



EFFEKTEVALUERING AF DIGITALT UNDERSTØTTET GENOPTRÆNING

Spor 2: Øvrige målgrupper

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

HOVEDKONKLUSIONER

PA Consulting Group vurderer, at der ved national udbredelse af digitalt understøttet genoptræning til borgere med apopleksi eller kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-/karsygdomme og KOL) samt alment svækkede ældre er et akkumuleret nettopotentiale på 190 mio. kr. over en periode på fem år. Det årlige nettopotentiale ved fuld indfasning af business casen er 63 mio. kr. på landsplan. Den opstillede business case omfatter effektevalueringens spor 2 og baserer sig på en bred vifte af kommunale projekter og kliniske studier, der på tværs af de undersøgte målgrupper viser en varierende grad af dokumenteret træningsmæssig effekt. Der vurderes ikke at være afgørende teknologiske eller organisatoriske barrierer for at igangsætte en national udbredelse af digitalt understøttet genoptræning til de ovennævnte målgrupper.

Opdrag og sigte

Regeringen og KL har som led i den fællesoffentlige Strategi for Digital Velfærd 2013-2020 igangsat et initiativ vedrørende digitalt understøttet genoptræning – strategiens initiativ 3.2.

Der er i perioden 2013-2014 gennemført en foranalyse af eksisterende kommunale erfaringer med digitalt understøttet genoptræning, som blandt andet viste et behov for yderligere dokumentation af anvendelsen af digitalt understøttet genoptræning, herunder mere systematisk dokumentation af effekterne.

Formålet med effektevalueringen af digitalt understøttet genoptræning er at tilvejebringe det nødvendige besluthedsgrundlag for, at der ved ØA17 kan indgås aftale om eventuel national udbredelse af digitalt understøttet genoptræning frem mod 2020, hvor dette er relevant, og at der med ØA17 opstilles konkrete mål for udbredelse.

PA Consulting Group har udarbejdet effektevalueringen, som har været forankret i en Styregruppe for digitalt understøttet genoptræning, der har haft det faglige ansvar for projektet. Styregruppen har bestået af KL, Sundheds- og Ældreministeriet og Digitaliseringsstyrelsen (formand). Desuden afreporteres effektevalueringens resultater til Styregruppen for strategi for digital velfærd.

Effektevalueringen har været tilrettelagt i tre parallelle spor:

Spor 1, der har haft fokus på borgere med nyt knæ eller ny hofte (knæ- og hoftealloplastik), der modtager kommunal genoptræning efter Sundhedslovens §140.

Spor 2, der har haft fokus på øvrige egnede målgrupper – borgere med apopleksi og kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-/karsygdomme og KOL) samt alment svækkede ældre (geriatri) – der modtager genoptræning eller vedligeholdende træning efter Sundhedslovens §119, Sundhedslovens §140 samt Servicelovens §86.1, §86.2 og §83a.

En afdækning af tekniske aspekter samt en markedsanalyse.

Analysens konklusioner og hovedresultater

Analysens hovedkonklusioner er:

1. Effektevalueringen fokuserer på en lille del af den samlede kommunale træning- og rehabiliteringsindsats
2. Omfanget af dokumenteret træningsmæssig effekt og kommunale erfaringer med digitalt understøttet træning varierer på tværs af de undersøgte målgrupper
3. Den opstillede business case er positiv med 190 mio. kr. over fem år
4. Borgerne tager godt imod digitalt understøttet træning - særligt i kombination med træning ved fysisk fremmøde
5. Digitalt understøttet træning ændrer arbejdsopgaverne og giver nye muligheder i træningen af borgerne.

1. Effektevalueringen fokuserer på en lille del af den samlede kommunale trænings- og rehabiliteringsindsats

Effektevalueringen viser, at der er forskelligartede behov, evner og motivationsfaktorer blandt borgerne, og at det kræver forskellige indsatser at imødekomme disse. Digitalt understøttet træning som beskrevet i nærværende effektevaluering er ikke et tilbud, der vil passe til alle borgere, som tilbydes træning og rehabilitering i kommunalt regi. Evalueringen viser dog samtidig, at digitalt understøttet træning med stor sandsynlighed kan være et relevant tilbud i langt flere trænings- og rehabiliteringsforløb end de, der er medtaget i nærværende effektevaluering.

Effektevalueringens spor 1 omfatter således alene et udsnit af borgere med nyt knæ eller ny hofte, der vurderes at være egnede til at modtage digitalt understøttet genoptræning efter sundhedslovens §140. Dette udsnit udgør 3-4 pct. af det samlede antal årlige træningsforløb i kommunerne.

Tilsvarende omfatter effektevalueringens spor 2 et udsnit af borgere med apopleksi, diabetes, hjerte-/karsygdomme og KOL samt alment svækkede ældre, der vurderes at være egnede til at modtage digitalt understøttet træning efter sundhedslovens §119 eller §140 samt efter servicelovens §86.1 og §86.2. Dette udsnit udgør 7-8 pct. af det samlede antal årlige træningsforløb i kommunerne.

Effektevalueringen og de opstillede business cases for spor 1 og 2 omfatter således samlet set 10-12 pct. af de træningsforløb, der hvert år gennemføres i kommunalt regi. Ud fra en betragtning om at sikre tilstrækkelig volumen i en fremadrettet implementering er det nødvendigt at se effektevalueringens to spor i sammenhæng.

Samtidig indikerer effektevalueringen, at digitalt understøttet træning kan finde anvendelse i flere træningsforløb – både inden for de undersøgte målgrupper og i relation til borgere med andre træningsbehov – i takt med at kommunerne opnår yderligere erfaringer på området. En skærpet forståelse af hvilke borgere, der er egnede til digitalt understøttet træning, vil være et centralt element i denne erfaringsdannelse.

2. Omfanget af dokumenteret træningsmæssig effekt og kommunale erfaringer med digitalt understøttet træning varierer på tværs af de undersøgte målgrupper

De identificerede kliniske studier og danske erfaringer viser, at graden af dokumenteret effekt varierer på tværs af målgrupperne – både på grund af målgruppespecifikke årsager, og fordi der er anvendt forskellige digitale træningsløsninger og afprøvet forskellige typer af træningsforløb, hvilket har betydning for overførbareheden af de opnåede resultater til en dansk, kommunal kontekst (se nedenstående tabel 1 for et samlet overblik).

Tabel 1 Oversigt over klinisk effekt

Type	Grad af dokumenteret effekt*	Kommunalt erfaringsgrundlag*
Apopleksi kombiforløb	++	+
Apopleksi individuelle forløb	++	+
Geriatri §§86.1 og 140 kombiforløb	++	+++
Geriatri §86.2 hold	++	+++
Geriatri §86.2 kombiforløb	++	+++
Hjerte-kar hold	++	+
KOL hold	+++	+++
Diabetes hold	+++	++
Kronikere §86.2 hold	++	+

* + angiver den laveste grad af dokumentation og/eller erfaringer, mens +++ angiver den højeste.

En gennemgående pointe er, at den egenoplevede effekt og brugertilfredshed med digitalt understøttet genoptræning er høj. De internationale studier på området konkluderer således i flere tilfælde, at genoptræningen opleves som sjovere og mere motiverende end traditionelle genoptræningsforløb.

3. Den opstillede business case er positiv med 190 mio. kr. over fem år

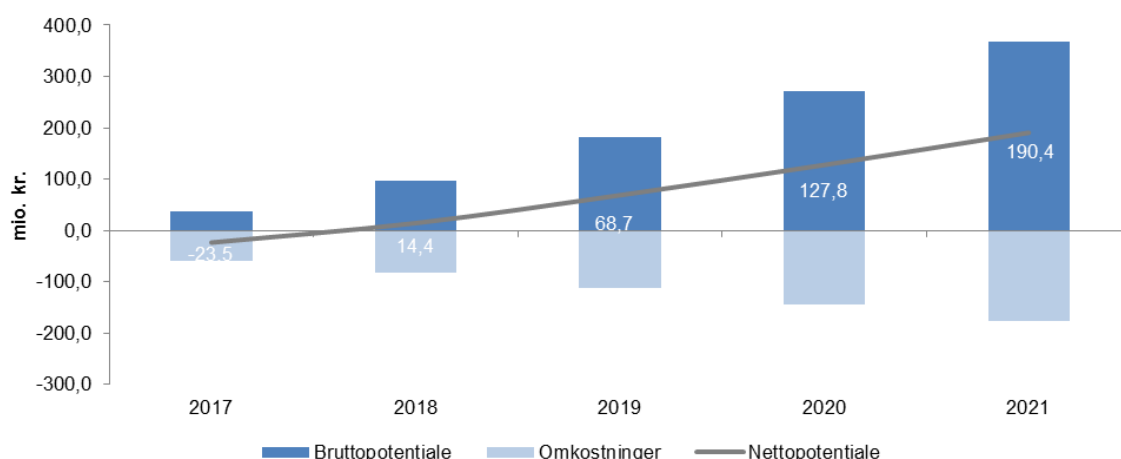
Den opstillede business case for national udbredelse af digitalt understøttet genoptræning til de udvalgte målgrupper i effektevalueringens spor 2 er samlet set positiv med et akkumuleret nettopotentiale over business casens femårige løbetid på 190 mio. kr. på landsplan. Det årlige nettopotentiale ved fuld indfasning af business casen er 63 mio. kr. på landsplan.

Business casens nettopotentiale kan som følge af usikkerhed vise sig både større og mindre end det estimerede, hvilket er udtrykt ved en worst case og en best case. På landsplan er worst case 152 mio. kr. og best case 230 mio. kr. for business casens samlede femårige nettopotentiale. De største usikkerheder knytter sig til estimatet af antallet af forløb, særligt for Servicelovens §86, samt andelen af egnede borgere i hver af målgrupperne. Der er ligeledes knyttet en vis usikkerhed til andelen af egnede borgere, der modtager transport.

Business casens akkumulerede bruttopotentiale over fem år er på 368 mio. kr. og består af to hovedkomponenter – færre udgifter til sundhedsfagligt personale som følge af en omlægning af træningsforløbene med en større andel af digitalt understøttet egentræning samt færre omkostninger til betalt transport af borgere til og fra træning.

De samlede omkostninger over fem år er på 178 mio. kr. og omfatter dels implementeringsomkostninger, herunder projektledelse og initial opstart og opsætning af teknisk udstyr i kommunerne samt frikøb af medarbejdere i forbindelse med oplæring, dels løbende driftsomkostninger i relation til såvel teknisk udstyr som medarbejdernes tidsforbrug i forbindelse med digitalt understøttet genoptræning.

Figur 1: Business casens hovedeffekter (mio. kr.)



Nedenstående tabel viser business casens akkumulerede femårige nettopotentiale samt usikkerhedsspænd fordelt på målgrupper og forløbstyper. Som det fremgår af tabellen udgør genoptræningsforløb til alment svækkede ældre efter Sundhedslovens §140 og Servicelovens §86.1 den største enkeltstående målgruppe opgjort på nettopotentiale, mens den holdbaserede vedligeholdende træning efter Servicelovens §86.2 er den mindste. De øvrige forløbstyper og målgrupper er potentialemæssigt nogenlunde lige store. Tabellen viser endvidere, at forskellen i medarbejdertid pr. borgerforløb i en driftssituation varierer på tværs af målgrupper og forløbstyper for såvel det traditionelle træningsforløb ved fremmøde (as-is) og det digitalt understøttede træningsforløb (to-be)¹.

Tabel 2 Oversigt over nettopotentiale og usikkerhed og klinisk effekt

Type	Nettopotentiale	Usikkerhedsspænd til BC og WC	Medarbejdertid pr. borgerforløb (as-is)	Medarbejdertid pr. borgerforløb (to-be)
Apopleksi kombiforløb	26,6 mio. kr.	+/- 6,7 mio. kr.	67t. 0 m.	53t. 20 m.
Apopleksi individuelle forløb	22,0 mio. kr.	+/- 5,3 mio. kr.	56t. 45 m.	38t. 45 m.
Geriatrici §§86.1 og 140 kombiforløb	85,6 mio. kr.	+/- 27,2 mio. kr.	17t. 25 m.	11t. 45 m.
Geriatrici §86.2 hold	3,7 mio. kr.	+/- 1,9 mio. kr.	5t. 1 m.	4t. 25 m.
Geriatrici §86.2 kombiforløb	20,8 mio. kr.	+/- 8,0 mio. kr.	13t. 33 m.	9t. 13 m.
Hjerte-kar hold	23,6 mio. kr.	+/- 4,7 mio. kr.	6t. 37 m.	4t. 41 m.
KOL hold	16,5 mio. kr.	+/- 3,2 mio. kr.	6t. 5 m.	4t. 25 m.
Diabetes hold	12,8 mio. kr.	+/- 2,7 mio. kr.	6t. 37 m.	4t. 41 m.
Kronikere §86.2 hold	24,6 mio. kr.	+/- 6,3 mio. kr.	4t. 45 m.	1t. 45 m.
Faste omkostninger	-45,8 mio. kr.	-	-	-
Nettopotentiale, i alt	190,4 mio. kr.	-	-	-

¹ Medarbejdertid pr. borgerforløb er opgjort inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet.; tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet. Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdertid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

4. Borgerne tager godt imod digitalt understøttet træning – særligt i kombination med træning ved fysisk fremmøde

Overordnet set tager de interviewede borgere godt imod de digitale træningsløsninger, men lægger også stor vægt på betydningen af at kunne møde frem til holdtræning. Den positive modtagelse af den digitalt understøttede træning begrundes blandt andet med, at de fleste borgere i forvejen er vant til at have ansvar i det daglige, og at andet ville være underligt i forhold til egen krop. Frihed til at træne på steder og tidspunkter, som passer den enkelte borger bedst fremhæves også.

Endvidere synliggør borgerinterviewene vigtigheden af, at det sundhedsfaglige personale bruger de indsamlede data om borgernes træning aktivt i dialogen med borgerne om justering af konkrete øvelser og den fremadrettede indsats. Hvis anvendelsen af de borgerrapporterede data er usynlig eller uklar for borgerne, virker det for langt de fleste demotiverende i forhold til såvel brug af den digitale træningsløsning som det samlede træningsforløb.

Endelig oplever borgerne generelt de digitale træningsløsninger som lette at bruge. Hovedparten af borgerne er teknologivante – nogle dog mere end andre – og der er borgere, som har oplevet problemer med de digitale træningsløsninger.

5. Digitalt understøttet træning ændrer arbejdsopgaverne og giver nye muligheder i træningen af borgerne

Det er gennemgående, at medarbejderne ofte kombinerer digitalt understøttet egentræning med træning ved fysisk fremmøde i de konkrete forløbssammensætninger, og at de tager udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte borger – og ikke altid med afsæt i diagnose eller træningsbehov – når de beslutter, om borgeren er egnet til at modtage digitalt understøttet genoptræning. Mange af de interviewede medarbejdere ser et potentiale for øget dokumentation og bedre understøttelse af borgernes egentræning i de digitale træningsløsninger.

Derudover viser fokusgrupperne, at de interviewede sundhedsfaglige medarbejdere arbejder med digitalt understøttet genoptræning på en række forskellige måder og med forskelligt ambitionsniveau i forhold til teknologiunderstøttet omlægning af eksisterende arbejdsgange og træningsforløb. I forlængelse heraf har de interviewede medarbejdere forskellige erfaringer og forskelligt perspektiv på teknologiens muligheder. Det er dog et gennemgående træk, at indførelsen af digitalt understøttede træningsforløb stiller krav til medarbejderne i forhold til at ændre på vante roller og arbejdsgange, fordi opgaverne i relation til borgernes træningsforløb ændrer karakter med brugen af digitale træningsløsninger.

Endelig viser evalueringen, at medarbejderne generelt er gode til at håndtere mindre tekniske problemer og formår at anvende de digitale træningsløsninger i det daglige på trods af oplevede fejl og mangler. Evalueringen viser dog samtidig, at tekniske problemer i en række tilfælde kan virke diskvalificerende i forhold til brugen af en løsning – særligt hvis medarbejderne vurderer, at det går ud over fagligheden.

INDHOLD

HOVEDKONKLUSIONER	1
Opdrag og sigte	1
Analysens konklusioner og hovedresultater	2
1 INDLEDNING	8
1.1 Opdrag og baggrund	8
1.2 Rapportens struktur	8
2 MÅLGRUPPER OG EGNEDE BORGERE	10
2.1 Egnethed – målgrupper og diagnoser	10
2.2 Egnethed – personlige karakteristika	11
2.3 Effektevalueringens samlede scope	16
3 KLINISK EFFEKT	17
3.1 Apopleksi	17
3.2 Diabetes	18
3.3 Hjerte-/karsygdomme	20
3.4 KOL	21
3.5 Alment svækkede ældre (geriatri)	22
4 BORGERPERSPEKTIV	25
4.1 Oplevede gevinster og ulemper	25
4.2 Motivation og compliance	27
4.3 Oplevelse af feedback og vejledning på træning	30
4.4 Brugervenlighed og evne til at bruge teknologi	31
5 MEDARBEJDERPERSPEKTIV	32
5.1 Medarbejdernes opfattelse af den digitale træningsløsning	32
5.2 Medarbejdernes opfattelse af ændring i arbejdstilrettelæggelse	37
5.3 Medarbejdernes opfattelse af forløbssammensætningen	40
6 FORLØB – VOLUMEN OG SAMMENSÆTNING	43
6.1 Borgere med apopleksi	43
6.2 Borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-/kar-sygdomme og KOL)	46
6.3 Alment svækkede ældre (geriatri)	48
7 BUSINESS CASE	52
7.1 Introduktion til business casen	52
7.2 Samlet nettopotentiale fordelt målgrupper	53

7.3	Samlet nettopotentiale over fem år	55
7.4	Usikkerhed og følsomhedsberegninger	56
7.5	Årligt nettopotentiale ved fuld indfasning	59
7.6	Bruttopotentiale og omkostninger	60
7.7	Perspektiverende beregninger	65

1 INDLEDNING

Regeringen og KL har som led i den fællesoffentlige Strategi for Digital Velfærd 2013-2020 igangsat et initiativ om digitalt understøttet genoptræning (initiativ 3.2). Som følge af initiativet er der udarbejdet en effektevaluering, der belyser de kliniske, økonomiske, organisatoriske og borgerrettede effekter ved en systematisk anvendelse af digitalt understøttet genoptræning i relation til udvalgte målgrupper. Nærværende rapport omfatter resultaterne fra effektevalueringens spor 2, der omfatter en række udvalgte målgrupper – borgere med apopleksi, borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte/kar og KOL) samt alment svækkede ældre (geriatri) – der tilbydes træning i kommunalt regi efter en række forskellige paragraffer (Sundhedslovens §119 og §140 samt Servicelovens §86.1, §86.2 og §83a). Den samlede effektevaluering er gennemført af PA Consulting Group i perioden oktober 2015 til marts 2016.

1.1 Opdrag og baggrund

Regeringen og KL har som led i den fællesoffentlige Strategi for Digital Velfærd 2013-2020 igangsat et initiativ vedrørende digitalt understøttet genoptræning – strategiens initiativ 3.2.

Der er i perioden 2013-2014 gennemført en foranalyse af eksisterende kommunale erfaringer med digitalt understøttet genoptræning, som blandt andet viste et behov for yderligere dokumentation af anvendelsen af digitalt understøttet genoptræning, herunder mere systematisk dokumentation af effekterne.

Formålet med effektevalueringen af digitalt understøttet genoptræning er at tilvejebringe det nødvendige besluntingsgrundlag for, at der ved ØA17 kan indgås aftale om eventuel national udbredelse af digitalt understøttet genoptræning frem mod 2020, hvor dette er relevant, og at der med ØA17 opstilles konkrete mål for udbredelse.

PA Consulting Group har udarbejdet effektevalueringen, som har været forankret i en Styregruppe for digitalt understøttet genoptræning, der har haft det faglige ansvar for projektet. Styregruppen har bestået af KL, Sundheds- og Ældreministeriet og Digitaliseringsstyrelsen (formand). Desuden afleveres effektevalueringens resultater til Styregruppen for strategi for digital velfærd.

Effektevalueringen har været tilrettelagt i tre parallelle spor:

- Spor 1, der har haft fokus på borgere med nyt knæ eller ny hofte (knæ- og hoftealloplastik), der modtager kommunal genoptræning efter Sundhedslovens §140
- Spor 2, der har haft fokus på øvrige egnede målgrupper, der modtager genoptræning eller vedligeholdende træning efter Sundhedslovens §119 og §140 samt Servicelovens §86.1, §86.2 og §83a
- En række understøttende analyser, herunder afdækning af tekniske aspekter, markedsanalyse og kortlægning af erfaringer og anbefalinger vedrørende implementering.

1.2 Rapportens struktur

Nærværende rapport præsenterer de væsentligste resultater og konklusioner fra effektevalueringens spor 2, der har haft fokus på digitalt understøttet genoptræning til borgere med apopleksi, borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte/kar og KOL) samt alment svækkede ældre (geriatri).

Den resterende del af denne rapport består af følgende kapitler:

Kapitel 2: Målgrupper og egnede borgere

Kapitel 3: Klinisk effekt

Kapitel 4: Borgerperspektiv

Kapitel 5: Medarbejderperspektiv

Kapitel 6: Forløb – volumen og sammensætning

Kapitel 7: Business case

Effektevalueringens øvrige resultater er afdokumenteret i en række særskilte rapporter:

- Spor 1: Knæ- og hoftealloplastik
- Afdækning af tekniske aspekter
- Markedsanalyse.

Dertil kommer en række understøttende bilag, der beskriver evalueringsdesign, anvendte metoder, beregningsforudsætninger, datagrundlag m.m.

