport om business case
Indfasning - år 1	50 %	50 %	Værdien er fastsat som i foranalysen med udgangspunkt i den aftalte indfasningstakt i en række tidligere offentlige digitaliseringsprojekter, herunder obligatorisk digital selvbetjening og telesår.
Indfasning - år 2	75 %	75 %	(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 3	100 %	100 %	(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 4	100 %	100 %	(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 5	100 %	100 %	(se "Indfasning - år 1")
Holdtræning			
Gns. antal holdtræninger pr. forløb (AS-IS)	42	-	Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey der viser, at et forløb der kombinerer holdtræning med individuel træning

			<p>typisk har holdtræning to gange om ugen i fem måneder (svarende til 21 uger).</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal holdtræninger pr. forløb (TO-BE)	35	-	<p>Estimatet er baseret på kommunale fokusgrupper med sundhedsfagligt personale. Det dækker over et estimeret forløb med en gradvis indfasning af digitalt understøttet egen træning i hjemmet i stedet for holdtræning, hvor forløbets første 11 uger er som i dag, de næste 5 uger har en substitutionsgrad på 30 pct., mens forløbets sidste 5 uger har en substitutionsgrad på 50 pct. af alle holdtræninger.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Gns. antal deltagere pr. holdtræning pr. sundhedsfaglig medarbejder	3	-	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey, der viser, at der ved en holdtræning typisk vil være seks borgere tilstede superviseret af to sundhedsfaglige medarbejdere.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal transporter for en holdtræning	2	-	<p>Antallet af transporter borger, der modtager offentlig støttet transport har behov for i forbindelse med en holdtræningstime</p>
Gns. udgifter pr. borgere pr. tur	175 kr.	-	<p>Estimatet baserer sig dels på foranalysens estimat på 166 kr., som havde samlet erfaringer fra projekterne omkring virtuel genoptræning og online velfærd. Derudover baserer den sig på erfaringer fra MIG-projektets 4 kommuner, hvor det vurderes at omkostningen er mellem 150-200 kr. Dette er i overensstemmelse med tidligere analyser af transport og befordringsområdet. Der er taget udgangspunkt i estimatet på 166 kr., som dernæst er fremskrevet til 2017 priser, ud fra KL's pris og lønskøn 2014-2019.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> MIG-projektets rapport om business case KL's pris- og lønskøn 2014-2019 "Business case for Virtuel Genoptræning" ved Spitze&CO (2013) Online velfærd - Evaluering af forsøgsprojekt (2012) "Kortlægning og analyse af befordringsordninger" ved Deloitte for Finansministeriet (2012)
Andel borgere, der får transport betalt	90 % WC: 85 % BC: 95 %	-	<p>Andelen af borgere med apopleksi, der skal have betalt transport vurderes høj, da de dels er en stor gruppe i pensionsalderen, og dels med overvejende sandsynlighed har motoriske og sensoriske udfald, der hører til de hyppigst forekommende forstyrrelser efter apopleksi, der vanskeliggør, at de transporterer sig selv, også med offentlige transportmidler</p> <p>Kilder:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI • "Kortlægning og analyse af befordringsordninger" ved Deloitte for Finansministeriet (2012)
Gns. antal timer pr. medarbejder pr. holdtræning	1,5	-	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey, der viser, at én sundhedsfaglig medarbejder typisk bruger ca. 30 minutter på at forberede en holdtræning, mens hver holdtræning typisk varer en time.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Individuel Træning			
Gns. antal individuel træning pr. forløb (AS-IS)	34	42	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey der viser, at et forløb der kombinerer holdtræning med individuel træning typisk har holdtræning to gange om ugen i fire måneder (svarende til 17 uger), mens et forløb udelukkende bestående af individuelle træningssessioner typisk varer 5 måneder (svarende til 21 uger), med to ugentlige træningssessioner.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal individuel træning pr. forløb (TO-BE)	26	27	<p>Estimatet er baseret på kommunale fokusgrupper med sundhedsfagligt personale. Det dækker over et estimeret forløb med en gradvis indfasning af digitalt understøttet egentræning i hjemmet i stedet for individuel træning. For forløb kombineret af individuel og holdtræning ser forløbets første 11 uger er som i dag, mens der i de sidste 10 uger foretages en 50 pct. substitution.</p> <p>For forløb udelukkende bestående af individuel træning er forløbets første 11 uger, som i dag, de næste fem sker en 50 pct. substitution og i de sidste fem sker en 100 pct. substitution af de individuelle træningssessioner med digitalt understøttet egentræning i hjemmet.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Gns. antal medarbejder-timer pr. individuel træning	1,33	1,33	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey, der viser, at én sundhedsfaglig medarbejder typisk bruger ca. 20 minutter på at forberede en individuel træning, mens hver træningssession typisk varer en time.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Digital egentræning			
Gns. antal medarbejder-timer pr. digitalt	1 WC: 1,25	2 WC: 2,25	Tallet dækker over en ekstraintroduktion til det digitale redskab til genoptræning. I MIG-projektet er afsat 45 minutter til denne introduktion. Derudover er

egentræningsforløb. (TO-BE) BC: 0,75

BC: 1,75

der for begge forløbstyper afsat yderligere et kvarter til introduktion baseret på fokusgrupperne i kommunerne.