2 MÅLGRUPPER OG EGNED E BORGERE

Dette kapitel beskriver fokus for effektevalueringens spor 2, herunder baggrunden for udvælgelse af de målgrupper, der er medtaget i effektevalueringen. I forlængelse heraf sammenfatter kapitlet en række helt centrale iagttagelser fra effektevalueringen i relation til spørgsmålet om, hvilke borgere der kan have gavn af digitalt understøttet træning, og som tillige er motiverede for at bruge det.

Kapitlet konkluderer, at borgernes træningsmæssige behov er forskelligartede, og at brugen af digitale træningsløsninger derfor ikke er et tilbud for alle. Omvendt kan det konkluderes, at der med stor sandsynlighed findes borgere egnet til digitalt understøttet træning på tværs af en meget bredere vifte af målgrupper og diagnoser end de 10-12 pct. af alle kommunale træningsforløb, der samlet set er medtaget i effektevalueringens spor 1 og 2.

2.1 Egnethed – målgrupper og diagnoser

Formålet med effektevalueringens spor 2 har været at identificere andre målgrupper end borgere med nyt knæ eller ny hofte (omfattet af spor 1) og evaluere effekten af digitalt understøttet træning til disse målgrupper, der modtager genoptræning eller vedligeholdende træning efter Sundhedslovens §119 og §140 samt Servicelovens §86.1 og §86.2². I alt omfatter disse paragraffer årligt omkring 225.000 træningsforløb i kommunalt regi, hvoraf borgere henvist med en genoptræningsplan efter Sundhedslovens §140 udgør to tredjedele³.

Med afsæt i erfaringerne fra foranalysen er der inden for ovenstående hovedmålgrupper (paragraffer) foretaget en vurdering af mulige delmålgrupper, der kunne være særligt egnede til digitalt understøttet træning. De identificerede delmålgrupper er opdelt efter specifikke diagnoser/funktionsnedsættelser og vurderet ud fra tre kriterier for relevans i relation til effektevalueringen:

1. **Egnethed.** I hvilket omfang er træningsbehovet/typen af øvelser, der retter sig mod en specifik delmålgruppe, egnet til digitalt understøttet genoptræning? Vurdering foretaget på baggrund af input fra fysioterapeuter samt studier på området i relation til følgende to parametre:
 - a. Stiller øvelserne krav om høj grad af præcision i udførelsen? Dette kan eksempelvis være tilfældet ved genoptræning efter nogle ortopædkirurgiske indgreb. Omvendt er kravet om præcision mindre i de øvelser, hvor det primære sigte er at træne de store muskelgrupper samt kondition.
 - b. Indgår træningen i en bredere indsats, som gør det svært eller umuligt at erstatte dele af den superviserede træning med egentræning? Dette kan eksempelvis være tilfældet i komplekse apopleksiforløb.
2. **Erfaringer.** I hvilket omfang er der gjort kommunale erfaringer med digitalt understøttet træning til den specifikke målgruppe og i hvilket omfang findes der internationale studier? Vurdering

² Kronikerrehabilitering efter Sundhedslovens §119 er medtaget, da der i den indledende afdækning har vist sig væsentlige træningsmæssige sammenfald med indsatserne under de øvrige paragraffer.

³ Se bilag B for en uddybende beskrivelse af kildematerialet bag dette estimat.

foretaget på baggrund af data fra pilotprojekter analyseret i foranalysen samt opdateret kortlægning af kommunale projekter.

3. **Volumen.** Hvor mange forløb er der årligt inden for den specifikke målgruppe? Vurdering foretaget på baggrund af udtræk fra en række kommuner i forbindelse med foranalysen samt data fra e-sundhed.dk og kliniske kvalitetsdatabaser.

Nedenstående figur 2 viser en oversigt over resultaterne af den gennemførte screening.

Figur 2 Screening af målgrupper

		Delmålgruppe*	Egnethed	Erfaring	Volumen
SUL §140 SEL §86.1	Ortopædkirurgiske problemstillinger	Knæ – alloplastik (spor 1)	●	●	●
		Knæ - øvrige	●	●	●
		Skulder	○	○	●
		Ryg	○	○	●
		Hofte – alloplastik (spor 1)	●	●	●
		Hofte - øvrige	●	●	●
		Hånd	●	●	●
	Medicinske problemstillinger	Geriatrici	●	●	●
		Diabetes (rehabilitering)	●	●	●
		Hjerte/kar (rehabilitering)	●	●	●
		KOL (rehabilitering)	●	●	●
SEL §86.2	Neurologiske problemstillinger	Apopleksi	●	●	●
		Cerebral parese	●	●	○
		Hovedtraumer	●	●	○
	Andre problemstillinger	Geriatrici	●	●	○
		Diabetes (rehabilitering)	●	●	○
		Hjerte/kar (rehabilitering)	●	●	○
		KOL (rehabilitering)	●	●	○
	Medicinske problemstillinger	Geriatrici	●	●	○
		Diabetes (rehabilitering)	●	●	○
		Hjerte/kar (rehabilitering)	●	●	○
		KOL (rehabilitering)	●	●	○

* Der er kun medtaget delmålgrupper, hvor der er identificeret kommunale erfaringer

På baggrund af den gennemførte screening er følgende målgrupper udvalgt til at indgå i effektevalueringens spor 2:

- Apopleksi
- Diabetes
- Hjerte-/karsygdomme
- KOL
- Alment svækkede ældre (geriatrici).

2.2 Egnethed – personlige karakteristika

I forlængelse af ovenstående afsnits fokus på egnethed i form af målgrupper samt diagnoser og funktionsnedsættelse opsummerer dette afsnit erfaringer og indtryk fra interviews med sundhedsfaglige medarbejdere og borgere i relation til den del af spørgsmålet om egnethed til digitalt understøttet træning, der i højere grad fokuserer på personlige karakteristika, egenskaber og kompetencer. For at konkretisere nogle af effektevalueringens centrale findings på dette område er der i forlængelse heraf udviklet fem personaer i relation til borgernes tilgang til og brug af digitalt understøttet genoptræning.

2.2.1 Medarbejdernes vurderingskriterier

Hovedparten af de interviewede medarbejdere fortæller, at de foretager en individuel vurdering af, hvorvidt den enkelte borger vil kunne have gavn af et digitalt understøttet træningsforløb. I forlængelse heraf viser interviewene med såvel borgere som medarbejdere, at der er forskelligartede behov, evner og motivationsfaktorer blandt borgerne, og at det kræver forskellige indsatser at imødekomme disse, så borgerne får en så god træning som muligt. Digitalt understøttet træning som beskrevet i nærværende effektevaluering er med andre ord ikke et tilbud, der vil passe til alle borgere, som tilbydes træning i kommunalt regi.

Flere af de interviewede medarbejdere indikerer også, at det ikke nødvendigvis er hensynet til en borgers specifikke diagnose, der er i spil, når de vurderer, om vedkommende har glæde af digitalt understøttet genoptræning. Det handler mere om borgerens sindelag, præferencer, tekniske kunnen og lignende. Der vil derfor med stor sandsynlighed findes borgere egnede til digitalt understøttet træning på tværs af en meget bredere vifte af diagnoser og henvisningsårsager end de, der er medtaget i effektevalueringens spor 1 og 2.

Nedenfor sammenfattes de væsentligste iagttagelser fra fokusgrupperne i relation til de aspekter, medarbejderne lægger vægt på i deres vurdering af borgere på tværs af en række målgrupper i forbindelse med tilbud om digitalt understøttet genoptræning. Dertil kan der for nogle målgrupper være specifikke forhold, som gør sig gældende (se kapitel 6).

Tabel 3 Vurdering af borgeres egnethed til digitalt understøttet træning

Vurdering af borgeres egnethed til digitalt understøttet træning

Forudsætninger for at få tilbudt digitalt understøttet genoptræning:

- Borgeren må ikke være blind
- Borgeren skal kunne tale og forstå dansk
- Borgeren har en selvstændig gangfunktion evt. med hjælpemiddel
- Borgeren har ingen eller kun lettere kognitiv funktionsnedsættelse
- Borgeren kan demonstrere brug af den digitale træningsløsning efter gennemgang med medarbejder.

Motivationsfaktorer der fremmer borgerens ønske om at anvende digitalt understøttet genoptræning:

- Borgeren efterspørger, hvad de selv kan gøre, f.eks. i weekenden eller om aftenen.
- Borgeren er åben over for at prøve nyt
- Borgeren er så langt i sit træningsforløb, at borgeren kender træningsøvelserne og viser forståelse for egen formåen
- Borgeren har opbygget en tillidsrelation til medarbejderen, der introducerer løsningen
- Borgeren motiveres af, at medarbejderen holder øje med træningen
- Borgeren har kendskab til eller interesse for it
- Borgeren motiveres af konkurrence.

Det kan i en **række situationer** være **særligt** relevant at tilbyde digitalt understøttet genoptræning:

- Borgeren efterspørger selv frihed i træningsforløbet
- Borgeren er ikke glad for holdtræning eller individuel træning
- Borgeren kan/vil ikke indordne sig bestemte tider og forløb.

2.2.2 Fem personaer

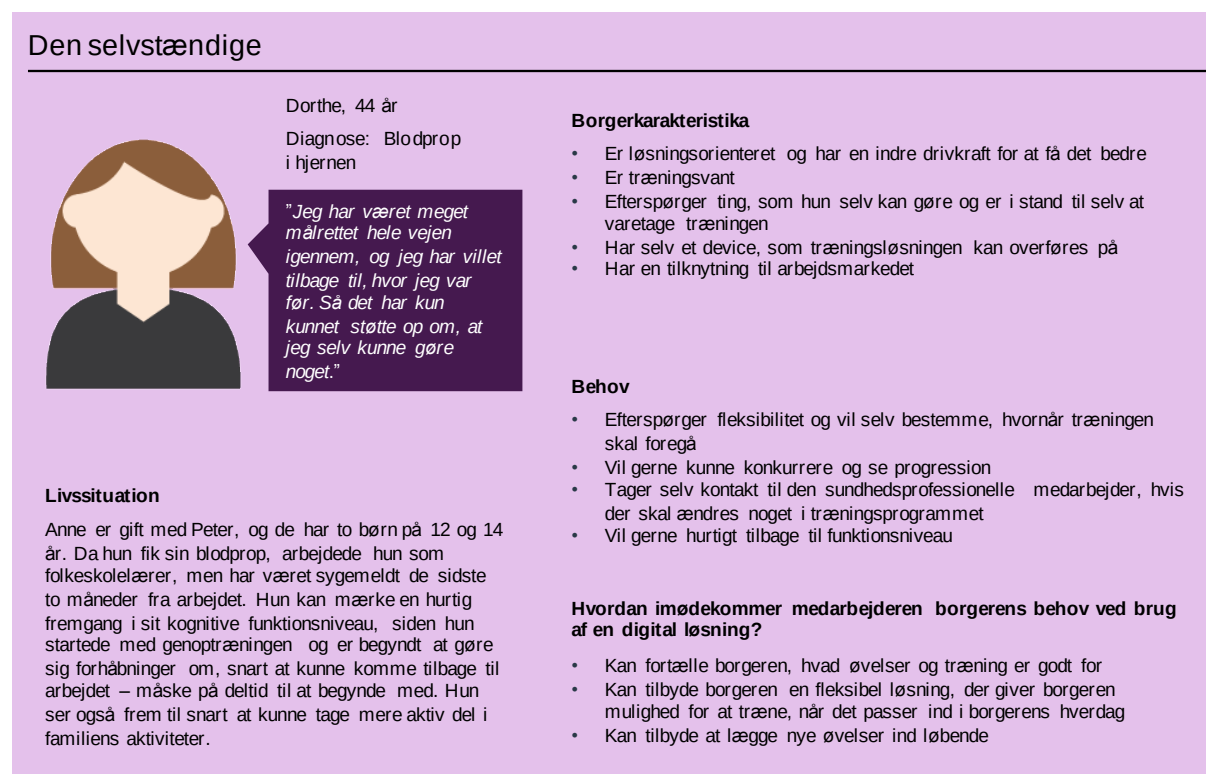
I forlængelse af ovenstående er der udviklet fem personaer. Der er tale om fem fiktive brugere af digitalt understøttet genoptræning, der beskriver fem forskellige måder, som borgere navigerer og rationaliserer på, når de modtager digitalt understøttet genoptræning, og som er udviklet med afsæt i de gennemførte borger- og medarbejderinterviews.

Personernes navn, alder, beskæftigelse og interesseområder er tilføjet for at gøre det nemmere at forholde sig til de enkelte personaer. Borgerkarakteristika, behov og hvordan medarbejderne imødekommer borgerens behov ved brug af digitalt understøttet genoptræning giver et generaliseret billede af adfærd og behov for hver af de fem personaer.

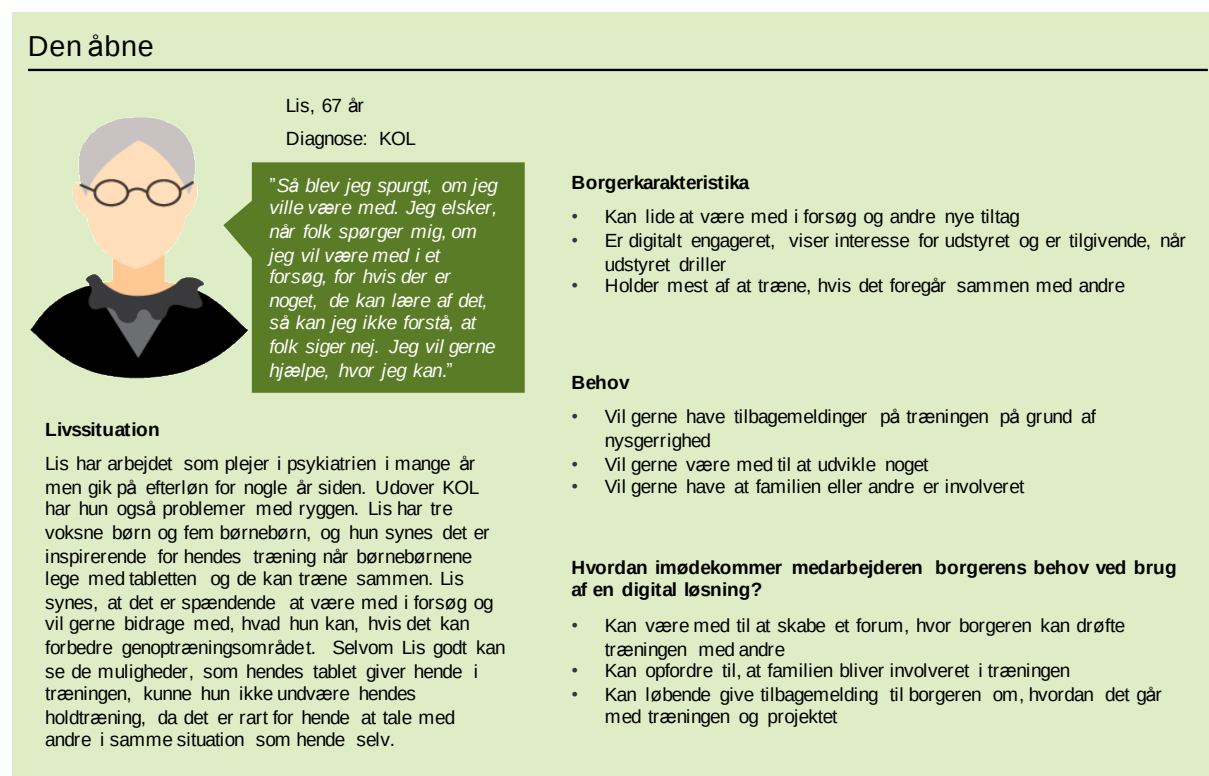
De fem personaer er:

1. Den selvstændige
2. Den åbne
3. Den skeptiske
4. Den autoritetstro
5. Den forsigtige.

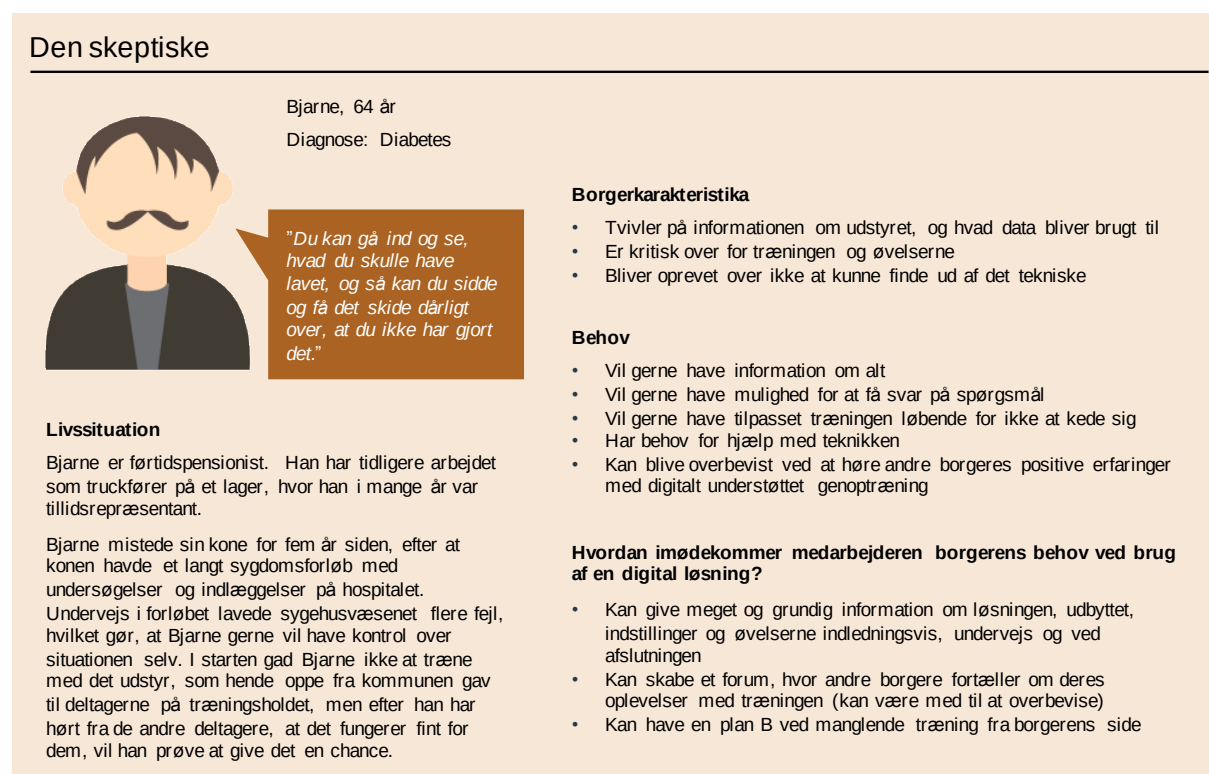
Figur 3 Den selvstændige (persona)



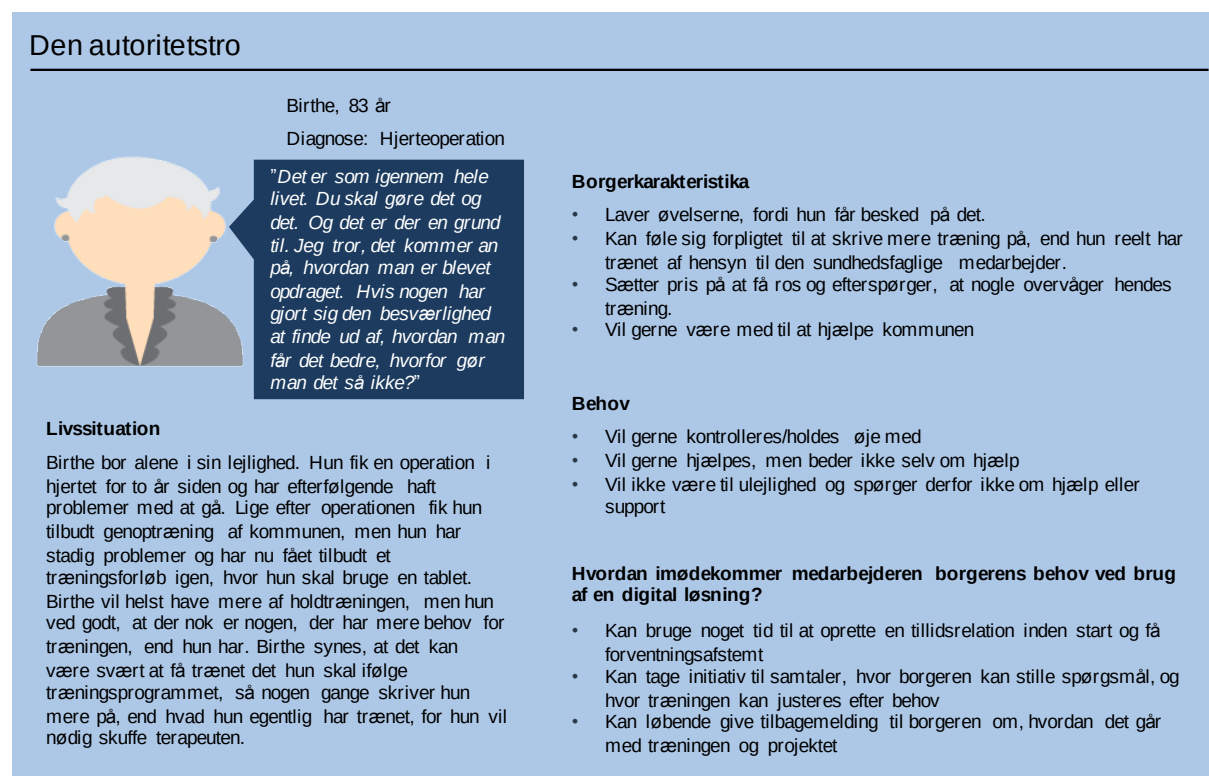
Figur 4 Den åbne (persona)



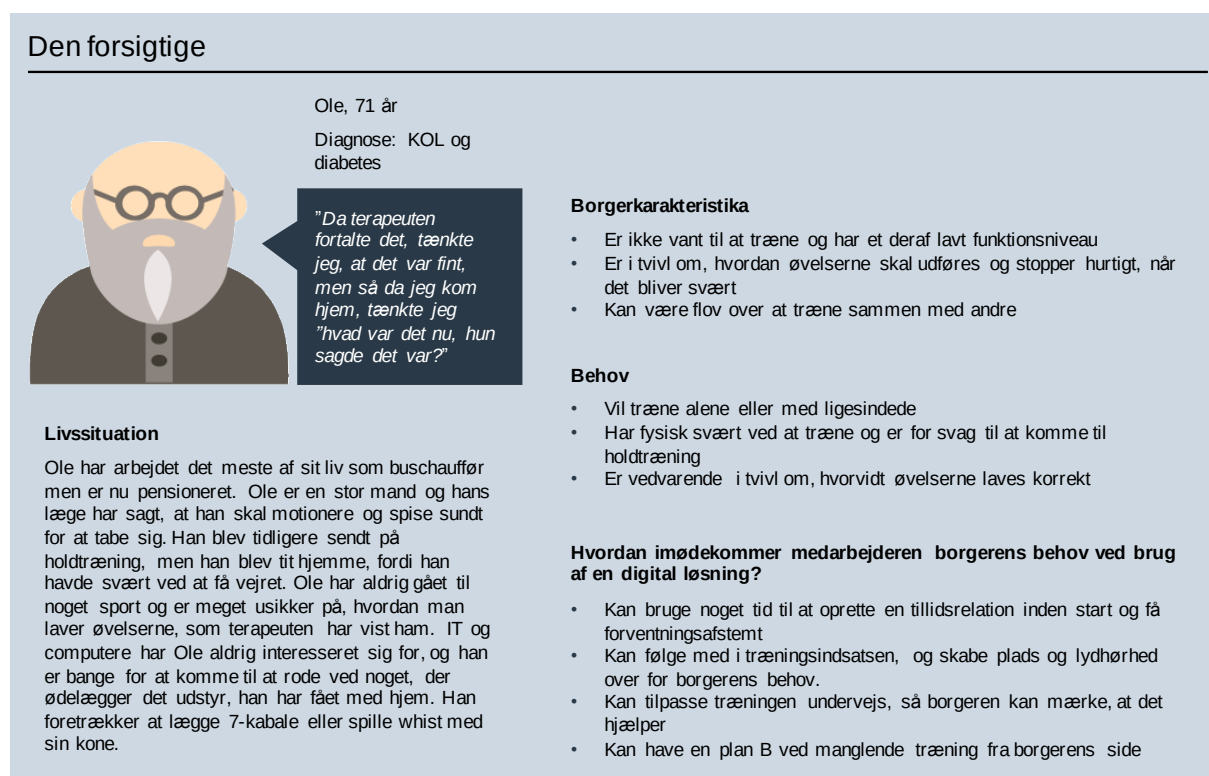
Figur 5 Den skeptiske (persona)



Figur 6 Den autoritetstro (persona)



Figur 7 Den forsigtige (persona)

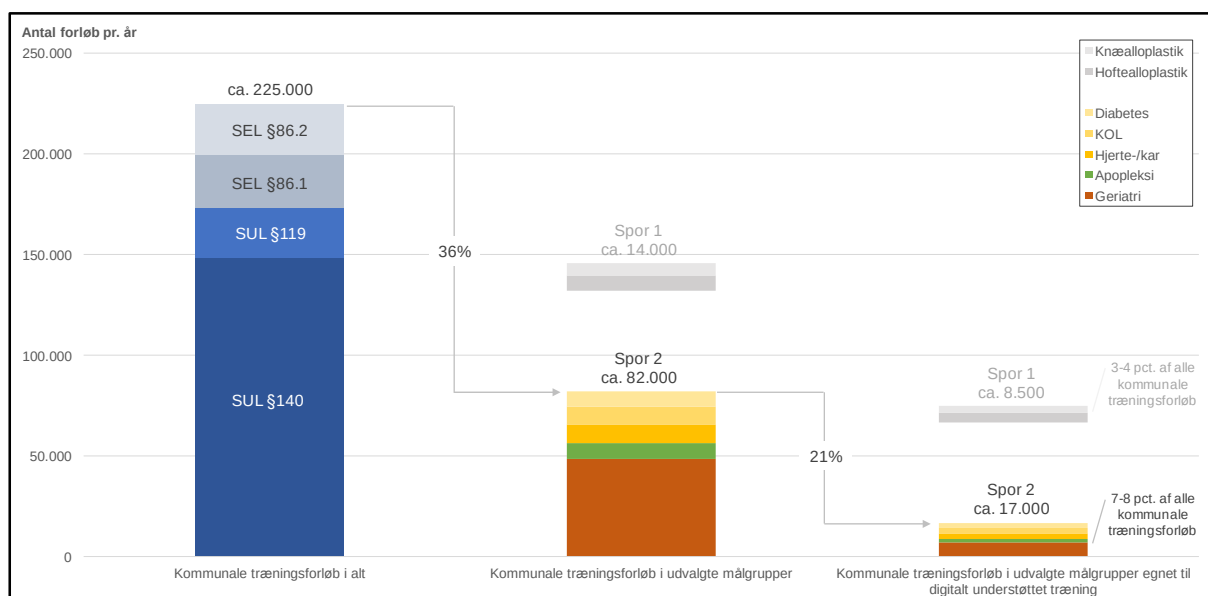


2.3 Effektevalueringens samlede scope

Kombinationen af et antal udvalgte målgrupper og et fokus på personlige karakteristika, betyder, at det langt fra er alle træningsforløb i kommunalt regi, der som udgangspunkt vil være egnede til digitalt understøttet træning. Som nævnt ovenfor viser evalueringen dog samtidig, at digitalt understøttet træning med stor sandsynlighed kan være et relevant tilbud i langt flere træningsforløb end de, der er medtaget i nærværende effektevaluering.

Nedenstående figur 8 giver et overblik over effektevalueringens samlede scope forstået som andelen af træningsforløb i de udvalgte målgrupper, der er vurderet som egnede til digitalt understøttet træning og derfor medtaget i de opstillede business cases.

Figur 8 Effektevalueringens scope



Som det fremgår af ovenstående figur omfatter effektevalueringens spor 2 et udsnit af borgere med apopleksi, diabetes, hjerte-/karsygdomme og KOL samt alment svækkede ældre, der vurderes at være egnede til at modtage digitalt understøttet træning efter sundhedslovens §119 eller §140 samt efter servicelovens §86.1 og §86.2 (se kapitel 6 for en uddybende beskrivelse af de målgruppespecifikke vurderinger af egnethed). Dette udsnit udgør 7-8 pct. af det samlede antal årlige træningsforløb i kommunerne.

Tilsvarende omfatter effektevaluering som helhed og de opstillede business cases for spor 1 og 2 samlet set 10-12 pct. af de træningsforløb, der årligt gennemføres i kommunalt regi. Ud fra en betragtning om at sikre tilstrækkelig volumen i en fremadrettet implementering er det nødvendigt at se effektevalueringens to spor i sammenhæng.

3 KLINISK EFFEKT

Dette kapitel sammenfatter resultaterne vedrørende den kliniske effekt af digitalt understøttet genoptræning til borgere inden for de udvalgte målgrupper – borgere med apopleksi, borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte/kar og KOL) samt alment svækkede ældre (geriatri). Kapitlet bygger på viden og data fra en række kommunale projekter samt fra internationale studier.

Kapitlet præsenterer de væsentligste resultater og konklusioner fra identificerede kommunale projekter samt danske og internationale studier i relation til den kliniske effekt af digitalt understøttet genoptræning. Der er for hver målgruppe foretaget en vurdering af den træningsmæssige effekt med afsæt i to typer af dokumentation:

- Erfaringer fra kommunale projekter
- Danske og internationale kliniske studier

De to typer af dokumentation skal betragtes som komplementære input til en samlet vurdering af den træningsmæssige effekt⁴.

Kapitlet er struktureret med afsæt i de målgrupper, der er udvalgt som fokus i evalueringens spor 2:

- Apopleksi
- Diabetes
- KOL
- Hjerte/kar
- Alment svækkede ældre (geriatri).

3.1 Apopleksi

Dette afsnit sammenfatter resultaterne vedrørende den kliniske effekt af digitalt understøttet genoptræning til borgere med apopleksi. Konklusionerne er baseret på relevante danske kommunale erfaringer samt internationale kliniske studier. Endvidere vurderes mængden af kommunale erfaringer og overførbareheden af de internationale erfaringer til en dansk kommunal kontekst.

3.1.1 Kort om de identificerede projekter og studier

De her afrapporterede **kommunale erfaringer** med digitalt understøttet genoptræning baserer sig på i alt 2 kommunale projekter (Helsingør og Holbæk kommune), der tilsammen omfatter 42 forløb, hvor borgerne er blevet start- og sluttestet, og hvor resultaterne er skriftligt afrapporteret fra projektet. Begge projekter anvender Mitii som er en fast sensorbaseret teknologi. Varigheden af de afprøvede digitalt understøttede træningsforløb varierer både internt i projekterne men også imellem dem. I det ene projekt spænder forløbene fra to til 23 uger. Størstedelen af forløbene har et otte til ti ugers forløb. I det andet kommunale projekt spænder forløbene fra tre til 20 uger. Frekvensen af træningen har i det ene projekt været stærkt varierende, mens den i det andet studie ikke er angivet. Sessionerne har i det første projekt haft en varighed mellem 13 og 35 minutter, mens varigheden af sessionerne i det andet projekt ikke er oplyst. Endvidere har kommunale medarbejdere som led i

⁴ For en oversigt over medtagne projekter og kliniske studier, se bilag C.

evalueringens fokusgrupper beskrevet to digitalt understøttede træningsforløb rettet mod borgere med apopleksi (såkaldte to-be forløb, jf. kapitel 5).

Der er i alt identificeret 10 **internationale kliniske artikler** på området og et dansk klinisk studie (forankret på Herlev hospital). Størstedelen af de internationale studier anvender et RCT-design. Studiernes størrelse varierer imellem fem og 887 borgere. Varigheden af de afprøvede digitalt understøttede træningsforløb spænder fra to til 12 uger, men størstedelen af forløbene har et otte ugers forløb. Frekvensen af træningen spænder fra to til fem træningsgange om ugen med sessioner på mellem 20 og 90 minutters varighed. En klar størstedel af studierne kigger på enten app og portal løsninger eller fast sensorbaseret teknologi. Studierne anvender meget varierende tilgange til udførelsen af træningen, nogen får borgerene til at anvende teknologien på et træningscenter, andre giver borgeren teknologien med hjem, andre igen kombinerer de to former. Endvidere er det varierende i hvor høj grad et forløb er kortlagt for borgeren. I enkelte studier har forløbets rammer været ganske skarpt defineret ift. antal min. pr. session, frekvens og antal uger. Andre studier har ladet det være op til borgeren selv at træne når lysten, tiden og behovet meldte sig.

3.1.2 Klinisk effekt

De **kommunale projekter** indikerer at der kan være en betydelig egenoplevet effekt og tilfredshed med træningen. Derudover vurderer sundhedsfagligt personale i det ene kommunale projekt, at der er en god træningsmæssig effekt ved brug af digitale træningsløsninger til genoptræningen af borgere med apopleksi. Samme projekt har fundet en særligt god træningseffekt i forbindelse med delvis substitution af eller udslusning fra traditionelle træningsforløb.

De **internationale studier** indikerer at borgere med apopleksi finder digitalt understøttet genoptræning sjovere end traditionelle genoptræningsforløb. Der er ligeledes indikationer på, at livskvaliteten stiger, og forekomsten af indikatorer på depression falder, når computerspil introduceres som et træningsredskab. Studierne viser, at borgernes kliniske tilstand gavnnes af, at de digitale løsninger muliggør træning uden for rammerne af træningscentret og uden tilstedeværelse af det sundhedsfaglige personale.

3.1.3 Vurdering

Der er kun få dokumenterede forløb i de to identificerede kommunale projekter, og der ikke anvendt systematiske tests og kontrolgrupper. Endvidere er der kun identificeret et mindre antal kommuner, som arbejder med digitalt understøttet træning til borgere med apopleksi. Vurderingen er derfor, at der er en **lav grad af dokumenteret effekt i de kommunale projekter**, og at der på nuværende tidspunkt er **få kommunale erfaringer** på området.

Der er identificeret 11 kliniske studier heraf et dansk⁵. Blandt disse er der flere RCT-studier, hvoraf flere viser positive resultater, uden at der kan konkluderes entydigt på effekten. Flere af de kliniske studier fokuserer på træning i hjemmet og/eller en kombination af egentræning og træning støttet af en fysioterapeut. Der vurderes derfor at være **nogen grad af dokumenteret effekt i de kliniske studier** og en **høj grad af overførbare** af de kliniske studier til en dansk kommunal kontekst.

3.2 Diabetes

Dette afsnit sammenfatter resultaterne vedrørende den kliniske effekt af digitalt understøttet genoptræning til borgere med diabetes type 2. Konklusionerne er baseret på relevante danske og internationale kliniske studier. Erfaringerne herfra vurderes i relation til overførbareheden til en dansk kommunal kontekst.

⁵ Resultater udestår endnu.

3.2.1 Kort om de identificerede projekter og studier

De her afrapporterede **kommunale erfaringer** med digitalt understøttet genoptræning baserer sig på et regionalt forankret forskningsprojekt⁶. Projektet har fokus på digitalt understøttet træning baseret på intervalgang til borgere med diabetes type 2. Forskningsprojektet har offentliggjort to studier med i alt 70 inkluderede træningsforløb fordelt på to forskellige teknologiske løsninger⁷.

Det ene studie bygger på et RCT-design og omfatter to interventions grupper med 12 borgere samt otte borgere i en kontrolgruppe. Det andet studie undersøger 46 diabetikere i den danske DD2 database der har anvendt applikationen Interwalk – en intervalbaseret digitalt understøttet genoptrænings app. Et endnu ikke udgivet klinisk studie har således evalueret på disse borgeres kliniske udbytte af applikationen. Der ikke anvendt et RCT-design men gruppens resultater er sammenlignet med en bred population af diabetes type 2 borgere⁸. Resultaterne fra disse database udtræk er sammenfattet i et konferencenotat som er medtaget i afdækningen af danske erfaringer på området. Interwalk er baseret på et interval program med gang af tre minutters varighed ved høj hastighed efterfulgt af 3 minutter med en lavere hastighed. Endvidere har kommunale medarbejdere som led i evalueringens fokusgrupper beskrevet to digitalt understøttede træningsforløb rettet mod borgere med diabetes type 2 (såkaldte to-be forløb, jf. kapitel 5)⁹.

Der er identificeret et **internationalt klinisk studie** på området. Studiet anvender et tre-armet RCT-design, hvor en kontrolgruppe modtog sædvanlig pleje og to interventionsgrupper modtog forskellige typer af digitalt understøttet genoptræning. Studiet baserer sig på 151 borgere. Varigheden af de afprøvede digitalt understøttede træningsforløb strakte sig over et år, og der blev ikke ordineret en bestemt træningsfrekvens eller sessionslængde.

3.2.2 Klinisk effekt

De **danske erfaringer** indikerer der er gode kliniske gevinster at hjemtage i forbindelse med intervalgang for type 2 diabetikere. RCT-studiet konkluderer på baggrund af VO₂-max, body mass og blodsukker data at denne form for træning har gode kliniske resultater. Derudover indikerer studiet, at anvendelsen af en digital træningsløsning kan virke motiverende borgerne. Dette resultat er relevant i relation til brug af digitale træningsløsninger, der tillader, at borgerne kan træne selvstændigt uden for rammerne af træningscentre og uden tilstedeværelse af sundhedsfagligt personale. Det andet danske studie viser, at brugerne af Interwalk applikationen var mere fysisk aktive og havde et mindre hofte-talje mål end de øvrige borgere med diabetes type 2. Den manglende randomisering imellem grupperne betyder dog, at der ikke er sikkerhed om årsagerne til den målte effekt. Endvidere konkluderer studiet, at det vil kræve en aktiv indsats at få størstedelen af borgere med diabetes type 2 til at anvende løsningen.

Det internationale studie konkluderer, at der er et nævneværdigt fald i værdien for langtidsblodsukker for alle involverede grupper, men der var ingen forskel imellem grupperne. Studiet undersøger endvidere viden om egen sygdom, den sundhedsrelaterede livskvalitet, depressions symptomer, selvrapporteret fysisk aktivitet og kostvaner. For ingen af disse områder blev der fundet signifikante ændringer for nogen af grupperne. Forfatterne bag studiet peger på, at den manglende forskel mellem grupperne kan skyldes, at den udviklede app var forældet hen imod slutningen af studiet. Dette resulterede i, at kun omkring 39 pct. af borgerne i interventionsgrupperne anvendte app'en. Derudover var det i særlig grad de ældre deltagere i studiet, der anvendte applikationen flittigt. Dette kan skyldes, at denne gruppe ikke oplevede frustration med den forældede teknologi i samme grad.

⁶ Odense Universitetshospital og rigshospitalet.

⁷ Evalueringen viser, at den ene af disse løsninger anvendes i mindst 6 kommuner.

⁸ Gruppen er sammenholdt med helbredsdata fra 4.377 borgere med diabetes type 2.

⁹ I forlængelse af ovennævnte studier er der igangsat et større studie med deltagelse af København og Guldborgssund kommune. I alt 500 borgere forventes inkluderet. Resultaterne foreligger i 2018.

3.2.3 Vurdering

Antallet af dokumenterede forløb i de identificerede kommunale projekter er få, og der ikke anvendt systematiske tests og kontrolgrupper. Der er dog som led i evalueringen identificeret en række kommuner, der arbejder med digitalt understøttet træning til borgere med diabetes type 2, og i 2018 foreligger resultaterne fra to større studier på området med kommunal involvering. Det er på den baggrund vurderingen, at der kun i lav grad er dokumenteret effekt i de nuværende kommunale projekter, men at der er nogen grad af kommunale erfaringer på området.

Der er identificeret to danske studier med gode kliniske resultater, hvoraf det ene er et RCT-studie, mens det andet er et registerstudie. Begge studier har fokus på digitalt understøttet egentræning. Der er herudover et internationalt RCT-studie, hvis resultater kan være påvirket af den teknologiske løsnings udviklingsform og modenhedsgrad. Der er ikke direkte kommunal involvering i de to identificerede danske studier, men som led i evalueringen er det dokumenteret, at flere kommuner rekrutterer og instruerer borgere i den anvendte digitale træningsløsning. På baggrund af ovenstående er vurderingen derfor, at der er en høj grad af dokumenteret effekt i de kliniske studier, samt at der er nogen grad af overførbare fra de kliniske studier til dansk kommunal kontekst.

3.3 Hjerte-/karsygdomme

Dette afsnit sammenfatter resultaterne vedrørende den kliniske effekt af digitalt understøttet genoptræning til borgere med hjerte-kar lidelser. Konklusionerne er baseret på relevante danske erfaringer samt internationale kliniske studier. Endvidere vurderes mængden af danske erfaringer og overførbare af de internationale erfaringer til en dansk kommunal kontekst.

3.3.1 Kort om de identificerede projekter og studier

De her afrapporterede **kommunale erfaringer** med digitalt understøttet genoptræning baserer sig på et tværsektorielt projekt¹⁰, der omfatter 61 forløb. I projektet er borgernes livskvalitet (QoL) blevet testet, og resultaterne er skriftligt afrapporteret fra projektet. Varigheden af de afprøvede digitalt understøttede træningsforløb var tre måneder. Frekvens og varighed af træningssessioner blev individuelt fastlagt, efter borgerenes individuelle behov. Der er ikke som led i nærværende evaluering fokusgrupper beskrevet nogen digitalt understøttede træningsforløb rettet mod borgere med hjerte-kar lidelser (såkaldte to-be forløb, jf. kapitel 5).

Der er i alt identificeret fire **internationale videnskabelige artikler** på området. Tre af de internationale studier anvender et RCT-design, mens det fjerde er et litteraturstudie. Studiernes størrelse varierer imellem 69 og 149 borgere. Varigheden af de afprøvede digitalt understøttede træningsforløb er længere end for flere af de andre målgrupper, idet der her er tale om en målgruppe hvor fysisk aktivitet er en centralt element i rehabiliteringen og sygdomshåndteringen på lang sigt. Flere af studierne har derfor et design der strækker sig op til 52 ugers varighed. Frekvensen af træningen spænder fra tre til syv træningsgange om ugen med sessioner på mellem 30 og 60 minutters varighed.

3.3.2 Klinisk effekt

Det danske tværsektorielle projekt tager afsæt i en digital understøttelse af rehabiliteringsindsatsen, der i højere grad har fokus på sammenhæng og kommunikation på tværs af aktører i modsætning til nærværende evalueringens fokus på en aktiv understøttelse af selve træningssituationen. Studiet indikerer, at interventionsgruppen har en lavere deltagelse i holdtræning, mens der ikke er signifikant forskel mellem interventionsgruppe og kontrolgruppe, når det gælder selvrapporteret livskvalitet og udviklingen heraf i løbet af testperioden. Studiet peger dog på, at den anvendte metode til måling af livskvalitet kan være for generisk til at registrere sygdomsspecifikke forskelle. Der er som led i projektet løbende registreret kliniske måledata, men disse er ikke rapporteret.