For de rent individuelle forløb er der yderligere en time afsat for terapeuterne til i forløbets afsluttende fase at kunne understøtte borgerne i deres digitale egentræning. Det kunne f.eks. være ved at udarbejde træningsprogrammer og monitorere borgerens træningsindsats, når den regelmæssige kontakt til det sundhedsfaglige personale bliver mindre hyppig.

Kilder:

- MIG-projektets rapport om business case
- Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne

Inputvariable	Kronisk syge borgere				Kilde og beskrivelse
	Hjerte-kar	KOL	Diabetes	§86.2	
Generelt					
Antal forløb i 2017	7.600 WC: 7.400 BC: 7.800	6.000 WC: 5.800 BC: 6.200	5.000 WC: 4.800 BC: 5.200	7.000 WC: 6.000 BC: 8.000	<p>Estimatet angiver antallet af forløb for de forskellige kronikergrupper under SUL §§ 119 og 140, samt under SEL §86.2.</p> <p>Antallet af SUL § 119 forløb er primært estimeret ud fra en kortlægning af den patientrettede forebyggelse lavet af KL og Center for Interventionsforskning i 2011, der viste at antallet var 2.013 for borgere med hjerte-kar sygdomme, 3.300 for KOL borgere 3.773 for borgere med diabetes. Tal fra Københavns Kommune viser, at der siden rapporten blev lavet i 2011 har været en årlig stigning i antallet af forløb på ca. 10 pct. for borgere med diabetes og 15 pct. for borgere hjerte-kar sygdomme og borgere med KOL. Tallene er således fremskrevet med denne stigningstakst frem til 2014. De er ikke fremskrevet efter 2014, da der ikke findes tal for disse år, og antallet af patientrettede forebyggende forløb til kronikere i høj grad bestemmes ved den kommunale budgetlægning.</p> <p>Antallet af genoptræningsplaner efter SUL §140 er baseret på kommunale udtræk, der viser, at ingen diabetes forløb visteres på denne måde, at knap 1 pct. (ca. 1.000 forløb) af de samlede genoptræningsplaner visiteres til borgere med KOL og at hjerte-kar sygdomme tegner sig for ca. 4,5 pct. af den samlede mængde §140 forløb. Ikke alle disse forløb vil angå kronisk syge borgere. Der er derfor i business casen regnet med at ca. 3 pct. (ca. 4.500 forløb) af de samlede §140 genoptræningsplaner udskrives til borgere med kroniske hjerte-kar sygdomme</p> <p>Denne effektevaluerings kommunale survey viser, at mellem 70 og 80 pct. af alle forløb for disse målgrupper udelukkende består af holdtræning. Der regnes i business casen således kun med holdtræningsforløb, da de øvrige må antages at visiteres til borgere med særlige behov, der dermed i mindre grad kan forventes at være egnet til digitalt understøttet egetræning i hjemmet.</p> <p>Antallet af forløb for kronisk syge borgere der vurderes at videreføres som SEL § 86.2 forløb estimeres til 7.000. Estimatet bygger dels på budgetbemærkninger fra 22 kommuner, som kan estimere antallet af SEL §86.2 forløb (for uddybning af dette se redegørelse for alment svækkede ældre i dette bilag), og dels på en rapport</p>

					<p>foretaget af KL og Center for Interventionsforskning der viser, at mindst halvdelen af landets kommuner tilbyder vedligeholdende træning som udslusning for et patientrettet forebyggelsesforløb. På den baggrund er det vurderet at halvdelen af borgere med kroniske sygdomme får et sådant tilbud, og at 75 pct. tager imod tilbuddet.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udtræk fra 3 kommuner (København, Fredensborg, Haderslev) • Bemærkninger til budget 2016 for 22 kommuner • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016 • Patientrettet forebyggelse i kommunerne, november 2011 – KL og Center for Interventionsforskning • Patientrettet forebyggelse i kommunerne, februar 2011 – KL og Center for Interventionsforskning • Årsrapport 2014 for Sundheds- og omsorgsforvaltningen Københavns Kommune
Vækst i antallet af forløb pr. år	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	Vurderingen er baseret på, at det i mange kommuner fastsættes ved budgetlægningen, hvor mange der hvert år kan modtage et patientrettet forebyggelsesforløb. En evt. stigning i antallet af forløb kan derfor ikke estimeres ud fra generelle tendenser blandt kronikergrupperne.
Pct. forløb egnet til digital genoptræning i business casens startår	30 % WC: 25 % BC: 35 %	30 % WC: 25 % BC: 35 %	30 % WC: 25 % BC: 35 %	30 % WC: 25 % BC: 35 %	<p>Estimatet er baseret på fokusgrupper med det sundhedsfaglige personale i kommunerne, der vurderer at mellem 20 og 40 pct. af målgruppen vil være egnet til digitalt understøttet træning. Der er på den baggrund indlagt et usikkerhedsspænd i beregningerne.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Vækst i andelen af forløb, der er egnet til digital genoptræning pr. år (procentpoint)	1,5 procent-point WC: 0,5 procent-point BC: 2,5 procent-point	1,5 procent-point WC: 0,5 procent-point BC: 2,5 procent-point	1,5 procent-point WC: 0,5 procent-point BC: 2,5 procent-point	1,5 procent-point WC: 0,5 procent-point BC: 2,5 procent-point	<p>Estimatet baserer sig på en generel betragtning om særligt den ældre befolknings digitale modenhed, som fortsat er stigende. Derudover forventes det også, at når en fast visitationspraksis etableres henover business case perioden, vil både borgere og sundhedsfagligt personale være mere trygge ved den digitalt understøttet træning.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IT-anvendelse i befolkningen 2015 – Danmarks Statistik