¹⁰ Teledialog. For yderlige information se Bilag C

De **internationale studier** indikerer, at effekten over tid er ens for både de traditionelle og de digitalt understøttede forløb. Nogen studier peger dog på, at der opnås hurtigere resultater i de traditionelle forløb. Litteraturstudiet konkluderer, at effekten er højere for telerehabilitering. To af de kliniske studier indikerer, at fastholdelsesgraden kan være lige så god eller højere hos borgere, der har modtaget digitalt understøttet genoptræning sammenlignet med traditionel genoptræning.

3.3.3 Vurdering

Der er identificeret et dansk tværsektorielt RCT-studie, og der er i dette projekt foretaget systematisk måling af de deltagende borgeres selvoplevede livskvalitet (dog med en vis metodisk usikkerhed). Der er herudover kun identificeret et mindre antal kommuner, som arbejder med digitalt understøttet træning til borgere med hjerte-kar sygdomme. På baggrund af disse forhold er det vurderingen, at der er en **lav grad af dokumenteret effekt i kommunale projekter** og **få kommunale erfaringer** på området.

Der er – udover ovennævnte danske studie – identificeret fire internationale studier, heraf tre RCT-studier, der viser positive resultater og en træningsmæssig effekt, der som minimum er på niveau med den traditionelle træning. Der er stor variation i typen af anvendte træningsløsninger og sammensætningen af de afprøvede træningsforløb. Vurderingen er derfor, at der er en **høj grad af dokumenteret effekt i de internationale kliniske studier**, og at der er en **lav grad af overførbare** af de kliniske studier til en dansk kommunal kontekst.

3.4 KOL

Dette afsnit sammenfatter resultaterne vedrørende den kliniske effekt af digitalt understøttet genoptræning til borgere med KOL. Konklusionerne er baseret på relevante danske kommunale erfaringer samt internationale kliniske studier. Endvidere vurderes mængden af kommunale erfaringer og overførbare af de internationale erfaringer til en dansk kommunal kontekst.

3.4.1 Kort om de identificerede projekter og studier

De her afrapporterede **kommunale erfaringer** med digitalt understøttet genoptræning baserer sig på i alt tre kommunale projekter¹¹ og ét regionalt forankret forskningsprojekt¹², der tilsammen omfatter 68 forløb, hvor borgerne er blevet start- og sluttet, og hvor resultaterne er skriftligt afrapporteret fra projekterne. Alle projekter anvender samme træningsløsning. Varigheden af træningsforløb samt antallet af træningssessioner og varigheden af disse er ikke beskrevet. Endvidere har kommunale medarbejdere som led i nærværende evalueringens fokusgrupper beskrevet to digitalt understøttede træningsforløb rettet mod borgere med KOL (såkaldte to-be forløb, jf. kapitel 5).

Der er i alt identificeret fire **internationale kliniske studier** på området. Tre ud af fire af de internationale studier anvender kontrolgrupper og et RCT-design. Studiernes størrelse varierer imellem 23 og 40 borgere, og i alt har 125 borgere deltaget i de kliniske studier. Varigheden af de afprøvede digitalt understøttede træningsforløb spænder fra tre til 24 uger. Frekvensen af træningen spænder fra fire til syv træningsgange om ugen med sessioner på mellem 20 og 60 minutters varighed.

3.4.2 Klinisk effekt

De danske **kommunale erfaringer** viser, at omkring halvdelen af borgerne efter forløbet havde en forbedret fysisk tilstand, men tilstanden var uændret eller kun marginalt forbedret for de øvrige borgere. I begge de kommunale projekter har der været frafald som følge af sygdom eller

¹¹ Aarhus, Høje-Taastrup og Silkeborg kommuner.

¹² Hvidovre, Gentofte og Nordsjællands hospitaler. Nærmere beskrivelse af forskningsprojektets resultater udestår, da projektet endnu ikke er offentliggjort.

indlæggelse. Et tredje kommunalt projekt mangler endnu at blive afsluttet og resultaterne herfra udestår derfor.

De identificerede **internationale studier** indikerer, at digitalt understøttet hjemmetræning medfører signifikant positive ændringer i borgernes fysiske tilstand. Tre ud af fire studier anvender en seks minutters gang test (6MWT) som et primært outcome. I alle fire studier medfører den digitalt understøttede træning signifikante forbedringer af borgernes 6MWT test sammenlignet med baseline målinger. Endvidere er der indikationer på, at borgere med KOL finder digitalt understøttet genoptræning motiverende. Ét studie fandt, at der blev trænet mere end ordineret, to andre studier konkluderer at træningsformen blev godt modtaget hos borgerne, dog ikke i en grad der oversteg det traditionelle genoptræningsprogram.

3.4.3 Vurdering

På tværs af de kommunale projekter er der mere end 30 forløb, hvor effekten er systematisk dokumentet igennem start- og sluttest. Der ikke anvendt kontrolgrupper, men de opnåede resultater er ensartede på tværs af flere kommuner. Der er i evalueringen og foranalysen tilsammen identificeret et større antal kommuner, som med afsæt i en række forskellige teknologier arbejder med flere forskellige former for digitalt understøttet genoptræning (samt telemedicin) til målgruppen. Vurderingen er derfor at der er **nogen grad af dokumenteret effekt i de kommunale projekter**, og at der er **stor mængde kommunal erfaring** med digitalt understøttet genoptræning af målgruppen.

Der er identificeret fire internationale og ét dansk klinisk studie, heraf er tre RCT-studier, der viser gode resultater og en tydelig træningsmæssig effekt af det digitale element. Effekten er som minimum på niveau med den traditionelle træning i de pågældende studier. Der er en vis grad af varians i de anvendte teknologier, og ikke alle teknologier eller typer træningsforløb er derfor sammenlignelige. Baseret på ovenstående er vurderingen, at der er **høj grad af dokumenteret effekt i de kliniske studier**, og at der er **nogen grad af overførbare** af de kliniske studier til en dansk kommunal kontekst.

3.5 Alment svækkede ældre (geriatri)

Dette afsnit sammenfatter resultaterne vedrørende den kliniske effekt af digitalt understøttet genoptræning til alment svækkede ældre (geriatri). Konklusionerne er baseret på relevante danske kommunale erfaringer samt internationale kliniske studier. Endvidere vurderes mængden af kommunale erfaringer og overførbare af de internationale erfaringer til en dansk kommunal kontekst.

3.5.1 Kort om de identificerede projekter og studier

De her afrapporterede **kommunale erfaringer** med digitalt understøttet genoptræning baserer sig på i alt otte kommunale projekter, der tilsammen omfatter 129 forløb, hvor borgerne er blevet start- og sluttestet, og hvor resultaterne er skriftligt afrapporteret fra projektet. Der er væsentlige forskelle på tværs af de identificerede projekter.

Tre kommunale projekter (Aalborg/Brønderslev, Gribskov og Rudersdal) har fokus på digitalt understøttet hverdagsrehabilitering i regi af hjemmeplejen (Servicelovens §83a). Her foreligger systematiske start- og sluttest af fysisk formåen og selvhjulpethed for mere end 100 borgere, der har gennemgået et relativt ensartet digitalt træningsforløb (mindre variationer i varigheden af den ugentlige træning). Der er forskel på de enkelte kommuners visitation/inklusion af borgere i projekterne, og der er ikke anvendt kontrolgruppe.

Yderligere fire kommunale projekter har alle haft fokus på afprøvning af udvalgte digitale træningsløsninger til en bredere vifte af målgrupper, herunder blandt andet genoptræning og vedligeholdende træning (SUL §140/SEL §86.1 og §86.2) til alment svækkede ældre. Der er i forhold til alment svækkede ældre gennemført et mindre antal relativt forskelligartede digitale træningsforløb (estimeret 15-20 på tværs af de enkelte projekter), hvoraf enkelte forløb er dokumenteret start- og

sluttest af fysisk formåen og nogle med spørgeskema til/interview af borger. Der er tale om eksplorativt afprøvende projekter, og der er ikke anvendt kontrolgruppe.

Det sidste kommunale projekt indgik i foranalysen. Her blev der identificeret i alt omkring 100 træningsforløb inden for denne målgruppe fordelt på 6-8 kommuner og nogenlunde ligeligt fordelt mellem SUL §140/SEL §86.1 og §86.2. En af de deltagende kommuner (Esbjerg Kommune) har efterfølgende offentliggjort evalueringsresultater, der omfatter start- og sluttest på 18 hverdagsrehabiliterende forløb og 10 vedligeholdende træningsforløb for alment svækkede ældre. Der er tale om eksplorativt afprøvende projekter, og der er ikke anvendt kontrolgruppe.

Endvidere har kommunale medarbejdere som led i nærværende evaluerings fokusgrupper beskrevet fem digitalt understøttede træningsforløb rettet mod alment svækkede ældre med forskellige behov (såkaldte to-be forløb, jf. kapitel 5).

Der er i alt identificeret to **internationale kliniske artikler** på området. Det internationale studie anvender et interventionsdesign med start/sluttest for både hjemmeboende borgere og borgere på plejehjem. Den anden identificerede artikel er et litteraturstudie. De kliniske studier, der ligger til grund for litteraturstudiet, er overvejende studier med RCT-design. Det kliniske studie baserer sig på 78 borgere, mens litteraturstudiet baserer sine konklusioner på 16 unikke kliniske studier, der er relevante for alment svækkede ældre. Varigheden af de afprøvede digitalt understøttede træningsforløb i hhv. litteraturstudiet og det kliniske studie spænder fra tre til 20 uger. Frekvensen af træningen varierer fra en til syv træningsgange om ugen med sessioner på mellem 25 og 60 minutters varighed. Flere af studierne gengivet i litteraturstudiet anvender en forløbssammensætning, hvor 50 pct. af borgernes hjemmetræning foregår med anvendelse af computerspil og 50 pct. med anvendelse af traditionelle teknikker.

3.5.2 Klinisk effekt

De første tre **kommunale projekter** viser samlet set gode resultater på både fysisk formåen og selvhjulpethed for 55 pct. af de deltagende borgere. Mindst en tredjedel af de forløb, hvor borgeren ikke har haft effekt, kan forklares med opstået sygdom, fald eller tilsvarende hændelser i forløbet.

For de næste fire kommunale projekter vurderer det sundhedsfaglige personale i fokusgrupperne, at der er god træningsmæssig effekt hos egnede borgere, og at der kan designes digitalt understøttede træningsforløb til disse. Dette underbygges af borgernes udtalelser.

Resultaterne fra det kommunale projekt fra foranalysen konkluderer, at de gennemførte funktionstests viser en målopnåelse (fastholdelse eller forbedring af funktionsevne) hos 75 pct. af borgerne.

Det internationale litteraturstudie konkluderer, at der ikke er entydige resultater, hvilket begrundes med en række faktorer såsom mangelfuld ordinering af fysisk træning og manglende metodologisk stringens i de undersøgte studier at ligge til grund for resultaterne. Det konkluderes, at der generelt mangler konsensus om den optimale forløbssammensætning til forbedring af bevægelsesapparatet hos ældre (ikke kun i forbindelse med digitalt understøttet træning). Det er vurderingen, at den manglende konsensus bidrager til uklare resultater på området. Derudover har få af de relevante studier, som litteraturstudiet baserer sig på, sammenlignet resultaterne med en kontrolgruppe, der ikke modtog træning af nogen art. Disse faktorer samt små stikprøvestørrelser er kerneårsager til, at forfatterne mener, der er usikre kliniske resultater, redskabernes muligheder til trods.

Det identificerede kliniske studie finder, at ældre borgere er overvejende positivt indstillet over for teknologiske hjælpemidler, der opleves som intuitive at anvende. Forfatterne finder endvidere at telerehabilitering leverer højere niveau af tilfredshed hos borgerne. Studiet konkluderer, at telerehabilitering kan bidrage til at øge adgangen til samt frekvensen og intensiteten af rehabilitering for ældre borgere.

3.5.3 Vurdering

Der er mere end 100 forløb i kommunalt regi, hvor effekten er dokumenteret gennem systematiske start- og sluttest. Der er ikke anvendt kontrolgruppe, men der er opnået enslydende resultater på

tværs af flere kommuner. Der er endvidere i både evalueringen og foranalysen identificeret et større antal kommuner, som med afsæt i en række forskellige teknologier arbejder med flere forskellige former for digitalt understøttet træning til målgruppen. Ud fra ovenstående er det vurderingen, at der er en **høj grad af dokumenteret effekt i de kommunale projekter**, og at der er en **stor mængde af kommunale erfaringer**.

Der er identificeret to internationale studier, som indikerer, at den træningsmæssige effekt som minimum er sammenlignelig med traditionel træning. Der er dog metodisk usikkerhed forbundet med resultaterne. Flere af studierne fokuserer på træning i hjemmet og øget ansvar for egen træning, men ikke alle anvendte teknologier er sammenlignelige. Det vurderes derfor, at der er **nogen grad af dokumenteret effekt i de internationale kliniske studier**, og at der er **nogen grad af overførbare** til en dansk kommunal kontekst.

4 BORGERPERSPEKTIV

Dette kapitel sammenfatter resultaterne vedrørende borgernes perspektiv på digitalt understøttet genoptræning. Kapitlet er baseret på kvalitative telefoninterviews med 20 borgere, der samlet set repræsenterer en række forskellige målgrupper og træningserfaringer med flere forskellige digitale træningsløsninger¹³. Overordnet set tager borgerne godt i mod de digitale træningsløsninger, men lægger også stor vægt på betydningen af at kunne møde frem til holdtræning. Endvidere synliggør borgerinterviewene vigtigheden af, at det sundhedsfaglige personale bruger de indsamlede data om borgernes træning aktivt i dialogen med borgerne om justering af konkrete øvelser og den fremadrettede indsats.

Der er opstillet en række effektindikatorer som mål for borgerens perspektiv på digitalt understøttet genoptræning. Med udgangspunkt i evalueringens effektindikatorer er borgerne blevet spurgt ind til deres oplevelser af gevinster og ulemper ved digitalt understøttet genoptræning og øvrige træning. De er spurgt ind til deres motivation for at træne, og vurdering af i hvilket omfang de har fulgt deres træning (compliance). Endelig er borgerne spurgt ind til deres oplevelser af den feedback og vejledning, som de har fået på deres træning samt deres evne til at bruge teknologi, og hvordan de oplever udstyrets brugervenlighed.

På den baggrund er afrapporteringen af resultaterne struktureret omkring fire temaer:

- Oplevede gevinster og ulemper
- Motivation og compliance
- Oplevelse af feedback og vejledning på træning
- Adgang og brugervenlighed.

I afsnittet indgår, som et supplement til borgernes oplevelser, de sundhedsfaglige medarbejderes vurderinger af borgernes udbytte og ageren i den digitalt understøttede genoptræning samt de tilbagemeldinger, de har fået fra borgerne.

4.1 Oplevede gevinster og ulemper

Den første effektindikator vedrører borgernes oplevede gevinster og ulemper ved digitalt understøttet genoptræning. De fire hovediagttagelser vedrørende borgernes oplevede gevinster og ulemper er:

- At borgerne ønsker ansvar for egen krop
- At digitale træningsløsninger kan understøtte mere korrekt egentræning, hvis der er sammenhæng med fremmødetræningen
- At det er godt at få genopfrisket øvelserne via videoer og få opdateret øvelser løbende
- At borgerne kan have svært at holde gejsten, når de træner alene.

4.1.1 Borgerne ønsker ansvar for egen krop

De fleste af de interviewede borgere fremhæver, at de er vant til at have ansvar i det daglige, og at andet ville være underligt, særligt når det gælder deres egen krop. De sundhedsfaglige medarbejdere oplever, at borgerne generelt bliver mere selvstændige og modige, når de træner med udstyret, og at de får mere indflydelse på træningen og større indsigt i deres egen situation.

¹³ Se bilag E om evalueringsdesign og anvendte metoder for en uddybende beskrivelse af de gennemførte borgerinterviews.

Der er dog borgere, som oplever det som en stor omvæltning at skulle være ansvarlig for egen træning og huske at træne derhjemme. Andre borgere, primært ældre, betegner sig selv som autoritetstro og fortæller, at de er vant til at følge autoriteters anvisninger, og at netop det driver dem, når det kommer til digitalt understøttet genoptræning.

Det er som igennem hele livet. Du skal gøre det og det. Og det er der en grund til. Jeg tror, det kommer an på, hvordan man er blevet opdraget. Hvis nogen har gjort sig den besværlighed at finde ud af, hvordan man får det bedre, hvorfor gør man det så ikke? (kvinde, 83 år)

4.1.2 Digitalt understøttet træning giver borgerne fleksibilitet i forhold til tid og sted

Borgerne har med digitalt understøttet genoptræning frihed til at træne på steder og tidspunkter, som passer dem bedst, og denne frihed værdsætter de. Flere af dem, der har udstyret på en telefon eller tablet, beskriver, hvordan de tager det med, når de er i byen eller på arbejde. Nogle synes ligeledes, at hjemmetræningen er særlig fordelagtig de dage, hvor de føler sig skidt tilpas, eller når de ikke har så mange kræfter.

Det var i hvert fald en god måde for mig at træne. Så var jeg jo fri for at skulle køre efter det, for jeg havde ikke mange kræfter dengang (kvinde, 76 år)

Der er borgere, som foretrækker at træne alene, enten fordi deres sygdom gør, at de er beklemt ved at skulle træne med andre, eller fordi de beslutter ikke bryder sig om træning sammen med andre. Disse borgere oplever den digitalt understøttede genoptræning som en gevinst og mulighed for at få trænet.

Vi har her i kommunen tilbud om gratis fitness for pensionister. Men når jeg puster og stønner, så er det nogle gange rarere at være alene. Når der er andre med KOL til stede, er det i orden at puste som et damplokomotiv (mand, 70 år).

De borgere, der er i arbejde, har svært ved at deltage i holdtræningen, da træningen ligger i dagtimerne. For dem er træningen med udstyret derhjemme eller på arbejdet et godt alternativ.

Jeg kan ikke være med på hold. Jeg ved, at kommunen har nogle tilbud, men tidspunktet passer mig ikke, så jeg træner selv. Det er da ellers sjovere, hvis man er flere om det (mand, 60 år).

4.1.3 Digitale træningsløsninger kan understøtte mere korrekt egentræning, hvis der er sammenhæng til fremmødetræningen

Generelt er de interviewede borgere meget tilfredse med først at få forevist øvelser af en sundhedsfaglig medarbejder og senere at kunne gense dem på en video. Flere borgere glemmer de instruktioner, som de får fra den sundhedsfaglige medarbejder, når de kommer hjem, og her kan videoer hjælpe dem med at huske øvelserne. Borgerne beskriver videoerne som mere retvisende end øvelser på et papir, og videoerne giver borgerne en sikkerhed for, at de laver øvelserne korrekt.

Så får man papirer med en masse tegninger, men man kunne se dem lidt mere livagtigt inde på [udstyret]. Det var faktisk meget bedre, for sådan en tegning kan godt være lidt misvisende. Det var mere livagtigt i 3D, så man får mere forståelse for, hvordan hele kroppen skal være i stedet for kun benet, der er et hævet ben på en tegning (kvinde, 32 år).

For de interviewede borgere er det vigtigt, at øvelserne i træningscenteret og på udstyret stemmer overens, og at den sundhedsfaglige medarbejder lægger nye øvelser ind undervejs i det træningsprogram, som de har derhjemme. Nogle borgere har oplevet dette, andre har fået opdaterede øvelser på papir, mens andre igen ikke har fået opdateret øvelser undervejs. Nogle borgere er selv opsøgende i forhold til at få justeret deres øvelser, så de passer til deres præferencer og fysiske formåen, mens andre ikke er proaktive i den retning.

4.1.4 Borgerne kan have svært ved at holde gejsten, når de træner alene

Hovedparten af de interviewede borgere vurderer, at de får lavet færre øvelser derhjemme end ved holdtræningen, og at det er svært at holde gejsten oppe, når de træner alene. De finder det udfordrende at skulle melde tilbage til en maskine og mangler den menneskelige kontakt.

Når jeg bor her alene, og jeg sidder og næsten ikke kan få vejret, så skal jeg ikke sidde og fortælle tabletten, hvor dårligt jeg har det. Der havde det været smartere, hvis der var en, der ringede en gang imellem og spurgte, "hvordan har du det?" Jeg var meget alene. Tabletten kan ikke rigtig gøre noget for mig (kvinde, 57 år).

4.2 Motivation og compliance

Den anden effektindikator vedrører borgernes motivation og compliance. De otte hovediagttagelser af borgernes motivation og compliance er:

- At påmindelser motiverer til træning
- At udstyret skal være synligt og en del af dagligdagen
- At træningsprogrammerne skal være skræddersyede
- At spørgsmål om selvvurderet helbred motiverer nogle og demotiverer andre
- At det motiverer at komme hurtigt tilbage til funktionsniveau og have færre symptomer
- At holdtræning virker mest motiverende
- At de fleste får mere ud af egentræning, når de bruger en digital træningsløsning
- At træningsindsatsen falder, når udstyret afleveres.

4.2.1 Påmindelser motiverer til træning

Som en umiddelbar motivationsfaktor fremhæver borgerne det at få en påmindelse om, at de skal træne, da der går lang tid, før træningen bliver en del af deres daglige rutiner. Det virker også motiverende, når pårørende minder om, at borgeren skal træne, eller hvis den pårørende ligefrem træner med. Borgernes vurderinger er, at påmindelserne gør, at de får trænet mere, end de ville have gjort uden. For at påmindelserne skal have den ønskede virkning, skal de dog komme på de rigtige tidspunkter på dagen, og ikke mens borgeren er optaget af andre gøremål.

Jeg kan huske, jeg altid fik dem [påmindelserne], når vi skulle til at spise med børnene, og det var jo ikke lige der, man går ind og laver øvelser. Hvis man ikke får gjort det, når man får den [påmindelsen], så får man måske ikke lige husket at gøre det senere. Det kunne være rart at få dem på et tidspunkt, der passer ind i ens eget liv (kvinde, 32 år).

Nogle af de interviewede borgere beskriver udstyret og påmindelserne, som en "skjult personlig træner", der holder dem i ave. Det motiverer mange dels at skulle registrere træningsindsatsen og dels at kunne følge med i egen træningsindsats over tid. Mest af alt motiverer det dog at vide, at en sundhedsfaglig medarbejder følger med i deres træning.

Jeg har brugt den til at få sat system i det [træningen]. Den har fungeret som en skjult personlig rådgiver. Det giver en vis tryghed, at der var en person, der fulgte dig på en eller anden vis. Uden at have en person indblandet havde du en støtte (mand, 60 år).

4.2.2 Udstyret skal være synligt og en del af dagligdagen

Nogle af de interviewede borgere er glade for, at de kan bruge deres tablet/iPad til andre ting end kun træning. De ser på madopskrifter, vejrudsigten og tekst tv og "hygger" sig med den. Således er tabletten noget, de har inden for syns- og rækkevidde og træningen bliver dermed også lettere en del af deres dagligdag. Andre kan ikke bruge deres tablet til andet end træning og er ærgerlige over dette. Det betyder også, at nogle ikke har den liggende fremme og derfor glemmer at træne.

En af de evaluerede løsninger kræver en del plads i hjemmet og dermed en ændret indretning i borgernes hjem, men de interviewede borgere synes, det er ok, da det afspejler den situation, de er i på det pågældende tidspunkt, hvor deres lidelse fylder meget.

4.2.3 Træningsprogrammerne skal være skræddersyede

Nogle af de interviewede borgere finder, at der er for få og for ensformige øvelser til at træningen virker motiverende, men hvis programmet derimod er skræddersyet til dem, og hvis øvelserne bliver

opdateret, efterhånden som de får det fysisk bedre, føler borgerne sig ekstra motiverede for at træne hjemme.

NN [sundhedsfaglig medarbejder] introducerede det for mig, og vi gennemgik de forskellige ting, og hun lavede nogle opgaver til mig. Dem prøvede jeg så af, og så evaluerede jeg og tilbagemeldte lidt – nogle synes jeg godt om, andre var for lette/svære, og så justerede vi undervejs. NN [sundhedsfaglig medarbejder] har været modtagelig for al respons fra mig, hun har virkelig lyttet til mig. Det har været vigtigt (kvinde, 55 år).

4.2.4 Spørgsmål om selvvurderet helbred motiverer nogle og demotiverer andre

For nogle af de interviewede borgere virker det motiverende at svare på spørgsmål om selvvurderet helbred, inden de går i gang med træningen, da det medvirker til, at de træner mere de dage, hvor de er blevet opmærksomme på, at de har det godt.

Når man skulle svare på alle de spørgsmål, der blev stillet: Hvordan har du det i dag? Og hvor mange gange har du gjort det? Så tænkte man "du har det jo egentlig meget godt", og så tog man lige en ekstra tur (kvinde, 67 år).

For andre virker det derimod demotiverende at blive mindet om deres helbred, da de har det dårligt hver dag, og at skulle det kan være med til at få dem til at resignere i forhold til træningen, at de skal svare på spørgsmål om selvvurderet helbred.

Hver dag skulle du gå ind, og så skulle du fortælle, hvordan du havde det. Der var en sur smiley, en mellem smiley og en glad smiley. Og du skulle jo altid have den dårlige smiley, for du havde det jo aldrig godt (kvinde, 57 år).

4.2.5 Det motiverer at komme hurtigt tilbage til funktionsniveau og have færre symptomer

Borgere med akut opståede lidelser f.eks. i bevægeapparatet eller af neurologisk karakter er motiverede af at komme hurtigt tilbage til funktionsniveau.

Fra dag ét var jeg ikke parat til, at jeg ikke kunne gøre det samme som før. Jeg har hele tiden været meget målrettet med at træne, og jeg har trænet rigtig meget. Jeg ville tilbage til at kunne klare mig, som jeg har gjort tidligere (kvinde, 55 år).

Borgere med kronisk sygdom bliver derimod motiverede, hvis de oplever at få færre symptomer efter træningen, hvilket de typisk kan mærke dagen efter.

4.2.6 Holdtræning virker mest motiverende

I forhold til den fysiske dimension betegner borgerne holdtræningen som "mere gennemgribende", da de også kan lave øvelser på træningsmaskiner. De fleste af de interviewede borgere foretrækker holdtræning frem for træning i hjemmet, da de oftere får taget sig sammen til at træne, når de ved, at der er nogen, der venter på dem, og der bliver 'hanket op' i dem. De synes, at der er stor forskel på at have menneskelig kontakt fremfor at skulle lave øvelser med en computer. Når de træner derhjemme, har de en tendens til at 'springer over hvor gærdet er lavest', hvorimod de giver den en ekstra skalle, når de træner sammen med en sundhedsfaglig medarbejder, da de bliver vejledt og opmuntret til flere gentagelser. Det samme gælder, når de træner sammen med ligesindede borgere, som de kan sammenligne sig med.

Det er jo på en hel anden måde, når du går til træning. Der tager du lige en ekstra en, for alle andre kan, så kan du fandeme også. Men herhjemme behøver du ikke gøre det, for der er ikke nogen, der holder øje (kvinde, 57 år).

Nogle borgere efterspørger, at udstyret, på samme vis som en sundhedsfaglig medarbejder, kan opildne dem, mens de træner.

Det er godt, når der står en fysioterapeut foran mig og siger: 'Så tag et halvt minut mere – nu kan du lige give det sidste'. Det siger iPaden jo ikke til mig (kvinde, 74 år).

Oplevelsen med manglende opbakning fra udstyret i eget hjem, kan de sundhedsfaglige medarbejdere godt genkende. De vurderer, at netop opbakning er vigtig for de mest sårbare borgere.

Der er ikke nogen opbakning i selve app'en, og det er der rigtig mange af borgerne, der har brug for, det er sådan nogle 'motionsuvante', 'ikke motiverede til træning borgere', og de har brug for et rygklap, de får bare sådan en: 'du går for langsomt'. Den her målgruppe er så sårbar, så der vil jeg næsten hellere have, at de bliver skamrost, end at de ikke får noget ros (sundhedsfaglig medarbejder).

De sundhedsfaglige medarbejdere oplever ligeledes, at særligt de ældre borgere bliver glade for at træne, når de er sammen med andre, og at det sociale betyder meget for motivationen til at træne. De sundhedsfaglige medarbejdere oplever ligeledes, at motivationen for at træne med en digital træningsløsning kan smitte, hvis en borger hører andre borgere sige, at det er spændende eller sjovt.

Flere borgere er ærgerlige over, at holdtræningen er begrænset til en forholdsvis kort periode. Dette gælder særligt borgere med kronisk sygdom, som ikke umiddelbart bliver raske igen. Der er flere af borgerne med kronisk sygdom, der ligefrem føler sig heldige, når de bliver indlagt, da det betyder, at de får bevilliget ny træning i kommunen.

Efter de der indlæggelser får jeg lov at træne igen, og det er en god ting - altså ikke at jeg skal indlægges for at få lov (kvinde, 74 år).

4.2.7 De fleste får mere ud af egentræning, når de bruger en digital træningsløsning

Hovedparten af de interviewede borgere vurderer, at de får trænet mere, end de ville have gjort, hvis de ikke havde udstyret, da påmindelserne fra udstyret påskynder dem til at træne.

Den har den fordel, at jeg får trænet mere – helt afgjort for du har lidt dårlig samvittighed, Du skal helst lave noget hver dag, og der skal helst stå noget hver dag, og det gør jeg jo ellers ikke. Så den skubber til, at man får trænet noget mere (kvinde, 74 år)

Nogle borgere følger det træningsprogram, de har fået, til punkt og prikke, mens andre ikke får trænet så meget, eller endog skriver mere træning på, end de reelt har lavet. Borgerne er opmærksomme på, at det kun er dem selv, de snyder, men føler en forpligtelse til at registrere træning, af 'hensyn til' den sundhedsfaglige medarbejder, selvom det ikke er helt korrekt.

Så var der måske nogen gange hvor "ej, jeg smækker lige en halv time på" det er mere realistisk - det gjorde jeg i går. Det behøver ikke være rigtigt, det jeg skriver, men hvem er det jeg narrer? (kvinde, 57 år).

Nogle borgere siger, at de slet ikke eller kun i meget lille omfang har brugt det udstyr, de fik udleveret, mens en enkelt siger, at hun ikke har bedt om at få support til udstyret, da hun ikke har brug for flere nederlag, hvilket har medført, at hun ikke har fulgt det planlagte træningsprogram.

Der kan være dem, der ikke har rørt den så meget. Man ringer jo ikke og siger, at man ikke kan finde ud af det, for du har det jo dårligt i forvejen – du skal jo ikke have et nederlag mere (kvinde, 57 år).

De borgere, som er svært fysisk udfordrede, har vanskeligt ved at gennemføre træningen, fx hvis de bærer på et iltapparat, og de får derfor ikke trænet særligt meget.

Sammenlignet med træningen på hold vurderer de fleste borgere, at de holder flere og længere pauser derhjemme og føler mindre ansvar med hjemmetræningen.

Det [holdtræningen] er pisker over nakken. Det, jeg gør herhjemme, der holder jeg måske længere pauser, end hvad jeg gør på holdet. Det må jeg indrømme (mand, 70 år).

4.2.8 Træningsindsatsen falder, når udstyret afleveres

Hjemmetræningen virker fastholdende på nogle af de interviewede borgere, hvis de vel at mærke har udstyret til at træne videre derhjemme efter at forløbet er afsluttet. Nogle borgere er kede af at skulle aflevere udstyret igen i forbindelse med, at deres forløb afsluttes, da de vurderer, at deres træningsindsats falder. Nogle af de borgere, der har mulighed for at træne videre med det elektroniske udstyr, efter at træningen officielt er afsluttet, vil gerne dette.

Jeg er glad for det program, for når jeg stopper i dag, så har jeg programmet, og så ved jeg, hvad jeg skal lave. Men som jeg hele tiden har sagt, så kan programmet ikke stå alene (mand, 50 år).

Der er også borgere, der ikke vil fortsætte med at låne udstyret efter endt træningsforløb, selvom de får det tilbudt, med den begrundelse at de ikke har brudt sig om den digitale træning.

Nogle borgere oplever, at det tager tid at få indarbejdet hjemmetræningen i deres daglige rutiner. Nogle gange lykkes det at få træningen integreret i hverdagslivet, andre gange skal udstyret afleveres, inden det lykkes.

Det tager lang tid, fordi man skal indarbejde nogle rutiner. Man skulle lære øvelserne at kende, samtidig med at man skal huske at lave dem rigtigt. Det er en ny måde at få vaner på (Kvinde, 32 år).

De sundhedsfaglige medarbejdere fortæller ligeledes, at det er ærgerligt, at udstyret skal afleveres til kommunen så hurtigt efter træningsforløbets afslutning, da det betyder, at borgerne ikke i tilstrækkelig grad får tid til at indarbejde rutiner med at træne.

Når de er færdige med maskinen, så leverer de den tilbage så hurtigt som muligt. Det er ikke noget med, at de bliver afhængige af træningen, og det havde jeg egentlig håbet lidt på (sundhedsfaglig medarbejder).

4.3 Oplevelse af feedback og vejledning på træning

Den tredje effektindikator vedrører borgernes oplevelse af feedback og vejledning på træning. Den væsentligste hoveddiagtagelse er:

- At mangelfuld eller utroværdig feedback demotiverer

Borgere fra én kommune får opfølgende mails undervejs i deres forløb, men ellers har feedback og vejledning, ifølge de interviewede borgere, hovedsageligt foregået i forbindelse med fremmøde til holdtræningen og ikke løbende i form af mail eller telefonopkald.

Jeg tror kun, at fyssen kan se min træning, når jeg har iPad'en med derover (mand, 70 år).

I forlængelse heraf oplever hovedparten af de interviewede borgere, at de får for lidt information om, hvilke fordele der er ved at træne med udstyret, og hvad der sker med de data, som de indtaster. Det vil sige, om de bliver brugt til noget undervejs og efterfølgende, og om deres data bliver slettet, når de har afleveret udstyret.

Hvad fik I [spørgsmål til kommunen] ud af de dagbøger vi førte? Kom der et resultat ud af det? Eller var det bare noget, vi gjorde, så I [kommunen] kunne følge med i hvad vi lavede? Havde det noget formål? Det kunne jeg da godt tænke mig at vide (kvinde, 74 år).

De fleste borgere ved ikke, om en sundhedsfaglig medarbejder følger med i deres træning derhjemme, men en del har oplevet, at medarbejderen ikke har fulgt op på manglende træning, som de ellers havde fået sat i udsigt, at de ville, og dette virker demotiverende på borgerne.

Vi fik at vide, at hvis vi havde det rigtig dårligt, ville han ringe os op, men det gjorde han ikke... Han sagde, at han kunne gå ind og tjekke, hvis vi ikke havde brugt vores tablet nogen gange, men jeg har ikke hørt et kvæk. Det er lidt dårligt. Jeg tænkte, han ringer jo nok, og jeg turde ikke gå nogen steder uden mobilen. Og jeg har ligget på hospitalet med lungebetændelse, men jeg har intet hørt, og det har været 14 dage, hvor jeg ikke har brugt den tavle der (kvinde, 57 år).

Enkelte interviewede borgere har oplevet at få en utroværdig feedback fra en sundhedsfaglig medarbejder ved fx at få ros for en træningsindsats, som borgeren har fundet meget ringe eller fra udstyret ved fx at få en sur smiley efter en god træningsindsats. Begge ting har virket demotiverende.

Der var jo ikke nogen der tjekkede, om du brugte det eller ej. Og jeg troede faktisk, at jeg var rimelig dårlig til det, men NN [sundhedsfaglige medarbejder] sagde, at jeg var en af dem, der havde brugt den mest. Det var jeg lidt benovet over, for jeg synes fandeme ...Der kunne godt gå en uge, hvor jeg ikke brugte den. Men jeg har en hund, og den er jeg jo nødt til at gå tur med. Så jeg var da ude hver dag, og så var jeg tilbage og skrive ind på den (kvinde, 57 år).

4.4 Brugervenlighed og evne til at bruge teknologi

Den fjerde effektindikator vedrører borgernes oplevelser af brugervenlighed og deres evne til at bruge teknologi. De to hovediagttagelser er:

- At de digitale træningsløsninger generelt opleves som lette at bruge, men nogle borgere har problemer
- At borgerne har udviklingsforslag til teknologien.

4.4.1 De digitale træningsløsninger opleves generelt som lette at bruge, men nogle borgere har problemer

De fleste af de interviewede borgere bruger teknik i deres hverdag, nogle dog kun af "nød og trang". De interviewede borgere finder generelt løsningerne nemme og overskuelige, og de værdsætter, at de kan bruges på en telefon eller tablet. Dog er der eksempler på udstyr, der er svært at træne med på grund af problemer med fx indstillinger og lyd.

Jeg tænkte åh nej, men det måtte jeg jo så lære. Det tog mig mindre end fem minutter at komme ind i den. Så jeg vil vove den påstand, at det kan enhver finde ud af (mand, 69 år).

Borgerne er generelt glade for den introduktion, de har fået til udstyret, men de fleste borgere siger, at de først lærer udstyret at kende, når de har siddet og arbejdet med det selv.

Når man bliver introduceret til noget nyt, så er det bedst, hvis man sidder derhjemme og piller ved det selv. Altså, du kan ikke huske halvdelen, når du kommer hjem alligevel. Der er mange ting, du får ind i hovedet samtidig med, at du skal sidde og prøve at trække vejret (kvinde, 57 år).

Nogle af de interviewede borgere tøver med at bruge teknik, fordi de er bange for at ødelægge udstyret, og flere fremhæver, at de har venner og bekendte, som de vurderer, ikke vil kunne anvende og have glæde af udstyret på grund af manglende tekniske evner.

Jeg er ikke særlig teknisk anlagt, jeg glemmer tingene, og hvordan jeg skal gøre det. Det var svært at bruge den. Nogle gange gik det, men hvis jeg så fik lavet en fejl, så kunne jeg ikke finde ud af at komme ud af den igen. Jeg tror, der er mange i min aldersklasse, der har problemer med det. Man laver en fejl, og så er man bange for at få ødelagt mere end man gavner og få slettet noget, jeg ikke skulle slette (kvinde, 76 år).

4.4.2 Borgerne har udviklingsforslag til teknologien

Nogle af de interviewede borgere kommer med forslag til udvikling af løsningerne. Fx ønsker nogle mulighed for at indlægge en konkurrence (med sig selv) i løsningen - dette gælder, ifølge de sundhedsfaglige medarbejdere, særligt de mandlige borgere. Nogle vil også gerne kunne notere, hvor intensivt de har trænet, og ikke blot at de har trænet.

Men en ting jeg savner, det er sådan noget vægttræning. De spørger ikke, hvilken vægt jeg bruger. Det de rapporterer her, det er hvor meget jeg har rørt mig, ikke hvor hårdt det har været (mand, 70 år).

Nogle borgere synes, at det virker forkert at skulle registrere dagligdagsaktiviteter som træning, da det for dem er ting, der bare skal gøres. Andre borgere kan ikke genkende sig selv i de spørgsmål, som de skal besvare, når det bliver bedt om at vurdere egne symptomer eller almentilstand.

De folk, der har med det der at gøre [udvikling af app], de aner ikke en dyt om KOL. De burde nok tage en syg med i forløbet. I hvert fald når de spørger, hvordan har du det i dag? Det der med hvilken farve dit opkast eller slim er, det gav ikke mening – det er altid grønt (kvinde, 57 år).

5 MEDARBEJDERPERSPEKTIV

Dette kapitel sammenfatter resultaterne vedrørende medarbejdernes perspektiv på digitalt understøttet genoptræning til borgere på tværs af de udvalgte målgrupper i spor 2. Kapitlet bygger på 10 fokusgrupper med i alt 31 sundhedsfaglige medarbejdere. Overordnet set viser fokusgrupperne, at de interviewede sundhedsfaglige medarbejdere arbejder med digitalt understøttet genoptræning på en række forskellige måder og med forskelligt ambitionsniveau i forhold til teknologiunderstøttet omlægning af eksisterende arbejdsgange og træningsforløb. I forlængelse heraf har de interviewede medarbejdere forskellige erfaringer og forskelligt perspektiv på teknologiens muligheder. Det er dog gennemgående, at medarbejderne ofte kombinerer digitalt understøttet egentræning med træning ved fysisk fremmøde i de konkrete forløbssammensætninger, og at de tager udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte borger – og ikke altid med afsæt i diagnose eller træningsbehov – når de beslutter, om borgeren er egnet til at modtage digitalt understøttet genoptræning.

Dette kapitel sammenfatter resultater og observationer fra de 10 gennemførte fokusgrupper med i alt 31 medarbejdere fra de 9 kommuner, der indgår i evalueringens spor 214. De interviewede medarbejdere udtaler sig om digitalt understøttet genoptræning med afsæt i 21 forskellige konkrete træningsforløb baseret på seks forskellige teknologier.

Der er opstillet en række effektindikatorer som mål for medarbejdernes perspektiv på digitalt understøttet genoptræning. Med udgangspunkt i evalueringens effektindikatorer er der gennemført fokusgrupper med fokus på medarbejdernes oplevelser af gevinster og ulemper ved digitalt understøttet genoptræning, deres oplevelser i relation til ændrede roller og arbejdsopgaver samt deres vurdering af, hvordan digitalt understøttede træningsforløb kan sammensættes.

På den baggrund er afrapporteringen af resultaterne struktureret omkring tre temaer:

- Medarbejdernes opfattelse af den digitale træningsløsning
- Medarbejdernes opfattelse af ændring i arbejdstilrettelæggelse
- Medarbejdernes opfattelse af forløbssammensætningen.

Det er disse tre overskrifter, der vil strukturere de følgende afsnit.

5.1 Medarbejdernes opfattelse af den digitale træningsløsning

Det første tema vedrører medarbejdernes opfattelse af den digitale træningsløsning, og her er de fire væsentligste iagttagelser:

- Digitale træningsløsninger kan gøre det lettere at lave træningsprogrammer tilpasset den enkelte borger
- Medarbejderne oplever, at træningsvideoer understøtter en mere korrekt egentræning hos borgerne
- De fleste medarbejdere ser et potentiale i digitale træningsløsninger, der giver feedback om borgernes træning

¹⁴ Se bilag E om evalueringsdesign og anvendte metoder for en uddybende beskrivelse af de gennemførte fokusgrupper.

- Tekniske problemer med brugen af digitale træningsløsninger opleves i nogle tilfælde som en barriere for brugen.

5.1.1 Digitale træningsløsninger kan gøre det lettere at lave træningsprogrammer tilpasset den enkelte borger

Hovedparten af medarbejderne i fokusgrupperne fremhæver specielt de digitale træningsløsninger, der gør det nemt at lave træningsprogrammer. Her er det vigtigt, at løsningerne er tilpasset medarbejdernes behov i hverdagen. Derfor er det en gevinst, hvis medarbejderne hurtigt og nemt:

- Kan lægge nye øvelser ind i træningsprogrammet undervejs.
- Kan gøre en øvelse nemmere eller sværere.
- Kan finde de øvelser, de skal bruge.
- Kan lave individuelle træningsprogrammer eller bruge et standardtræningsprogram, som er udarbejdet af en kollega eller til fælles brug i træningscentret.