Gennemsnitlig varighed af forløb (uger)	11	10	11	26	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey der viser, at forløbene typisk varer omkring 11 uger for borgere med hjerte-kar sygdomme og diabetes og 10 uger for borgere med KOL.</p> <p>§86.2 forløbene er estimeret med udgangspunkt i de kommunale fokusgrupper, hvor sundhedsfagligt personale har gjort opmærksom på, at lange forløb for kronikere er ønskværdigt.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016 • Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Gennemsnitlig overleveringstid ml. borgere (uger)	2	2	2	2	<p>Vurdering baseret på MIG-projektets rapport om business case.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MIG-projektets rapport om business case
Indfasning - år 1	50 %	50 %			Værdien er fastsat som i foranalysen med udgangspunkt i den aftalte indfasningstakt i en række tidligere offentlige digitaliseringsprojekter, herunder obligatorisk digital selvbetjening og telesår.
Indfasning - år 2	75 %	75 %			(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 3	100 %	100 %			(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 4	100 %	100 %			(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 5	100 %	100 %			(se "Indfasning - år 1")
Holdtræning					
Gns. antal holdtræninger pr. forløb (AS-IS)	22	20	22	15	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey der viser, at holdtræningsforløbene for kronikergrupperne typisk har to holdtræningssessioner om ugen. Træning visteret gennem SEL §86.2 har typisk en træningssession om ugen i 15 uger.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal holdtræninger pr. forløb (TO-BE)	11	10	11	0	<p>Estimatet er baseret på kommunale fokusgrupper med sundhedsfagligt personale. Det dækker over et estimeret forløb hvor 50 pct. af holdtræningssessionerne substitueres over hele perioden.</p> <p>Træningen efter §86.2 antages fuldstændig substitueret til fordel for et</p>

					<p>længere forløb med digitalt understøttet egentræning i hjemmet.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Gns. antal deltagere pr. holdtræning pr. sundhedsfaglig medarbejder	5	5	5	5	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevalueringens kommunale survey, der viser, at der ved en holdtræning for både patientrettede forebyggelsesforløb og §86.2 forløb er fem borgere tilstede for hver sundhedsfaglige medarbejder.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal transporter for en holdtræning	2	2	2	2	<p>Antallet af transporter borger, der modtager offentlig støttet transport har behov for i forbindelse med en holdtræningstime</p>
Gns. udgifter pr. borgere pr. tur	175 kr.	175 kr.	175 kr.	175 kr.	<p>Estimatet baserer sig dels på foranalysens estimat på 166 kr., som havde samlet erfaringer fra projekterne omkring virtuel genoptræning og online velfærd. Derudover baserer den sig på erfaringer fra MIG-projektets 4 kommuner, hvor det vurderes at omkostningen er mellem 150-200 kr. Dette er i overensstemmelse med tidligere analyser af transport og befordringsområdet. Der er taget udgangspunkt i estimatet på 166 kr., som dernæst er fremskrevet til 2017 priser, ud fra KL's pris og lønskøn 2014-2019.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> MIG-projektets rapport om business case KL's pris- og lønskøn 2014-2019 "Business case for Virtuel Genoptræning" ved Spitze&CO (2013) Online velfærd - Evaluering af forsøgsprojekt (2012) "Kortlægning og analyse af befordringsordninger" ved Deloitte for Finansministeriet (2012)
Andel borgere, der får transport betalt	65 % WC: 60 % BC: 70 %	65 % WC: 60 % BC: 70 %	50 % WC: 45 % BC: 55 %	65 % WC: 60 % BC: 70 %	<p>Estimatet er hovedsagligt baseret på andelen af pensionister i målgrupperne, da disse som udgangspunkt kan få sin transport betalt til genoptræningscentrene. Tal fra Danmarks Statistik viser, at blandt diagnoserne for hjerte-kar sygdomme (akut hjerteinfarkt og andre iskæmiske sygdomme) samt for lungesygdomme er andelen af borgere over 65 år der indlægges ca. 60pct. Størstedelen af disse vil få betalt transport til træningscentret ligesom en mindre andel</p>

					<p>af de ikke-pensionerede vil. Estimatet er derfor lagt på 65 pct.</p> <p>For borgere med diabetes er andelen af borgere over 65 år, der indlægges ca. 35 pct. Andelen af transporter vil derfor være mindre end for de andre diagnoser. Det antages derfor at andelen af borgere med betalt transport er 50 pct.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Danmarks Statistik, Statistik INDP01 • "Kortlægning og analyse af befordringsordninger" ved Deloitte for Finansministeriet (2012)
Gns. antal minutter pr. medarbejder pr. holdtræning	80	80	80	80	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey, der viser, at én sundhedsfaglig medarbejder typisk bruger ca. 20 minutter på at forberede en holdtræning, mens hver holdtræning typisk varer en time.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Digital egentræning					
Gns. antal medarbejdertimer pr. digitalt egentræningsforløb. (TO-BE)	1 WC: 1,25 BC: 0,75	1 WC: 1,25 BC: 0,75	1 WC: 1,25 BC: 0,75	1 WC: 1,25 BC: 0,75	<p>Tallet dækker over en ekstraintroduktion til det digitale redskab til genoptræning. I MIG-projektet er afsat 45 minutter til denne introduktion. Derudover er der for alle forløbstyper afsat yderligere et kvarter til introduktion baseret på fokusgrupperne i kommunerne.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MIG-projektets rapport om business case • Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne

Inputvariable	Alment svækkede ældre			Kommentarer
	§86.1 + §140	§86.2 hold	§86.2 kombi	
Generelt				
Antal forløb i 2017	30.400 WC: 27.900 BC: 32.900	9.000 WC: 7.000 BC 11.000	9.000 WC: 7.000 BC 11.000	<p>Estimatet af antallet af alment svækkede ældre, der henvises til genoptræning gennem SUL §140 er baseret på kommunale udtræk, der viser, at i hvert fald 8 pct. af alle genoptræningsplaner visiteres til geriatriske diagnoser svarende til ca. 11.900 forløb</p> <p>Antallet af hhv. SEL §§ 86.1 og 86.2 forløbene er ikke registreret lige så systematisk som SUL §140 forløbene i kommunerne, hvorfor der ikke findes landsdækkende data for den samlede mængde forløb. Fordeling mellem de to typer og mængde varierer også fra kommune til kommune. En gennemgang af alle kommuners budgetter for 2016 viser, at 22 kommuner angiver hvor mange forløb de har haft på de pågældende paragraffer. Kommunerne dækker tilsammen 34 pct. af den samlede danske befolkning. En vægtet ekstrapolering på baggrund af disse tal viser, at der visiteres 26.400 forløb gennem SEL §86.1 og 25.000 forløb gennem SEL §86.2.</p> <p>Tal fra Danmarks Statistik (med en vis usikkerhed) viser at ca. 70 pct. af alle SEL §86.1 forløb visiteres til borgere over 65 år. Der regnes således med at 70 pct. af SEL §86.1 forløbene er alment svækkede ældre (ca. 18.500 forløb).</p> <p>Samtlige forløb under SEL §86.2 visiteres til alment svækkede ældre eller kronisk syge borgere. Det estimeres at ca. 7.000 §86.2 forløb visiteres til kronikere, hvorfor 18.000 forløb visiteres til alment svækkede ældre. Den kommunale survey foretaget i forbindelse med denne effektevaluering viser samtidig, at halvdelen af forløbene er kombinerede forløb mellem holdtræning og individuel træning, mens den resterende halvdel er forløb udelukkende bestående af holdtræningssessioner.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udtræk fra 3 kommuner (København, Solrød, Haderslev) • Kommunal survey foretaget af PA og CED • Danmarks Statistik, statistik AED08 • Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne

Vækst i antallet af forløb pr. år	0,0 %	0,0 %	0,0 %	<p>Vurderingen er baseret på, at det i mange kommuner af kommunal bestyrelsen fastsættes, hvor mange der hvert år kan modtage vedligeholdende træning efter §86.2, samt træning efter § 86.1. En evt. stigning i antallet af forløb kan derfor ikke estimeres ud fra den generelle udvikling blandt alment svækkede ældre.</p> <p>Forløb visiteret efter SUL §140 visiteres efter behov, hvor der kan forventes en stigning i antallet af forløb, da der har været en generel stigning i antallet af genoptræningsplaner efter SUL §140. Denne del udgør dog kun ca. en tredjedel af den samlede genoptræning for alment svækkede ældre, hvor visitering efter SEL §86.1 udgør den resterende andel. Beslutninger vedrørende SEL §86.1 påvirker derfor antallet af forløb mere end udviklingen i SUL §140, hvorfor der ud fra et konservativt estimat ikke er lagt nogen vækst ind i antallet af forløb fra 2017 og frem.</p>
Pct. forløb egnet til digital genoptræning i business casens startår	15 % WC: 10 % BC: 20 %	15 % WC: 10 % BC: 20 %	15 % WC: 10 % BC: 20 %	<p>Estimatet er baseret på fokusgrupper med det sundhedsfaglige personale i kommunerne, der vurderer at den generelle egnethed er mellem 10 og 20 pct. På den baggrund er det fastsat til 15 pct. Dog vurderer personalet også, at flere i de kommende få år vil være i stand til at lave digitalt understøttet egentræning.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Vækst i andelen af forløb, der er egnet til digital genoptræning pr. år (procentpoint)	1,5 procent-point WC: 0,5 procent-point BC: 2,5 procent-point	1,5 procent-point WC: 0,5 procent-point BC: 2,5 procent-point	1,5 procent-point WC: 0,5 procent-point BC: 2,5 procent-point	<p>Estimatet baserer sig på en generel betragtning om særligt den ældre befolknings digitale modenhed, som fortsat er stigende. Derudover forventes det også, at når en fast visitationspraksis etableres henover business case perioden, vil både borgere og sundhedsfagligt personale være mere trygge ved den digitalt understøttet træning.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> IT-anvendelse i befolkningen 2015 – Danmarks Statistik
Gennemsnitlig varighed af forløb (uger)	15	16	13	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey der viser, at forløbene typisk varer omkring 12- 16 uger for alment svækkede ældre. Estimatet for de kombinerede forløb er estimeret ud fra, at der er to ugentlige træningssessioner, der variere mellem at være udelukkende holdtræning eller en</p>