Generelt oplever medarbejderne, at de bruger et større udvalg af øvelser og kan sammensætte mere forskelligartede træningsprogrammer end uden de digitale træningsløsninger.

Flere medarbejdere ser det som en fordel, at træningsløsningen har en printfunktion, så de kan bruge en papirversion til de borgere, der ikke har mulighed for at anvende træningsløsningen elektronisk. På den måde kan medarbejderne bruge samme værktøj til en større andel af deres borgere.

Hele arbejdsgangen med at give træningsprogram med hjem, det fungerer meget bedre synes jeg. Enten at give dem noget på print eller e-mail. Noget, de kan studere deres øvelser ud fra, afhængig af hvad der passer til dem. Det fungerer rigtig godt (medarbejder).

I forlængelse heraf oplever mange af de interviewede medarbejdere det som en ulempe, hvis øvelserne i den digitale træningsløsning ikke passer til deres målgruppe. Det kan eksempelvis skyldes, at nogle øvelser er beregnet til brugere af fitnesscentre og har et højt intensitetsniveau eller kræver redskaber. Det er øvelser som eksempelvis ældre borgere i eget hjem ikke vil kunne bruge. At øvelserne ikke passer til målgruppen kan også skyldes, at øvelsesbanken ikke indeholder øvelser til medarbejdernes specifikke målgruppe - eksempelvis borgere, der skal have specifikke rygøvelser - og hvor medarbejderne ikke har fået efterspurgt øvelserne hos leverandøren eller ikke selv har fået lagt dem ind. Et andet eksempel er, at øvelserne henvender sig til børn enten i form af et barnligt interface eller børn i øvelsesvideoerne, og det er voksne eller ældre, der skal udføre bruge løsningen.

Det kan også skyldes, at træningsløsningen ikke findes på deres borgers modersmål. Her efterspørger medarbejderne eksempelvis, at øvelserne bliver oversat til kurdisk, tyrkisk og arabisk.

Der er også noget med sproget, som jeg godt kunne tænke mig var anderledes. Vi har en del etniske borgere. Og man kan kun få programmet på nordiske sprog og engelsk. Man kan ikke få det på tyrkisk. Det betyder, at vi skal bruge meget tid på individuel træning med tolk, og vi kan ikke sende et træningsprogram ud til dem, for det kan de ikke forstå (medarbejder).

Hvis medarbejderne i disse situationer har nem adgang til ikke-digitale alternativer som eksempelvis forprintede pjecer med træningsprogrammer eller hvis de tegner tændstikmænd og udleverer til borgerne, vil medarbejderne være tilbøjelige til at vælge disse ikke-digitale løsninger, hvis nogle af ovenstående ulemper er til stede.

Hvis den digitale træningsløsning omvendt kan tilbyde en træningsmulighed for borgeren, som medarbejderne ikke kan finde et alternativ til, vil medarbejderne ofte være mere overbærende med løsningens ulemper og stadig tilbyde det som en mulighed for borgerne.

I forlængelse heraf oplever hovedparten af de interviewede medarbejdere løsninger med store øvelsesbanker på tværs af diagnoser som gode, da sandsynligheden for, at der er øvelser, som fysioterapeuterne bruger i forvejen, er høj. Disse løsninger har sammenlignet med de mere skræddersyede og diagnosespecifikke løsninger mere professionelt indspillede videoer og avancerede søgefunktioner. Løsninger med store øvelsesbanker er mere udbredte i kommunerne end de mere diagnosespecifikke løsninger, hvilket medarbejderne oplever som en gevinst, blandt andet

fordi studerende og nytilkomne medarbejdere kender løsningen i forvejen og kan gå direkte i gang med at bruge løsningen, ligesom det ses som en fordel, hvis løsningen er kendt og afprøvet i andre kommuner, da det gør medarbejderne mere trygge ved, at løsningerne er velafprøvede og fungerer, og at de har mulighed for at ringe til de andre kommuner og få hjælp eller svar på spørgsmål.

Mange af de interviewede medarbejdere kan være tilbageholdne med at bruge digitale træningsløsninger, hvis øvelserne ikke bruger faglige betegnelser. Det skyldes, at det kan være svært at søge øvelserne frem eller huske øvelserne fra hinanden, fx hvis øvelserne hedder benøvelse 1, 2 og 3. Nogle medarbejdere oplever primært, at det er i store øvelsesbanker, hvor det kan være svært at søge øvelser frem.

5.1.2 Medarbejderne oplever, at træningsvideoer understøtter en mere korrekt egentræning hos borgerne

Alle udvalgte træningsløsninger undtagen én benytter sig af videoer til at gengive øvelser for borgere. Medarbejderne er enige om, at videoerne er en stor gevinst i træningsløsningen, da det bidrager til at borgeren udfører træningen mere korrekt.

De øvelser, som de får på papir, de bliver hurtigt til deres øvelser, hvor de laver dem fuldstændig forkert. Der er større sikkerhed for, at de laver øvelserne rigtigt. Det er et stort plus (medarbejder).

Som borger behøver man heller ikke at holde sig tilbage, hvis man har brug for en ekstra gang instruktion. Hvis man står foran en fysioterapeut, kan man måske godt lade være med at spørge igen, hvis fysioterapeuten kommer til at sukke. Ved videoerne kan de få det gentaget i det uendelige (medarbejder).

I nogle træningsløsninger er der flere videoer til samme øvelse men med forskellige målgrupper. Her oplever medarbejderne det som en fordel, hvis de kan vælge videoer med eksempelvis ældre mennesker til deres ældre borgere, da medarbejderne mener, at det øger borgerens motivation at kunne relatere til det, som de ser på videoen.

I mange af videoerne er det borgere i eget hjem, der viser øvelserne – det betyder, at det kommer i øjenhøjde, at det bare er ”Hr. Olsen i egen stue”. Det var rigtig vigtigt (medarbejder).

Nogle af de interviewede medarbejdere oplever dog, at nogle videoer og instruktionstekster instruerer forkert og upræcist i, hvordan borgerne skal udføre øvelser.

5.1.3 De fleste medarbejdere ser et potentiale i digitale træningsløsninger, der giver feedback om borgernes træning

Hovedparten af de interviewede medarbejdere oplever det som en gevinst, når den digitale træningsløsning kan lave aktivitetsrapporter over borgernes træning, fordi de derigennem nemt kan få et overblik over, hvor meget de enkelte borgere får trænet.

En anden styrke er, at der ligger en aktivitetsrapport til os, når de indtaster deres træning, så der sker en interaktion mellem os, når de træner. Det er vigtigt for borgerne. Indimellem skriver jeg også beskeder til dem, og det gør, at de ved, at der sker noget i *den anden ende (medarbejder)*.

Aktivitetsrapporter af en sådan art kan anvendes i tre af de digitale træningsløsninger, hvor borgeren eller medarbejderen indrapporter træningsaktivitet. Flere af de medarbejdere, der bruger en løsning uden aktivitetsrapporter, efterspørger denne mulighed.

En enkelt træningsløsning registrerer aktiviteter og andre sundhedsinformationer om borgeren i en landsdækkende databank, som medarbejderne i kommunerne ikke har direkte adgang til. Medarbejderne oplever også dette som en gevinst, da de ved at udlevere løsningen til borgerne kan bidrage til at skabe evidensbaseret praksis inden for deres træningsområde. De ønsker dog stadig selv at kunne få adgang til databanken:

Det kunne være rart for os, der arbejder med det, men også i forhold til hvad der skal rapporteres videre i systemet. Jeg har ingen tal, der viser hvor fantastisk det her er. Eller ufantastisk. Så et eller andet sted kunne det være godt, hvis man kunne samle op på det på en eller anden måde (medarbejder).

Ikke alle interviewede medarbejdere kan dog se fordelene ved at bruge aktivitetsrapporter. Flere oplever dem således som unuancerede og bliver forvirrede over, hvordan de skal bruge dem. Nogle medarbejdere synes fx, at det er svært at vide, hvad en sur smiley dækker over og savner mere nuanceret information om, fx hvor mange træningsøvelser borgeren har lavet.

Der kommer nogle fine rapporter og grafer til alle borgere, der giver et meget hurtigt overblik. Og så kommer der de der triste smileyer, og når man ikke kender borgeren tænker man, er han nu ved at begå selvmord eller hvad? Det er en underlig information at få, når man har en aftale om, hvornår man skal kontakte borgerne. Man kan ikke ringe op hele tiden. Vi prøver at lægge ansvaret ud til dem, så de kontakter os, hvis der er problemer. Man prøver at lave tydelige aftaler. De skriver, hvis de er på ferie eller er indlagt, eller hvis de har haft det skidt og ikke har trænet, så vi er orienterede, så vi ikke behøver at kontakte dem hele tiden. Vi har ikke brug for at se den dårlige smiley. Hvis de holder op med at træne, så har de det dårligt, set fra vores synsvinkel (medarbejder).

Andre medarbejdere oplever, at det er svært at vide, hvornår de skal følge op på en borger på baggrund af aktivitetsrapporterne og efterspørger en systematik omkring opfølgningen. Disse ulemper gør, at medarbejderne enten ikke benytter sig af aktivitetsrapporterne eller slår nogle af funktionerne fra i løsningen.

5.1.4 Tekniske problemer med digitale træningsløsninger opleves i nogle tilfælde som en barriere for brugen

Flere af de interviewede medarbejdere påpeger, at billedkvaliteten i nogle løsninger kunne være bedre. Det drejer sig bl.a. om videoer, der er filmet i modlys, at instruktøren i videoerne ikke instruerer tydeligt nok, eller at det ikke er "rigtige" mennesker, der udfører øvelserne. Det kan også dreje sig om illustrationer, der er utydelige eller ligner noget andet, end hvad det skal forestille.

Det er tegnede mennesker eller billeder og ikke rigtige mennesker, der laver øvelser. Det har vi også snakket om fx i forhold til demensborgere. Der kan det have en værdi at have rigtige billeder. Optimalt set havde vi hellere set, at det var rigtige billeder (medarbejder).

En løsning gør brug af lyd som feedback til borgeren undervejs i øvelser. Her opstår der problemer, da denne feedback ikke er høj og tydelig nok, hvis borgeren anvender løsningen udenfor i larmende omgivelser som fx trafik. En medarbejder oplever desuden lyden i app'en som mangelfuld, demotiverende og med for lidt "ros". Derudover vurderer en medarbejder, at borgeren kan risikere at få forkerte træningsresultater, fordi app'en ikke udsender feedback i form af lyd på de rigtige tidspunkter til borgeren.

Hvor medarbejderne generelt accepterer en lav billedkvalitet, forholder de sig mere kritisk over for dårlig lyd kvalitet og synes, at det er i orden, hvis deres borgere benytter anden form for støtte i træningen til fx tidstagning, hvis borgerne er meget generet af lyd kvaliteten i den digitale løsning.

Udover kvaliteten af billede og lyd i de digitale træningsløsninger nævner de interviewede medarbejder også en række andre tekniske problemer, der dog ikke opleves som afgørende for, om medarbejderne vælger at bruge løsningerne eller ej. De skal derfor mere ses som opmærksomhedspunkter i relation til brugen af digitalt understøttet træning eller som ønsker til fremtidig udvikling af de anvendte løsninger.

Selvom mange medarbejdere oplever problemer med kommunens it og det fysiske udstyr som fx telefoner, tablets eller iPods, der er forbundet med de digitale træningsløsninger, bliver problemer som dårlig mobildækning eller at programmet "fryser" bagatelliseret.

Vi kan også komme i områder, hvor der er dårlig mobildækning. Det kender vi jo alle sammen (medarbejder).

Ved flere træningsløsninger oplever medarbejderne det som en ulempe, at borgerne ikke har mulighed for at få udleveret en tablet, de kan bruge af kommunen.

Ja, jeg tror også de [borgerne] tænker: nu skal jeg bruge den her i en periode, og så leverer jeg den tilbage igen. Men hvis de kunne brænde for det, og gerne ville fortsætte, det kræver så også at de selv har en tablet derhjemme og selv kan få appen. Og det ved jeg i hvert fald at en af dem ikke har (medarbejder).

Nogle medarbejdere har oplevet uforudsete udfordringer med at få udstyr indsamlet fra borgerne efter endt træningsforløb.

Enkelte medarbejdere oplever, at meget langsomme computere og specielle sikkerhedsindstillinger i kommunen kan gøre det besværligt at gå ind i løsningens program eller se en video.

Ved en træningsløsning bruger applikationen så meget strøm, at udstyret risikerer at løbe tør under træningen, hvilket giver et dårligt/forkert træningsresultat for borgeren.

De medarbejdere, som skal vurdere borgerens funktionsniveau og taste det ind i et værktøj i løsningen, oplever at mangle vejledninger til, hvordan de kan bruge værktøjets funktionaliteter, og hvordan de skal registrere borgerens udførte træning.

Nogle medarbejdere har erfaringer med, at samtidige logins kan give problemer, hvis en medarbejder har glemt at logge af, ligesom fælles login kan skabe irritation for medarbejderne, da en medarbejders foretrukne øvelser forsvinder, hvis en anden medarbejder anvender login og finder andre øvelser.

Endelig efterspørger mange medarbejdere et bedre samarbejde mellem deres journaliseringssystemer og de digitale træningsløsninger. Det vil kunne lette deres arbejdsgange i forhold til at overføre, hvilke træningsprogrammer, som de har givet deres borgere.

5.1.5 Nem og hurtig adgang til support giver indtryk af en professionel løsning

Medarbejderne har generelt ikke en forventning om meget support fra leverandørernes side og bliver positivt overraskede, når de modtager hjælp fra leverandørerne. De medarbejdere, der har klaret sig uden support, ser det som naturligt, at de klarer problemerne selv.

Det ville ikke have hjulpet mig, at der var kommet en, der havde gjort det hele, for når jeg så står i det og skal vejlede borgeren med tekniske udfordringer, så kan jeg ikke, hvis ikke jeg selv har det inde under huden (medarbejder).

Medarbejderne oplever det som en gevinst, hvis de har en kontaktperson enten internt i kommunen eller fra firmaet, som de kan få hjælp fra, hvis der opstår problemer med den digitale løsning. Medarbejderne oplever det som meget tilfredsstillende, når løsningernes support svarer tilbage i løbet af få timer, eller løser IT-problemer, som både kan være relateret til den digitale træningsløsning, men også kan skyldes andre IT-problemer i det kommunale netværk. Om muligheden for support siger en medarbejder:

Den er flyvende... Så har de også ham [navnet på supporter], som kan rykke ud og som er hurtig til at rykke ud. Hvis man skriver til begge supportere, så er det et spørgsmål om, hvem der skriver tilbage først. Der går ikke fem minutter (medarbejder).

Mange af medarbejderne har været i tæt dialog med udbyderne af de digitale træningsløsninger, bl.a. fordi de har manglet relevante øvelser til deres borgere. Medarbejderne henvender sig ofte for at få udarbejdet øvelser, der adresserer et helt specifikt træningsbehov, som ikke allerede ligger i træningsløsningen. Her oplever medarbejderne, at leverandører har været lydhøre over for deres ønsker og har tilføjet de ønskede øvelser eller har været ude og lave videoer med træningsøvelser hos medarbejderne.

Nogle medarbejdere oplever desuden, at det er en gevinst, når leverandørerne udarbejder instruktioner til medarbejderne i, hvordan de skal instruere borgerne i deres digitale træningsløsninger, så de ikke skal bruge tid på at udarbejde brugermanualer selv.

5.2 Medarbejdernes opfattelse af ændring i arbejdstilrettelæggelse

Det andet tema vedrører medarbejdernes opfattelse af ændring i arbejdstilrettelæggelse. De tre væsentligste iagttagelser handler om, at medarbejderne bruger ekstra tid, og at borgeren får øget ansvar ved brug af de digitale løsninger:

- Medarbejderne bruger ekstra tid på opstart af ny arbejdspraksis samt introduktion, motivation og opfølgning på borgernes digitalt understøttede træning.
- Medarbejderne oplever, at det bliver nemmere at tale om øvelser og give ansvar for egen træning til borgeren.
- Medarbejderne oplever forskellige måder at indføre digitale træningsløsninger.

5.2.1 Tidsforbrug i forbindelse med opstart af ny arbejdspraksis

De fleste medarbejdere har oplevet at bruge ekstra tid, når de skal i gang med at bruge de digitale løsninger som noget nyt. Mange af de interviewede medarbejdere er lige gået i gang med at bruge de digitale træningsløsninger, og omfanget af tidsforbruget i denne opstartsfase har i flere tilfælde overrasket medarbejderne. I opstartsfasen bruger medarbejderne tid på at have kontakt med leverandører i forhold til tilpasning af løsninger som eksempelvis udarbejdelse af videoer og øvelser, de bruger tid på at skrive nye arbejdsgange ned, og de skal bruge ekstra tid på at lære programmet at kende og få oplæring i programmet. Omkring halvdelen af de interviewede medarbejdere arbejder med digitalt understøttet genoptræning som led i udviklings- eller afprøvningsprojekter og har derfor – udover ovennævnte implementeringsopgaver – også igangsat evalueringsaktiviteter, eks. i relation til den valgte tekniske løsning eller dokumentation af effekter, som medarbejderne også bruger ekstra tid på.

5.2.2 Tidsforbrug i forbindelse med digitalt understøttede træningsforløb

I forhold til tidsforbrug i forbindelse med gennemførelse af digitalt understøttede træningsforløb oplever de interviewede medarbejdere, at de nu bruger tid på eksempelvis at vurdere om borgeren er egnet til digitalt understøttet træning, at introducere og motivere borgerne til at bruge de digitale træningsløsninger samt at give borgeren support enten telefonisk eller ved fremmøde, hvis borgeren har udfordringer.

Flere af de interviewede medarbejdere oplever, at det tager længere tid at finde øvelser elektronisk end hvis de har nogle papirøvelser klar. Nogle medarbejdere oplever, at det tager længere tid at sammensætte og tilpasse træningsprogrammer, ligesom det tager tid at sørge for opladte tablets og at skulle starte computere og programmer i forbindelse med træning. Andre medarbejdere oplever, at det kan gå hurtigere at lave træningsprogrammer elektronisk fremfor i hånden.

Men nogen gange går det også hurtigere end at tegne tændstikmænd og skrive 3-4-5 linjer i hånden. Og nogen af os har jo bærbare (medarbejder)

For de medarbejdere, der anvender de digitale træningsløsningers feedbackfunktion, kræver det som led i forberedelsen af dialogen med borgerne tid at gennemgå aktivitetsrapporter, der viser, hvor meget hver enkelt borger får trænet, så der kan følges op på dette. Som nævnt ovenfor arbejder hovedparten af disse medarbejdere med digitalt understøttet træning som led i udviklings- eller afprøvningsprojekter, hvor der ikke på nuværende tidspunkt er foretaget en fuld idriftsættelse med dertilhørende omlægning af arbejdsgange. Af samme grund får nogle af de interviewede medarbejdere i projekterne tildelt ekstra tid til disse arbejdsopgaver, andre skal finde tiden fra det, som de ellers bruger deres tid på.

Det er jo en ny dimension, et nyt tilbud, så der er en ekstra arbejdsgang. Vi skal jo introducere det, og motivere dem [borgerne] for det, og det kræver nogle ekstra møder. Så indtil nu har det jo været en ekstraopgave, en opgave mere oveni de andre (medarbejder).

Flere af de interviewede medarbejdere oplever, at de sparer tid i de tilfælde, hvor de kan reducere antallet af træningsgange med borgerne. Medarbejderne oplever specielt at spare tid, hvis den digitale løsning erstatter individuel træning med en borger på et center, udekørende besøg eller hvis noget af holdtræningen erstattes. Denne sparede tid ser nogle af medarbejderne som en mulighed for at prioritere deres tid på de borgere, der måske har brug for lidt mere vejledning end de andre.

5.2.3 Nemmere at tale om øvelser og give ansvar til borgeren

Mange af de interviewede medarbejdere oplever, at samtalen om øvelser med borgeren skifter fra at have kontrollerende karakter (har du lavet dine øvelser?) til at blive mere løsningsorienterede (hvordan kan vi tilpasse dine øvelser?), fordi de har noget konkret at tale ud fra og de i nogle tilfælde kan se, om borgeren har trænet.

Det er blevet nemmere at tale om øvelserne. Fx: Har du åbnet dit program? Fungerer det på din telefon? Det er lidt mindre kontrollerende end: Har du lavet dine øvelser? Der er et twist i, at det er nemmere at tale om øvelserne (medarbejder).

Der er noget statistik, som man ikke kan se ud fra et papir, og som vi kan bruge og spørger ind til. Hvis der er en øvelse, så kan vi spørge ind til det. Fx "Hvordan kan det være, at du ikke laver øvelsen? Er det fordi du får ondt i knæet?" (medarbejder).

Nogle medarbejdere bruger digital genoptræning som en del af kommunens strategi om at give borgeren mere ansvar for egen træning. Dette understøttes blandt andet ved langsomt at lade borgeren træne selv ved afslutning af forløb og lade borgeren selv vurdere, hvornår det er nødvendigt at tage kontakt til kommunen under egentræningen. Medarbejderne oplever, at borgerne er mere trygge ved at skulle klare sig selv ved afslutning af et forløb, hvis borgeren er blevet opfordret til at tage ansvar igennem træning med en digital træningsløsning.