				blanding af holdtræning og individuel træning Kilder: <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gennemsnitlig overleveringstid ml. borgere (uger)	2	2	2	Vurdering baseret på MIG-projektets rapport om business case. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> MIG-projektets rapport om business case
Indfasning - år 1	50 %	50 %		Værdien er fastsat som i foranalysen med udgangspunkt i den aftalte indfasningstakt i en række tidligere offentlige digitaliseringsprojekter, herunder obligatorisk digital selvbetjening og telesår.
Indfasning - år 2	75 %	75 %		(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 3	100 %	100 %		(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 4	100 %	100 %		(se "Indfasning - år 1")
Indfasning - år 5	100 %	100 %		(se "Indfasning - år 1")
Holdtræning				
Gns. antal holdtræninger pr. forløb (AS-IS)	20	16	18	Estimatet baserer sig på denne effektevalueringens kommunale survey der viser, at holdtræningsforløbene for genoptræning under SEL §86.1 og SUL §140 typisk har holdtræning 2 gange om ugen i 10 uger. For SEL § 86.2 gælder det, at de rene holdtræningsforløb har en ugentlig holdtræning, mens kombinationsforløbene i gennemsnit for alle kommuner har 1,5 holdtræning i en periode på 12 uger. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal holdtræninger pr. forløb (TO-BE)	15	10	13	Estimatet er baseret på kommunale fokusgrupper med sundhedsfagligt personale. Det dækker over et estimeret forløb med en gradvis indfasning af digitalt understøttet egentræning i hjemmet i stedet for individuel træning og holdtræning i de forskellige forløb. For alle forløb gælder det, at den første tredjedel af forløbet er som det er i dag, mens de sidste to tredjedel har en 50 pct. substitution af de nuværende træningssessioner fordelt på både individuel træning og holdtræning. Kilder:

				<ul style="list-style-type: none"> Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Gns. antal deltagere pr. holdtræning pr. sundhedsfaglig medarbejder	4	5	5	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey, der viser, at der ved en holdtræning typisk vil være otte borgere tilstede superviseret af to sundhedsfaglige medarbejdere til almindelig genoptræning, mens der til den vedligeholdende træning typisk er en borger mere pr. medarbejder.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal transporter for en holdtræning	2	2	2	<p>Antallet af transporter borger, der modtager offentlig støttet transport har behov for i forbindelse med en holdtræningstime</p>
Gns. udgifter pr. borgere pr. tur	175 kr.	175 kr.	175 kr.	<p>Estimatet baserer sig dels på foranalysens estimat på 166 kr., som havde samlet erfaringer fra projekterne omkring virtuel genoptræning og online velfærd. Derudover baserer den sig på erfaringer fra MIG-projektets 4 kommuner, hvor det vurderes at omkostningen er mellem 150-200 kr. Dette er i overensstemmelse med tidligere analyser af transport og befordringsområdet. Der er taget udgangspunkt i estimatet på 166 kr., som dernæst er fremskrevet til 2017 priser, ud fra KL's pris og lønskøn 2014-2019.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> MIG-projektets rapport om business case KL's pris- og lønskøn 2014-2019 "Business case for Virtuel Genoptræning" ved Spitze&CO (2013) Online velfærd - Evaluering af forsøgsprojekt (2012) "Kortlægning og analyse af befordringsordninger" ved Deloitte for Finansministeriet (2012)
Andel borgere, der får transport betalt	80 % WC: 75 % BC: 85 %	80 % WC: 75 % BC: 85 %	80 % WC: 75 % BC: 85 %	<p>Andelen af alment svækkede ældre, der skal have betalt transport vurderes høj, da gruppen udgøres af borgere i pensionsalderen, der som udgangspunkt altid kan få deres transport betalt såfremt de ønsker det.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Kortlægning og analyse af befordringsordninger" ved Deloitte for Finansministeriet (2012)
Gns. antal minutter pr. medarbejder	80	80	80	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey, der viser, at én sundhedsfaglig medarbejder</p>

pr. holdtræning				<p>typisk bruger ca. 30 minutter på at forberede en holdtræning, mens hver holdtræning typisk varer en time.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Individuel Træning				
Gns. antal individuel træning pr. forløb (AS-IS)	10	-	8	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey der viser, at der er ca. 2 individuelle træning om ugen i 5 uger i et almindeligt genoptræningsforløb, der kombinerer individuel træning og holdtræning. Den viser samtidig at ældre der modtager vedligeholdende træning efter SEL §86.2 har en ugentlig individuel træning i otte uger.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Gns. antal individuel træning pr. forløb (TO-BE)	5	-	4	<p>Estimatet er baseret på kommunale fokusgrupper med sundhedsfagligt personale. Det dækker over et estimeret forløb med en gradvis indfasning af digitalt understøttet egentræning i hjemmet i stedet for individuel træning og holdtræning i de forskellige forløb. For alle forløb gælder det, at den første tredjedel af forløbet er som det er i dag, mens de sidste to tredjedel har en 50 pct. substitution af de nuværende træningssessioner fordelt på både individuel træning og holdtræning.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
Gns. antal medarbejder-timer pr. individuel træning	1	-	1	<p>Estimatet baserer sig på denne effektevaluerings kommunale survey, der viser, at én sundhedsfaglig medarbejder typisk bruger ca. 15 minutter på at forberede en individuel træning, mens hver træningssession typisk varer 45 minutter. Dette gælder</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Survey til landets kommuner foretaget januar-februar 2016
Digital egentræning				
Gns. antal medarbejdertimer pr. digitalt egentræningsforløb (TO-BE)	1 WC: 1,25 BC: 0,75	1 WC: 1,25 BC: 0,75	1 WC: 1,25 BC: 0,75	<p>Tallet dækker over en ekstraintroduktion til det digitale redskab til genoptræning. I MIG-projektet er afsat 45 minutter til denne introduktion. Derudover er der for begge forløbstyper afsat yderligere et kvarter til introduktion baseret på fokusgrupperne i kommunerne.</p> <p>Kilder:</p>

- MIG-projektets rapport om business case
 - Fokusgrupper med sundhedsfagligt personale i kommunerne
-

1.5.2 Organisering

Nedenstående tabel giver et overblik over de organisatoriske variable i business casen. Disse går på tværs af forløb og målgrupper i business casen

Parametrene bruges hovedsagligt til at udregne de ekstra omkostninger, der er ved national udbredelse af digitalt understøttet egen træning for målgrupperne i business casens scope.

Tabel 2 Inputvariable vedr. organisering og implementering - på tværs af målgrupper og forløb

Inputvariable	Værdi	Kilde og beskrivelse
Antal medarbejdere involveret i udviklingsfasen pr. kommune	30	Estimatet er baseret på data fra Det Fælles Kommunale Løndatakontor vedr. antallet af ergo- og fysioterapeuter beskæftiget med kommunal træning på landsplan samt data fra flere deltagende kommuner. Tallet er ca. 3.000 på tværs af alle kommuner, dvs. ca. 30 pr. kommune. Det antages at alle er involveret i digitalt understøttet træning Kilder: <ul style="list-style-type: none"> • Det Fælleskommunale Løndatakontor (Sirka)
Projektledelse (år 1) timer/uge/ medarbejder	0,4	Estimatet er baseret workshops afholdt i forbindelse med foranalysen, erfaringer fra MIG-projektet samt fokusgrupper i kommunerne i forbindelse med denne effektevaluering
Uddannelse af medarbejdere – timer pr. medarbejder (år 1)	7	Estimatet er baseret dels på erfaringer fra MIG-projektet, hvor det estimeres, at hver involveret medarbejder har behov for 5-9 timers uddannelse i brugen af den digitale løsning, og dels på leverandør interviews og fokusgrupper i kommunerne, hvor enkelte løsninger kan kræve certificeringer. Det forventes dog ikke at samtlige medarbejdere modtager træning i alle teknologier. Udgifterne til uddannelse udgøres alene af frikøb af medarbejdernes tid, da udgifterne til selve afholdelsen af workshops er indeholdt i leverandør aftalen. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> • MIG-projektets rapport om business case • Leverandør interviews • Fokusgrupper i kommunen
Teknisk support til opstart (år 1) - timer/år	0	Den tekniske support til opstart er estimeret til 0 timer, da leverandøren i den indregnede prismodel har ansvaret for teknisk opsætning. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> • Leverandør interviews
Udgifter til centraliseret indkøbsudbud (kr.)	3 mio. kr.	Der er afsat midler til indgåelse af en fælles rammeaftale med henblik på opnåelse af rabat som følge af storkøb.
Indtastning af borgeroplysninger i nyt system - timer/forløb	0,15	Estimatet er baseret på workshops med fagprofessionelle fra foranalysen, samt fokusgrupper i forbindelse med denne effektevaluering. Variablen dækker over den manuelle indtastning fra den tekniske løsning til kommunens EOJ-system. En fuldstændig integration kan overflødig gøre behovet for dette.
Teknisk support (drift) - timer pr. forløb	0,25	Variablen dækker tidsforbrug til håndtering af borgerhenvendelser ifm. anvendelse af den digitale træningsløsning. Estimatet er baseret på fokusgrupper i kommunerne, foranalyse, samt leverandør interviews.

1.5.3 Lønninger og arbejdstid

Nedenstående tabel indeholder inputvariable relateret til lønninger og arbejdstid.

Lønningerne er fastlagt via udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (Sirka).