De bliver mere selvkørende. De træner, men vi hører ikke meget fra dem efter en periode. Så kører det bare, som det skal (medarbejder).

Uden tablets har vi skullet prøve at slippe dem på en anden måde, fx taler med dem om, om de er kommet i gang med noget andet. Med [navn på teknologien] kan vi se, at de [borgerne] langsomt selv tager mere og mere ansvar (medarbejder).

En medarbejder påpeger, at det det øgede ansvar hos borgerne ikke gør medarbejderne fri fra ansvar.

"et er jo meget oppe i tiden med at flytte ansvaret, men det tager jo ikke ansvaret fra os, for vi skal jo sørge for, at der ligger nogle nye øvelser på (medarbejder).

5.2.4 Medarbejderne føler sig rustede til at arbejde med de digitale løsninger

De interviewede medarbejdere oplever generelt, at de også skal bruge de digitale træningsløsninger mere i deres arbejdsgange. De er mere afhængige af adgang til bærbare computere ved individuelle møder med borgeren men også til holdtræning, hvor de eksempelvis skal bruge computere til at vise videoer eller se, hvilke øvelser, de skal lave med borgerne. Medarbejderne er også afhængige af en internetforbindelse. Nogle medarbejdere oplever, at møder med borgeren bruges på IT-support i stedet for samtaler om udvikling i træningen.

Oplæringen af medarbejderne spænder fra, at de har lært at tænde og slukke en iPad til, at de selv har downloadet løsningen og eventuelt læst en manual fra en hjemmeside og derfra har lært programmet af sig selv til et todages obligatorisk kursus. Dette skyldes, at nogle løsninger er relativt intuitive, mens andre løsninger kræver, at medarbejderne skal kunne mere komplicerede ting som fx at bruge aktivitetsrapporterne.

Hovedparten af de interviewede medarbejdere har fået nogle timers oplæring af leverandørerne af de digitale træningsløsninger. Derefter har de typisk leget med det selv og kunnet få hjælp fra en superbruger eller administrator i kommunen, som har mere indgående kendskab til løsningen.

Langt størstedelen af medarbejderne føler sig rustede til at arbejde med de digitale træningsløsninger, og nogle mener til dels, at det skyldes, at løsningerne er nemme og intuitive at bruge. Mange af de

medarbejdere, der kun har haft nogle timers indledende introduktion til løsningen, efterspørger en opfølgende introduktion nogle måneder senere, efter at de har haft mulighed for at prøve det selv.

Jeg tænker en opfølgningssgang efter et par måneder eller måske tre måneder eller sådan noget, for så har man været hjemme og prøve på at gøre nogle ting. Og så er det man finder ud af at det der, det fik jeg ikke helt fat på. Nu er jeg klar til at gå i krig med at lave en video, det er jo ikke lige det man starter ud med måske. Så en opfølgningssgang fx en halv dag efter nogle måneder (medarbejder).

De fleste medarbejdere er glade for, når der er praktiske øvelser indlagt i introduktionen, og de fleste medarbejdere mener, at "learning by doing" er måden at blive fortrolig med den digitale træningsløsningen på.

Nogle kommuner afprøver digitale træningsløsninger som led i en hverdagsrehabiliterende indsats, der også involverer andre medarbejdergrupper, som eksempelvis social- og sundhedshjælpere. Disse medarbejdere har ikke samme uddannelsesmæssige baggrund som de sundhedsfaglige medarbejdere i den kommunale træningsenhed og derfor ikke samme kendskab til de øvelser, som de skal introducere borgerne i, oplever at en tre timers introduktion er for lidt. De efterspørger en mere detaljeret introduktion til de specifikke øvelser og de andre værktøjer i app'en.

Du er jo ikke fysioterapeut, har du så fået nogle kurser i at træne? Næ, det har jeg ikke. Det er jo ikke super vanskelige øvelser. Man kunne have fået mere ud af det, når man skal evaluere det til sidst, hvis man havde sørget for at klæde os bedre på fra start af. Det er helt sikkert (medarbejder).

5.2.5 Medarbejderne oplever forskellige måder at indføre digitale træningsløsninger

Mange af de interviewede medarbejdere giver udtryk for, at deres erfaringer med digitale træningsløsninger kommer fra enten udviklings- eller afprøvningsprojekter. Udviklingsprojekterne er typisk igangsat i et samarbejde med leverandøren med henblik på at udvikle eller tilpasse en løsning eksempelvis i forhold til at optimere løsningens funktionalitet eller lave flere og mere målrettede træningsvideoer. Afprøvningsprojekterne er typisk igangsat med henblik på at få afklaret, om en eller flere digitale træningsløsninger vil kunne anvendes som en del af kommunens træningsindsats. De interviewede medarbejdere giver udtryk for, at der ofte følger særskilte projektmidler med disse projekter, eller at der er blevet afsat ekstra tid til, at udvalgte medarbejdere kan afprøve den (eller de) udvalgte løsning(er).

Omkring halvdelen af de interviewede medarbejdere har oplevet, at digitale træningsløsninger er introduceret som en erstatning for et tidligere værktøj eller som led i en politisk eller ledelsesmæssig beslutning om at opnå højere kvalitet eller lavere ressourceforbrug på træningsområdet. I disse situationer har der typisk været tale om billige eller velafprøvede løsninger, der ikke kræver yderligere udvikling.

Nogle af de interviewede medarbejdere oplever, at der har været en ambition om at implementere en digital træningsløsning som del af den almindelige drift, men at dette ikke til fulde er lykkedes. Dette begrundes med, at den valgte løsning ikke har været moden nok eller ikke har haft den ønskede funktionalitet, hvorfor projektet i medarbejdernes optik har skiftet karakter til et udviklings- eller afprøvningsprojekt.

Det er egentlig ikke meningen, at vi skal udvikle, men vi skal drifte, og vi skal prøve at hente noget af den her gamle effektivisering hjem. Der er altså blevet sparret noget nær to fuldtidsstillinger. Og indtil videre er vores erfaring, at vi investerer rigtig meget tid i det her. Det er udvikling og afprøvning meget mere end det er en effektivisering. (medarbejder)

I forlængelse heraf viser fokusgrupperne, at der på tværs af de kommuner, der har deltaget i evalueringen, er forskel på den organisatoriske forankring af arbejdet med digitale træningsløsninger. I hovedparten af kommunerne afhænger brugen af de digitale løsninger af få medarbejdere, der brænder for digitalt understøttet genoptræning. I enkelte af de deltagende kommuner er anvendelsen af digitale træningsløsninger forankret i et dedikeret center eller en enhed, der koordinerer på tværs af forskellige organisatoriske driftsenheder, eksempelvis træningscenter, forebyggelse og hjemmepleje.

5.2.6 Løsningerne har generelt ikke påvirket samarbejdet

For langt de fleste interviewede medarbejdere har brugen af digitale træningsløsninger hverken samarbejdet indbyrdes eller med andre sektorer på grund af de digitale løsninger. Enkelte medarbejdere fortæller dog, at løsningerne gør det nemmere at overtage et hold fra en kollega og bruge de øvelser, som kollegaen bruger.

Mange af medarbejderne erkender, at der ligger et stort potentiale for øget samarbejde men prioriterer på nuværende tidspunkt andre opgaver højere. Det skyldes blandt andet, at der er nogle praktiske barrierer som manglende mulighed for at dele oplysninger om borgere på tværs af sektorer og internt i kommunen. Det skyldes også, at de ønskede samarbejdspartnere som fx hospitaler, almen praksis, ældreplejen og forebyggelsesindsatser internt i kommunen ikke gør brug af de samme løsninger. Flere mener, at ændring af samarbejdet med andre må vente til, at implementeringen af de digitale løsninger ikke fylder så meget i hverdagen.

Til spørgsmålet om, hvorvidt løsningerne ændrer samarbejdet svarer de interviewede medarbejdere eksempelvis:

Der har det ingen betydning, for vi kan ikke dele det med nogen.

Det er lidt for nyt hos os. Der er andre ting, vi forsøger at implementere nu.

5.3 Medarbejdernes opfattelse af forløbssammensætningen

Den tredje effektindikator vedrører medarbejdernes opfattelse af forløbssammensætningen. De to væsentligste iagttagelser handler om:

- At medarbejderne foretager en individuel vurdering af den enkelte borgers egnethed til at modtage digitalt understøttet genoptræning.
- At medarbejderne arbejder med flere forskellige forløbssammensætninger, der ofte kombinerer digitalt understøttet egen træning med træning ved fysisk fremmøde.

Hovedparten af de interviewede medarbejdere fortæller, at de foretager en individuel vurdering af, hvorvidt den enkelte borger vil kunne have gavn af et digitalt understøttet træningsforløb. I nogle kommuner er der på forhånd udpeget bestemte målgrupper, eksempelvis borgere med ortopædkirurgiske problemstillinger eller alment svækkede ældre, som tilbydes de digitale træningsløsninger. Andre kommuner har på baggrund af erfaringer valgt en anden tilgang, hvor der i visitationen af borgerne lægges mere vægt på kriterier som eksempelvis kognitivt niveau og kropsforståelse end på henvisningsårsag.

I starten med [navn på træningsløsning] fandt vi frem til, at diagnoser ikke er i spil ift. hvem der har gavn af det. Det handler meget om det kognitive niveau, og hvad borgeren er optaget af. Og så er der noget omkring teknisk snilde. Det er ikke om man har hoftealloplastik eller apopleksi. Det er nogle andre ting (medarbejder).

Tilsvarende viser fokusgrupperne, at der er forskelle i den måde, som kommunerne vælger at sammensætte de digitalt understøttede træningsforløb på. Der er således som led i fokusgrupperne dokumenteret i alt 21 forskellige forløbssammensætninger, som spænder fra forløb, hvor den digitale træningsløsning tilbydes som et supplement oveni et traditionelt. Det er et gennemgående træk ved flertallet af de identificerede træningsforløb, at de ofte kombinerer digitalt understøttet egentræning med enten individuel eller holdbaseret træning ved fysisk fremmøde.

Nedenstående afsnit skitserer fem forskellige forløb, hvori der indgår digitalt understøttet egentræning.

5.3.1 Som supplement udover eksisterende træningstilbud

Ved denne type af forløbssammensætning modtager borgerne almindelig træning og kan vælge at træne hjemme med en digital løsning.

Størstedelen af de interviewede medarbejdere oplever, at en sådan løsning giver øget faglig kvalitet i forløbene, men at det kan være tidskrævende. Mange af medarbejderne oplever endvidere, at digitalt

understøttet genoptræning ikke kan stå alene, men at det fungerer godt som supplement til holdtræning eller individuel træning ved fysisk fremmøde, hvor borgeren har mulighed for dialog med en kommunal medarbejder. I den sammenhæng oplever flere medarbejdere, at den digitale træningsløsning kan bruges til at understøtte en øget ansvarlighed hos borgeren omkring udførelse af træningsøvelserne hjemme.

Det er godt som supplement i forhold til egenansvar. For hvis det kun er på holdtræning, så træner borgeren øvelsen og siger: "Fint. Så kommer jeg bare næste gang, og så skal jeg ikke tænke mere på det." Her skubber vi lidt på, at de altså skal lave de her øvelser (medarbejder).

Medarbejderne fremhæver, at det motiverer borgerne på en anden måde at træne sammen med andre, og at de kan benytte træningsgangene til at følge op på den digitale hjemmetræning og fremhæver derfor, at digital understøttet genoptræning ikke bør stå alene.

5.3.2 Som forebyggende indsats eller vedligeholdende træning

Ved denne type af forløbssammensætning modtager ældre borgere, der fx modtager hjemmepleje eller har kroniske lidelser digitale løsninger til træning derhjemme. Borgerne modtager som udgangspunkt ikke andre træningsydelser fra kommunen. Kommunerne tilbyder ofte løsningerne som led i at gøre borgerne mere selvhjulpne hjemme.

Mange af de interviewede medarbejdere vurderer, at disse forløb kan have positive langsigtede sundhedsmæssige effekter for borgeren i form af bedre livskvalitet og færre genindlæggelser. Flere medarbejdere vurderer dog, at der for at opnå denne effekt skal tilbydes forløb, som er længere end tre måneder.

Han [borgeren] har haft glæde af den, men det er ikke lykket os at få ham ud af den kommunale holdtræning. Det havde vi ellers som mål efter tre måneder. Vi tør ikke slippe ham på træningen. Han bliver visiteret på ny, hver gang visitationen udløber. Forløbet kan vare i op til et år. Fremadrettet tænker vi, at det skal være tre måneder eller et halvt år, hvor de får en tablet med herfra. Hvis det ikke havde været et projekt, ville han nok have den i op til et år. Det er svært at trække det tilbage. Han gik fra at træne en gang om ugen, og nu er han i gang hver dag (medarbejder).

5.3.3 Udelukkende som digital selv-/hjemmetræning

Ved denne type af forløbssammensætning har en medarbejder tidligt i et forløb vurderet, at borgeren har mest gavn af at træne hjemme med en digital løsning i stedet for at møde op til individuel træning eller holdtræning.

Nogle af de interviewede medarbejdere oplever, at hjemmetræning med en digital løsning fungerer godt for udvalgte borgere, der kan og/eller vil træne selv, eller hvor særlige forhold gør sig gældende, som betyder, at borgeren ikke kan tilbydes et normalt forløb. Det er medarbejdernes erfaring, at sådanne forløb kræver indledende møder med borgeren på hold eller individuelt, hvor borger og terapeut har en dialog om, hvorvidt det er meningsfuldt med et forløb, som udelukkende består af digitalt understøttet egen træning.

Jeg har en skulderborger. Hun meldte fra til holdtræning, fordi hun er depressiv samtidig. Og hun kan fint lave øvelserne selv. Det er egentlig min opfattelse, at hun har kropsforståelse nok til at hun klarer det selv. Hun kunne bare ikke overskue at komme ud ad døren. Alternativet er, at hun bliver ved med at melde fra til individuel- eller holdtræning. Så det er jo bedre end ingenting (medarbejder).

5.3.4 Som udfasning af et forløb (kan være ved både holdtræning og individuel træning)

Ved denne type af forløbssammensætning gennemgår borgerne et forløb, hvor de starter med holdtræning eller individuel træning og gradvist går over til digital hjemmetræning senere i forløbet.

Hovedparten af de interviewede medarbejdere oplever, at denne forløbssammensætning giver borgeren øget tryghed i at lave øvelser hjemme, fordi de har lavet dem flere gange med en terapeut forinden samtidig med, at det gør overgangen fra træning med terapeut til udelukkende selvtræning

tryk og øger sandsynligheden for, at de bliver ved med at træne selv efter endt forløb (hvis de har udstyret til det). En medarbejder påpeger, at sådan en type forløb giver mening, fordi det tager hensyn til, hvad borgeren er i stand til på forskellige tidspunkter i træningsforløbet.

Det er måske også til de borgere, der er så langt i forløbet, at de kan begynde at overskue nogle andre ting. Hvis der er blodprøver, der ikke er styr på og hvis de har smerter, så er de ikke klar til det. Der er nogle parametre, der overtrumfer [navn på træningsløsning] (medarbejder).

5.3.5 Som erstatning af en ud af to træningsgange på hold

Ved den sidste type af forløbssammensætning erstatter den digitale løsning dele af et ikke-digitalt træningstilbud gennem hele det tilbudte træningsforløb. Det drejer sig typisk om, at halvdelen af holdtræningsgangene ved fysisk fremmøde erstattes af, at borgerne skal træne hjemme med en digital løsning.

De interviewede medarbejdere er overvejende forbeholdne over for denne løsning, da de mener, det giver mindre mulighed for individuel vejledning og tilpasning af øvelser. Medarbejdernes forbeholdenhed skyldes også, at de betragter denne forløbssammensætning som en spareøvelse.

Det er en forudsætning for denne type af forløb, at medarbejderne skal kunne følge med i borgerens træning på afstand, hvorfor det er nødvendigt at anvende digitale træningsløsninger med en feedbackfunktion, der giver medarbejderne adgang til aktivitetsrapporter, som viser, hvor meget hver enkelt borger får trænet. Mange af de interviewede medarbejdere anvender ikke på nuværende tidspunkt løsningernes feedbackfunktion i en grad, så de kan understøtte denne type forløbssammensætning, hvilket kan forklare noget af deres forbeholdenhed. En medarbejder, der kun anvender at sende e-mails med videoer til borgerne, forklarer det således:

Den måde, vi bruger det på, der kan det ikke erstatte almindelig holdtræning. Det bruges som supplement. Det handler mere om compliance – at få borgerne til at gøre, som vi siger. Så den her teknologi kan ikke erstatte en træning, tænker jeg. Vi kan bare anbefale dem, at de skal lave de her øvelser (medarbejder).

6 FORLØB – VOLUMEN OG SAMMENSÆTNING

Dette kapitel beskriver omfanget af de undersøgte målgrupper – borgere med apopleksi, borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte/kar og KOL) samt alment svækkede ældre (geriatri) for så vidt angår andelen af borgere i målgruppen, der er egnet til at modtage digitalt understøttet genoptræning. Derudover beskriver kapitlet sammensætning og indhold i såvel et digitalt understøttet træningsforløb som i det træningsforløb, borgere normalt tilbydes i kommunen.

På tværs af de fem målgrupper – borgere med apopleksi, diabetes, hjerte-/karsygdomme og KOL samt alment svækkedes ældre - er der opstillet i alt syv forskellige typer af forløb, hvoraf nogle er sammenfaldende for mere end en målgruppe.

Nedenstående tabel 4 giver et samlet overblik over de opstillede forløbstyper fordelt på målgrupper.

Tabel 4 Forløbstyper fordelt på målgrupper

Målgruppe
Apopleksi
• Forløb med kombination af individuel træning og holdtræning efter SUL §140 • Forløb med individuel træning efter SUL §140
Borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-/kar, KOL)
• Forløb med holdtræning efter SUL §119/SUL§140 • Forløb med holdtræning efter SEL §86.2
Alment svækkede ældre (geriatri)
• Forløb med kombination af individuel træning og holdtræning efter SUL §140/SEL §86.1 • Forløb med kombination af individuel træning og holdtræning efter SEL §86.2 • Forløb med holdtræning efter SEL §86.2

6.1 Borgere med apopleksi

6.1.1 Målgruppens størrelse og andel egnet til digitalt understøttet træning

Det er i forbindelse med udarbejdelsen af denne effektevaluering estimeret, at der i 2017 vil være 8.200 borgere med apopleksi, som på landsplan skal have kommunal genoptræning efter Sundhedslovens §140¹⁵.

Af denne gruppe er det ikke alle borgere, som vil være egnede til digitalt understøttet genoptræning. Erfaringer indsamlet gennem en fokusgruppe med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til borgere med apopleksi, at særligt yngre mennesker som følge af højere it-parathed har vist sig egnede til at modtage digitalt understøttet genoptræning, men at der er tale om komplekse forløb, hvor det i høj grad beror på en individuel vurdering af den enkelte borgers situation.

¹⁵ Estimatet er udarbejdet på baggrund af udtræk fra en række kommuner vedr. antal og fordeling af genoptræningsplaner på diagnoser/træningsbehov, der viser, at 5,5 pct. af de modtagne genoptræningsplaner vedrører borgere med apopleksi. Se bilag B.

Konkret vurderer det sundhedsfaglige personale, at mellem 8 og 40 pct. af målgruppen vil være egnede, og det er på den baggrund i den videre analyse antaget, at 20 pct. af borgerne med apopleksi som udgangspunkt er egnede til digitalt understøttet genoptræning. Det er endvidere antaget, at denne andel vil stige som følge af en generelt modning af borgernes it-parathed.

6.1.2 Forløbssammensætning as-is og to-be

En survey til landets kommuner foretaget i forbindelse med nærværende evaluering viser, at den kommunale genoptræning af borgere med apopleksi i dag typisk tilbydes som et af to typer af forløb:

- Træningsforløb, hvor borgeren modtager en kombination af individuel træning og holdtræning
- Træningsforløb, hvor borgeren udelukkende modtager individuel træning.

Surveyen viser, at ca. 60 pct. af alle forløb for borgere i denne målgruppe foregår som en kombination mellem individuel træning og holdtræning (estimeret 4.900 forløb årligt i 2017), mens de resterende 40 pct. udelukkende består af individuel træning (3.300 forløb årligt i 2017).

De to typer af forløb beskrives uddybende i det følgende.

Forløb med individuel træning og holdtræning (SUL §140)

As-is forløbet er kortlagt gennem en survey udsendt til landets kommuner samt en gennemgang af alle tilgængelige kommunale ydelseskataloger. Dette forløb består af et individuelt opstartsmøde af en times varighed, hvor borgers træningsmæssige behov afklares. Derefter fem måneder med en til to individuelle træningssessioner og to holdbaserede træningssessioner om ugen – begge typer af sessioner af en times varighed.

To-be forløbet er designet med afsæt i en fokusgruppe med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til borgere med apopleksi. Personalet peger på, at der især i genoptræningsforløbets afsluttende fase kan anvendes digitalt understøttet egentræning i borgerens hjem som alternativ til træningssessioner med fysisk fremmøde på træningscentret.

På den baggrund er to-be forløbet fastlagt således, at antallet af træningssessioner med fysisk fremmøde i den første halvdel af forløbet er uændret i forhold til et typisk forløb i dag. Eneste ændring er, at borgerne i denne periode påbegynder digitalt understøttet egentræning i hjemmet parallelt med den øvrige træning. Der er i den forbindelse afsat tid til en særlig introduktion af borger til den digitale træningsløsning. Den digitalt understøttede egentræning fortsætter gennem hele træningsforløbet.