Tabel 3 Inputvariable vedrørende lønninger og arbejdstid

Inputvariabel	Værdi	Kilde/beskrivelse
Årsløn - projektleder	574.988kr.	<p>Estimatet er baseret på løn for ledende fysio- og ergoterapeuter i kommuner, der arbejder på genoptræningsområdet. Udtrækket er fra bruttoløn for 2014 (546.363) og dernæst fremskrevet efter KL's pris- og lønskøn 2014-2019</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Det Fælleskommunale Løndatakontor (Sirka)• KL's pris- og lønskøn 2014-2019
Årsløn - IT-support	377.483 kr.	<p>Estimatet er baseret på løn for IT-medarbejder i kommuner. Udtrækket er fra bruttoløn for 2014 (359.932) og dernæst fremskrevet efter KL's pris- og lønskøn 2014-2019</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Det Fælleskommunale Løndatakontor (Sirka)• KL's pris- og lønskøn 2014-2019
Årsløn – sundhedsfaglig medarbejder	429.176 kr.	<p>Estimatet er baseret på løn for ergo- og fysioterapeuter, der arbejder med træning og patientrettet forebyggelse i kommuner. Udtrækket er fra bruttoløn for 2014 (409.221 kr.) og dernæst fremskrevet efter KL's pris- og lønskøn 2014-2019</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Det Fælleskommunale Løndatakontor (Sirka)• KL's pris- og lønskøn 2014-2019
Overhead på lønomkostninger	25 %	<p>Overheadestimatet er baseret på tidligere rapporter, samt fire kommunale analyser og business cases. Overhead fra de kommunale business cases ligger i et spænd mellem 20 og 42 pct. af lønnen inklusive pension. Estimatet er derfor lagt på 25 pct. af lønnen. Dette inkluderer f.eks. it, ledelse, lokaler, transport og administration.</p> <p>Kilder:</p> <ul style="list-style-type: none">• "Estimering af gevinster og omkostninger ved implementering af Fælles Sprog III", KL, december 2015• "Business Case for projekt MEDCOM standarder", KL, juni 2012• "Gevinstrealisering på KY og KSD – Forberedelser Q2/2014", KL, 2. kvartal 2014• Notat: "Status for økonomien vedr. Udbetaling Danmark september 2011", KL, september 2011• Omkostningseffektive afdelinger. Analyse af øjenområdet, PWC 2011PASS-patientforløb i speciallægepraksis og på sygehus, KORA, november 2012• Den "forbandede" overhead; hvem skal egentligt betale for forskningen? Olaf Svenningsen, Syddansk Universitet, marts 2010

Effektive arbejdstimer pr. år	1.450	Årsværknorm på 1924 timer med justering for ferier, helligdage mv. Kilder: <ul style="list-style-type: none">• Analyse af øget brug af videotolkning og videomøder, Rambøll Management Consulting/Implement Consulting Group (2014)
-------------------------------	-------	--

1.5.4 Priser på udstyr

Nedenstående tabel giver et overblik over udgifterne til teknisk udstyr i business casen.

Priserne går på tværs af målgrupperne. Omkostninger, der påvirkes specifikt til et enkelt forløb, er indregnet i business casen for de enkelte forløb. Omkostninger, der er generelle og påvirkes til mere generel implementering er indeholdt i business casens faste omkostninger og indgår derfor i de samlede beregninger.

Der regnes med udgangspunkt i den prismodel, som markedsafdækningen har vist anvendes for løsningerne i scope. Prismodellen indeholder fire overordnede udgiftsposter, som kommunen skal betale til leverandøren.

a) En grundpris for opstart, oplæring og implementering, som er et engangsbeløb, der betales fra kommune til leverandør for at anvende den tekniske løsning. Denne er uafhængig af antallet af enheder.

b) En månedlig licensomkostning for en enhed, der dækker over drift og vedligehold af enheder. Det er således leverandørens og ikke kommunens ansvar at yde teknisk support og stå for vedligehold er både fysiske enheder og software.

c) En månedlig licensomkostninger for software, som knytter sig til hvor mange bruger kommunen har af løsningen blandt sine ansatte. Denne omkostning regnes der kun med i de mobile-app løsninger.

d) En engangsudgift for opsætning af en enkelt enhed.

Prismodellen mindsker usikkerheden i udgifterne i forhold til hvis kommunen selv havde ansvaret for at drifte de tekniske enheder, da eventuelle fejl og mangler overordnet påhviler leverandøren at udrede.

Tabel 4 Inputvariable vedrørende priser på udstyr

Inputvariabel	Værdi		Kilde/beskrivelse
	Mobilbaseret app-løsning	Kinect baseret løsning	
Opstartspris pr. enhed (hardware)	660 kr.	890 kr.	Opstartsprisen dækker over et engangsbeløb, der betales til leverandøren for hver enhed, der tages i brug. Opstartsprisen betales ikke for hver gang en enhed udskiftes, da dette dækkes under driftsomkostningerne. Prisen er fremskrevet til 2017 priser. For den mobilbaserede app-løsning dækker prisen opstartsomkostninger til leasing af tablet eller mobiltelefon, mens det for den kinectbaserede løsning omfatter kinect og pc (microcomputer) Kilder: <ul style="list-style-type: none">• MIG-projektets leverandøraftale• Leverandørinterviews• KL's pris- og lønskøn 2014-2019
Opstart/opsætning pr. organisation	25.000kr.	25.000 kr.	Variablen dækker over en engangsudgift pr. kommune til opstart og opsætning. I prisen er indeholdt opsætning og klargøring af fysiske enheder, teknisk opsætning til leverandørens back-end, oprettelse af superbrugere, oplæring af personale samt opfølgende møde. Personalets tid til oplæring er ikke indregnet i prisen (dækket af særskilt inputvariabel vedr. uddannelse af medarbejdere, jf. ovenfor). Prisen er fremskrevet til 2017 priser.

Kilder:

- MIG-projektets leverandøraftale
- Leverandørinterviews
- KL's pris- og lønskøn 2014-2019

Faste årlige driftsomkostning er pr. kommune	0 kr.	0 kr.	Driftsomkostningerne pr kommune dækker over løsninger, hvor licensen betales efter hvor mange sundhedsfaglige brugere, der er i hver kommune. Den anvendte prismodel for begge løsninger i denne business case, har dog knyttet licensen til den enkelte bruger, om end der er løsninger på markedet for de app-/portalbaserede løsninger, hvor licensen knytter sig til den sundhedsfaglige bruger. Værdien er derfor sat til 0 kr. og er dækket af driftsomkostningerne pr. enhed. Kilder: <ul style="list-style-type: none">• Markedsanalyse• Leverandørinterviews
Driftsomkostninger pr. enhed	4.200 kr. WC: 4.500 BC: 3.900	12.000 kr. WC: 13.500 BC: 10.500	Variablen dækker over den årlige udgift pr. enhed kommunen betaler til leverandøren for at drifte den tekniske løsning. Driftsomkostningerne dækker telefonisk og on-site support, udskiftning af defekte enheder (uden beregning), datatrafik, serverudgifter, udskiftning af enkelte komponenter samt opdatering af software. For den app-/portalbaserede løsning er udstyret en tablet eller en mobiltelefon, mens det for den fast sensorbaserede løsning er en kinect og en PC (microcomputer). Derudover dækker estimatet licensomkostningen for de enkelte løsninger, samt mdm-licenser. Prisen for den app-/portalbaserede løsning er et skøn baseret på en kombination af hovedsagligt to løsninger, med hver deres prismodel. Der kan således være optimeringspotentialer på prisen afhængigt af, hvilken prismodel, der vælges. Prisen er fremskrevet til 2017 priser. Kilder: <ul style="list-style-type: none">• MIG-projektets leverandøraftale• Leverandørinterviews• KL's pris- og lønskøn 2014-2019
Udgifter til opsætning/nedtagning pr. forløb	0 kr.	0 kr.	Der er ingen omkostninger til opsætning og nedtagning, da borgerne selv kan tage den tekniske løsning med hjem efter første introduktionsgang.
Udgifter til vedligeholdelse pr. enhed (pr. år)	0 kr.	0 kr.	Vedligeholdelsesomkostninger er inkluderet i udgifterne til leverandøren til at drifte løsningen.
Besparelser på opstartspris pr. enhed ved stordriftsindkøb	0 %	0 %	Der er ikke regnet med rabat på opstartsprisen som følge af koordineret indkøb via fælles rammeaftale.
Besparelser på opstart/opsætning ved stordriftsindkøb	0 %	0 %	Der er ikke regnet med rabat på opstartsprisen som følge af koordineret indkøb via fælles rammeaftale.
Besparelser på faste årlige driftsomk. pr. kommune ved stordriftsindkøb	0 %	0 %	Parameteret er ikke relevant som følge af den prismodel, der arbejdes med i business casen, hvor leverandøren løbende står for udskiftning og vedligehold af udstyr.

Besparelser på driftsomk. pr. enhed ved stordriftsindkøb	20 %	20 %	Der regnes med en besparelse på 20 pct. på driftsomkostningerne pr. enhed som følge af koordineret indkøb via fælles rammeaftale. Estimatet er konservativt og beregnet efter de rabatter, der på nuværende tidspunkt gives i mindre skala end ved en fuld landsdækkende udrulning. Kilder: <ul style="list-style-type: none"> Leverandørinterviews
Besparelser på ops./nedt. ved stordriftsindkøb	0 %	0 %	Parameteret er ikke relevant som følge af den prismodel, der arbejdes med i business casen, hvor leverandøren løbende står for udskiftning og vedligehold af udstyr.
Besparelser på vedligeholdelses udgifter ved stordriftsindkøb	0 %	0 %	Parameteret er ikke relevant som følge af den prismodel, der arbejdes med i business casen, hvor leverandøren løbende står for udskiftning og vedligehold af udstyr.
Varighed pr. enhed (år)	-	-	Parameteret er ikke relevant som følge af den prismodel, der arbejdes med i business casen, hvor leverandøren løbende står for udskiftning og vedligehold af udstyr.

1.5.5 Generelle variable

Nedenstående tabel giver et overblik over business casens generelle variable.

Tabel 5 Inputvariable vedrørende generelle variable

Inputvariabel	Værdi	Kilde/beskrivelse
Antal kommuner	98	
Antal uger pr. år	52 uger	
Startår for business case	2017	Da 2017 er startåret er alle priser og andre dynamiske numeriske værdier fremskrevet til dette år.



CONSULTING
TECHNOLOGY
INNOVATION

We are an employee-owned firm of over 2,500 people, operating globally from offices across North America, Europe, the Nordics, the Gulf and Asia Pacific.

We are experts in energy, financial services, life sciences and healthcare, manufacturing, government and public services, defence and security, telecommunications, transport and logistics.

Our deep industry knowledge together with skills in management consulting, technology and innovation allows us to challenge conventional thinking and deliver exceptional results with lasting impact.

Corporate headquarters

123 Buckingham Palace Road
London SW1W 9SR
United Kingdom

Tel: +44 20 7730 9000

paconsulting.com

This document has been prepared by PA on the basis of information supplied by the client and that which is available in the public domain. No representation or warranty is given as to the achievement or reasonableness of future projections or the assumptions underlying them, management targets, valuation, opinions, prospects or returns, if any. Except where otherwise indicated, the document speaks as at the date hereof.

**© PA Knowledge Limited 2014.
All rights reserved.**

This document is confidential to the organisation named herein and may not be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise without the written permission of PA Consulting Group. In the event that you receive this document in error, you should return it to PA Consulting Group, 123 Buckingham Palace Road, London SW1W 9SR. PA accepts no liability whatsoever should an unauthorised recipient of this document act on its contents.