I de sidste ti uger af forløbet erstattes halvdelen af de individuelle træningssessioner med digitalt understøttet egentræning. Endvidere udfases holdtræningssessionerne gradvist, så 30 pct. af sessionerne erstattes med digitalt understøttet egentræning i perioden fra ti til seks uger før forløbets afslutning, og halvdelen af sessionerne erstattes i de sidste fem uger.

Tabel 5 Overblik over forløb med kombination af individuel- og holdtræning for borgere med apopleksi

Parametre	AS-IS	TO-BE
<i>Forløbstype: Substitution som udfasning i et forløb</i>		
Antal uger pr. forløb	21	21
Antal individuelle træningssessioner i alt	34	26
• uge 1-11	19	19
• uge 12-16	8	4
• uge 17-21	7	3
• Antal holdtræningssessioner i alt	42	35

• uge 1-11	22	22
• uge 12-16	10	7
• uge 17-21	10	5
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb¹⁶	67t. 0 m.	53t. 20 m.

Forløb med individuel træning (SUL§140)

AS-is forløbet er kortlagt gennem en survey udsendt til landets kommuner samt en gennemgang af alle tilgængelige kommunale ydelseskataloger. Dette forløb består af et individuelt opstartsmøde af en times varighed, hvor borgers træningsmæssige behov afklares. Derefter fem måneder med to individuelle træningssessioner om ugen af en times varighed.

TO-be forløbet er designet med afsæt i en fokusgruppe med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til borgere med apopleksi. Personalet peger – lige som med ovenstående kombinerede træningsforløb – på, at der især i genoptræningsforløbets afsluttende fase kan anvendes digitalt understøttet egentræning i borgerens hjem som alternativ til træningssessioner med fysisk fremmøde på træningscentret.

På den baggrund er to-be forløbet fastlagt således, at antallet af træningssessioner med fysisk fremmøde i den første halvdel af forløbet er uændret i forhold til et typisk forløb i dag. Eneste ændring er, at borgerne i denne periode påbegynder digitalt understøttet egentræning i hjemmet parallelt med den øvrige træning. Der er i den forbindelse afsat tid til en særlig introduktion af borger til den digitale træningsløsning. Den digitalt understøttede egentræning fortsætter gennem hele træningsforløbet.

I de sidste ti uger af forløbet udfases de individuelle træningssessioner gradvist, så halvdelen af sessionerne erstattes med digitalt understøttet egentræning i perioden fra ti til seks uger før forløbets afslutning, og alle sessioner erstattes i de sidste fem uger.

Tabel 6 Overblik over forløb med individuel træning for borgere med apopleksi

Parametre	AS-IS	TO-BE
<i>Forløbstype: Substitution som udfasning i et forløb</i>		
Antal uger pr. forløb	21	21
Antal individuelle træningssessioner i alt	42	27
uge 1-11	22	22
uge 12-16	10	5
uge 17-21	10	0
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb¹⁷	56t. 45 m.	38t. 45 m.

¹⁶ Medarbejdertid pr. borgerforløb er opgjørt inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet.; tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet. Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdertid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

¹⁷ Medarbejdertid pr. borgerforløb er opgjørt inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be). Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdertid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

6.2 Borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-/kar-sygdomme og KOL)

Borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-/kar-sygdomme og KOL) henvises til kommunal træning efter flere forskellige paragraffer i lovgivningen. De fleste borgere med diabetes eller KOL henvises i dag til patientrettet forebyggelse efter Sundhedslovens §119, mens borgere med hjerte-kar sygdomme i væsentligt omfang tillige henvises til genoptræning efter Sundhedslovens §140.

Endvidere henvises en relativt stor gruppe borgere med kroniske sygdomme til vedligeholdende træning efter Servicelovens §86.2 blandt andet i forlængelse af deres deltagelse i et patientrettet forebyggelsestilbud.

6.2.1 Målgruppens størrelse og andel egnet til digitalt understøttet træning

Det er i forbindelse med udarbejdelsen af denne effektevaluering estimeret, at der i 2017 vil være i alt 18.600 borgere med kroniske sygdomme, som på landsplan modtager træning enten som patientrettet forebyggelse efter Sundhedslovens §119 eller som genoptræning efter Sundhedslovens §140¹⁸. Heraf udgør forløb relateret til hjerte-/kar-sygdomme 7.600 forløb (3.100 efter SUL §119 og 4.500 efter SUL §140). 6.000 forløb relaterer sig til KOL (5.000 efter SUL §119 og 1.000 efter SUL §140) og 5.000 forløb relaterer sig til diabetes (alle efter SUL §119).

Det er endvidere estimeret, at der i 2017 vil være i alt 7.000 borgere med kroniske sygdomme, som på landsplan modtager vedligeholdende træning efter Servicelovens §86.2¹⁹.

Det er ikke alle borgere med kroniske sygdomme, som vil være egnede til digitalt understøttet træning. Konkret vurderer det sundhedsfaglige personale i fokusgrupperne, at mellem 20 og 40 pct. af målgruppen vil være egnede, og det er på den baggrund i den videre analyse antaget, at 30 pct. af borgerne med kroniske sygdomme som udgangspunkt er egnede til digitalt understøttet genoptræning. Det er endvidere antaget, at denne andel vil stige som følge af en generelt modning af borgernes it-parathed.

6.2.2 Forløbssammensætning as-is og to-be

En survey til landets kommuner foretaget i forbindelse med nærværende evaluering viser, at 80 pct. af den kommunale træning til borgere med kroniske sygdomme efter Sundhedslovens §119 og Sundhedslovens §140 tilbydes som holdbaseret træning. Survey-resultaterne viser endvidere, at der kun er mindre forskelle i sammensætningen af disse forløb på tværs af de tre kronikergrupper.

Survey-resultaterne viser en relativt stor spredning i sammensætningen af holdbaserede træningsforløb efter Servicelovens §86.2 både hvad angår forløbets længde og i forhold til om der tilbydes en eller to ugentlige træningsgange.

De to typer af holdbaserede træningsforløb for borgere med kroniske sygdomme beskrives uddybende i det følgende (forskelle mellem kronikergrupperne er fremhævet).

¹⁸ Estimatet er udarbejdet på baggrund af udtræk fra en række kommuner vedr. antal og fordeling af genoptræningsplaner på diagnoser/træningsbehov, der viser, at 4,5 pct. af de modtagne genoptræningsplaner vedrører borgere med hjerte-kar sygdomme og 1 pct. af de modtagne genoptræningsplaner vedr. KOL. Endvidere bygger estimatet på en kortlægning af patientrettet forebyggelse fra KL og Center for interventionsforskning: "Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011"; november 2011 samt tal fra Københavns Kommune vedr. patientrettet forebyggelse i perioden 2010-14.

¹⁹ Estimatet er udarbejdet på baggrund af oplysninger, dataudtræk og budgetbemærkninger fra 22 kommuner samt en vurdering af hvor stor en andel af §86.2 forløbene, der udgøres af borgere med kroniske lidelser baseret på input fra bl.a. en kortlægning af patientrettet forebyggelse fra KL og Center for interventionsforskning: "Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011"; november 2011, der viser, at mindst halvdelen af landets kommuner tilbyder vedligeholdende træning i forbindelse med udslusning fra den patientrettede forebyggelsesindsats.

Forløb med holdtræning (SUL §119/SUL §140)

As-is forløbet er kortlagt gennem en survey udsendt til landets kommuner samt en gennemgang af alle tilgængelige kommunale ydelseskataloger. Dette forløb består af et individuelt opstartsmøde af en times varighed, hvor borgers træningsmæssige behov afklares. Derefter 11 uger med to holdbaserede træningssessioner om ugen af en times varighed (for borgere med KOL er forløbet på 10 uger).

To-be forløbet er designet med afsæt i erfaringer indsamlet gennem borgerinterviews samt fokusgrupper med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til borgere med kroniske sygdomme. Disse input indikerer, at holdtræningen betyder meget for motivation og træningsmæssig indsats hos en væsentlig del af borgerne i målgruppen. Omvendt er der også borgere, som af hensyn til arbejde eller ud fra et ønske om at træne alene, værdsætter muligheden for i højere grad at kunne træne på egen hånd.

På den baggrund er to-be forløbet fastlagt således, at den ene af de to ugentlige holdtræningssessioner opretholdes gennem hele forløbet, mens den anden halvdel erstattes af digitalt understøttet egentræning i hele forløbets varighed. Der er i den forbindelse afsat tid til en særlig introduktion af borger til den digitale træningsløsning.

Tabel 7 Overblik over holdtræningsforløb for borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-/kar og KOL)

Parametre	AS-IS	TO-BE
<i>Forløbstype: Substitution ved en ud af to ugentlige holdtræningssessioner</i>		
Hjerte-/kar og diabetes		
Antal uger pr. forløb	11	11
Antal holdtræningssessioner i alt	22	11
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb ²⁰	6t. 37 m.	4t. 41 m.
KOL		
Antal uger pr. forløb	10	10
Antal holdtræningssessioner i alt	20	10
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb²¹	6t. 5 m.	4t. 25 m.

Forløb med holdtræning (SEL §86.2)

As-is forløbet er kortlagt gennem en survey udsendt til landets kommuner samt en gennemgang af alle tilgængelige kommunale ydelseskataloger. Dette forløb består af et individuelt opstartsmøde af en times varighed, hvor borgers træningsmæssige behov afklares. Derefter 16 uger med en holdbaseret træningssession om ugen af en times varighed.

²⁰ Medarbejdstid pr. borgerforløb er opgjort inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet. Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdstid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

²¹ Medarbejdstid pr. borgerforløb er opgjort inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet. Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdstid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

To-be forløbet er designet med afsæt fokusgrupper med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til borgere med kroniske sygdomme. I forlængelse af ovenstående input peger flere af fokusgruppemedlemmerne på, at det vil være givtigt for borgere med kroniske sygdomme at kunne fortsætte brugen af den digitale træningsløsning på egen hånd i en længere periode, når de først har opnået kendskab til løsningen og rutine i brugen, og at der er efterspørgsel fra nogle borgere efter at kunne beholde de i effektevalueringen undersøgte løsninger.

På den baggrund er to-be forløbet fastlagt som et alternativ til traditionel vedligeholdende træning i udslusningen fra den patientrettede forebyggelse. I stedet for en ugentlig holdbaseret træningssession i 16 uger får borger stillet den digitale træningsløsning til rådighed i 26 uger, hvor der afsættes tid til at sundhedsfagligt personale løbende kan følge op på data.

Tabel 8 Overblik over digitalt understøttet hjemmetræning på SEL § 86.2 for borgere med kroniske sygdomme

Parametre	AS-IS	TO-BE
<i>Forløbstype: Substitution udelukkende som egentræning i hjemmet</i>		
Antal uger pr. forløb	16	26
Antal holdtræningssessioner i alt	16	0
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb²²	4t. 45 m.	1t. 45 m.

6.3 Alment svækkede ældre (geriatri)

Alment svækkede ældre borgere henvises til kommunal træning efter flere forskellige paragraffer i lovgivningen. Mange henvises til genoptræning enten efter Sundhedslovens §140 i forlængelse af en hospitalsindlæggelse eller efter Servicelovens §86.1 uden forudgående indlæggelse. Endvidere henvises en stor gruppe til vedligeholdende træning efter Servicelovens §86.2²³.

6.3.1 Målgruppens størrelse og andel egnet til digitalt understøttet træning

Det er i forbindelse med udarbejdelsen af denne effektevaluering estimeret, at der i 2017 er ca. 30.400 alment svækkede ældre, som modtager genoptræning efter enten Sundhedslovens §140 eller Servicelovens § 86.1²⁴. De to grupper behandles ens, da den gennemførte survey viser, at borgere visiteret efter de to paragraffer som hovedregel modtager forløb af samme intensitet og varighed²⁵.

Derudover er det estimeret, at der i 2017 vil være 18.000 alment svækkede ældre, der modtager et vedligeholdende træningsforløb efter Servicelovens § 86.2²⁶.

Det er ikke alle alment svækkede ældre, der er egnede til digitalt understøttet træning. Erfaringer fra evalueringens fokusgrupper med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til alment svækkede ældre viser, at mange borgere i denne målgruppe har en lav it-

²² Medarbejdertid pr. borgerforløb er opgjort inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet. Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdertid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

²³ Endelig modtager en stor gruppe af alment svækkede ældre borgere hverdagsrehabilitering efter Servicelovens §83a, jf. afsnit 2.4.

²⁴ Estimatet er udarbejdet på baggrund af oplysninger, dataudtræk og budgetbemærkninger fra 22 kommuner.

²⁵ Surveyresultaterne kan ses i bilag D.

²⁶ Estimatet er udarbejdet på baggrund af oplysninger, dataudtræk og budgetbemærkninger fra 22 kommuner samt en vurdering af hvor stor en andel af §86.2 forløbene, der tilbydes andre målgrupper end alment svækkede ældre.

parathed. Det sundhedsfaglige personale peger dog samtidig på, at de oplever, at stadigt flere ældre kan betjene smartphones og tablets, hvorfor modenheden vil være stigende i den kommende årrække.

Konkret er det på den baggrund antaget, at 15 pct. af de geriatriske borgere som udgangspunkt er egnede til digitalt understøttet træning. Det er endvidere antaget, at denne andel vil stige som følge af en generel modning af borgernes it-parathed.

6.3.2 Forløbssammensætning as-is og to-be

Surveyen foretaget blandt kommunerne som led i denne effektevaluering viser, at ca. 80 pct. af alle forløb for alment svækkede ældre, der er henvist til genoptræning efter Servicelovens §86.1 eller Sundhedslovens §140, tilbydes som et kombineret forløb bestående af både individuel træning og holdtræning.

Surveyen viser endvidere, at alment svækkede ældre, der modtager vedligeholdende træning efter Servicelovens §86.2, typisk modtager en af følgende to typer træningsforløb.

- Træningsforløb, hvor borgeren modtager en kombination af individuel træning og holdtræning
- Træningsforløb, hvor borgeren udelukkende modtager holdtræning.

Surveyen viser, at ca. 50 pct. af forløbene efter Servicelovens §86.2 foregår som en kombination af individuel træning og holdtræning, mens de resterende 50 pct. af forløbene udelukkende består af holdtræning.

De tre forløbstyper beskrives uddybende i de følgende afsnit.

Forløb med individuel træning og holdtræning (SUL § 140/SEL §86.1)

As-is forløbet er kortlagt gennem en survey udsendt til landets kommuner samt en gennemgang af alle tilgængelige kommunale ydelseskataloger. Forløbene består typisk af et individuelt opstartsmøde af en times varighed, hvor borgerens træningsmæssige behov afklares. Efterfølgende træner borgerne to gange om ugen i 15 uger i en kombination af holdtræning og individuel træning. Surveyen viser, at træningsforløbet omfatter dobbelt så mange holdtræningssessioner som individuelle træningssessioner. Holdtræningen varer typisk en time, mens de individuelle træningssessioner varer 45 minutter.

To-be forløbet er designet med afsæt i fokusgrupper med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til alment svækkede ældre. Personalet peger på, at der med fordel i slutningen af forløbene kan anvendes digitalt understøttet egentræning i borgernes hjem som alternativ til træningssessioner med fysisk fremmøde på de kommunale træningscentre.

På den baggrund er to-be forløbet fastlagt således, at der sker en gradvis erstatning af træningssessioner med digitalt understøttet egentræning henover det samlede træningsforløb. I de første fem uger er antallet af træningssessioner med fysisk fremmøde uændret i forhold til i dag. I denne periode påbegynder borgerne digitalt understøttet egentræning i hjemmet parallelt med den øvrige træning. Der er i den forbindelse afsat tid til en særlig introduktion til den digitale træningsløsning. Den digitalt understøttede egentræning fortsætter gennem hele træningsforløbet.

I de sidste ti uger erstattes én ugentlig træningssession med digitalt understøttet egentræning i hjemmet. Det er skiftevis holdtræningssessioner og individuelle træningssessioner, der erstattes, da det sundhedsfaglige personale i forbindelse med effektevalueringens fokusgrupper har givet udtryk for, at der sker en vis erfaringsudveksling mellem deltagerne på holdtræning. Det vurderes dog, at ikke alle individuelle træningssessioner bør erstattes, da borgere visiteres til individuel træning med udgangspunkt i deres behov.

Tabel 9 Overblik over forløb med kombination af individuel- og holdtræning for alment svækkede ældre på SEL §86.1 og SUL §140

Parametre	AS-IS	TO-BE
-----------	-------	-------

Forløbstype: Substitution som udfasning i et forløb

Antal uger pr. forløb	15	15
Antal individuelle træningssessioner i alt	10	5
uge 1-5	3	3
uge 6-15	7	2
Antal holdtræningssessioner i alt	20	15
uge 1-5	7	7
uge 6-15	13	8
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb²⁷	17t. 25 m.	11t. 45 m.

Forløb med individuel træning og holdtræning (SEL §86.2)

As-is forløbet er kortlagt gennem en survey udsendt til landets kommuner samt en gennemgang af alle tilgængelige kommunale ydelseskataloger. Dette forløb består af et individuelt opstartsmøde af en times varighed, hvor borgers træningsmæssige behov afklares. Derefter træner borgerne i 13 uger to gange om ugen. Hver anden uge modtager borgeren én individuel træningssession og én holdtræningssession. De resterende uger modtager borgeren to holdtræningssessioner og ingen individuelle træningssessioner²⁸.

To-be forløbet er designet med afsæt i fokusgrupper med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til alment svækkede ældre. Personalet peger på, at der med fordel i slutningen af forløbene kan anvendes digitalt understøttet egentræning i borgernes hjem som alternativ til træningssessioner med fysisk fremmøde på de kommunale træningscentre.

På den baggrund er to-be forløbet fastlagt således, at der sker en gradvis erstatning af træningssessioner med digitalt understøttet egentræning henover det samlede træningsforløb. I de første fire uger er antallet af træningssessioner med fysisk fremmøde uændret i forhold til i dag. I denne periode påbegynder borgerne digitalt understøttet egentræning i hjemmet parallelt med den øvrige træning. Der er i den forbindelse afsat tid til en særlig introduktion til den digitale træningsløsning. Den digitalt understøttede egentræning fortsætter gennem hele træningsforløbet.

I de sidste ni uger erstattes én ugentlig træningssession med digitalt understøttet egentræning i hjemmet. Det er skiftevis holdtræningssessioner og individuelle træningssessioner, der erstattes, da det sundhedsfaglige personale i forbindelse med effektevalueringens fokusgrupper har givet udtryk for, at der sker en vis erfaringsudveksling mellem deltagerne på holdtræning. Det vurderes dog, at ikke alle individuelle træningssessioner bør erstattes, da borgere visiteres til individuel træning med udgangspunkt i deres behov.

Tabel 10 Overblik over forløb med kombination af individuel- og holdtræning for alment svækkede ældre på SEL §86.2

Parametre	AS-IS	TO-BE
<i>Forløbstype: Substitution som udfasning i et forløb</i>		
Antal uger pr. forløb	13	13

²⁷ Medarbejdstid pr. borgerforløb er opgjørt inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet. Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdstid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

²⁸ Forløbet er vurderet ud fra svarene i surveyen blandt kommunerne, der viser, at borgerne typisk modtager 8 individuelle træningssessioner og 18 holdtræningssessioner.

Antal individuelle træningssessioner i alt	8	4
• uge 1-4	3	3
• uge 5-13	5	1
Antal holdtræningssessioner i alt	18	13
• uge 1-4	5	5
• uge 5-13	13	8
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb²⁹	13t. 33 m.	9t. 13 m.

Forløb med holdtræning (SEL §86.2)

As-is forløbet er kortlagt gennem en survey udsendt til landets kommuner samt en gennemgang af alle tilgængelige kommunale ydelseskataloger. Forløbet består af et individuelt opstartsmøde af en times varighed, hvor borgers træningsmæssige behov afklares. Derefter træner borgeren på et hold én gang om ugen i 16 uger.

To-be forløbet er designet med afsæt i fokusgrupper med sundhedsfagligt personale, der arbejder med digitalt understøttet genoptræning til alment svækkede ældre. Personalet peger på, at der med fordel i slutningen af forløbene kan anvendes digitalt understøttet egentræning i borgernes hjem som alternativ til træningssessioner med fysisk fremmøde på de kommunale træningscentre.

På den baggrund er to-be forløbet fastlagt således, at der efter en indledende introduktion til såvel træning på hold som digitalt understøttet egentræning sker en omlægning af halvdelen af træningssessionerne fra fysisk fremmøde til digitalt understøttet egentræning.

I de første fire uger er antallet af træningssessioner med fysisk fremmøde uændret i forhold til i dag. I denne periode påbegynder borgerne digitalt understøttet egentræning i hjemmet parallelt med den øvrige træning. Der er i den forbindelse afsat tid til en særlig introduktion til den digitale træningsløsning. Den digitalt understøttede egentræning fortsætter gennem hele træningsforløbet.

I de resterende 12 uger erstattes hver anden ugentlige træningssession med digitalt understøttet egentræning i hjemmet, således at borgerne modtager holdtræning hver anden uge i resten af forløbet.

Tabel 11 Overblik over forløb med holdtræning for alment svækkede ældre på SEL §86.2

Parametre	AS-IS	TO-BE
<i>Forløbstype: Substitution som udfasning i et forløb</i>		
Antal uger pr. forløb	16	16
Antal holdtræningssessioner i alt	16	10
• uge 1-4	4	4
• uge 5-16	12	6
Samlet medarbejder tid pr. borgerforløb³⁰	5t. 1 m.	4t. 25 m.

²⁹ Medarbejdstid pr. borgerforløb er opgjort inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet. Opgørelsen beskriver en driftssituation, og medarbejdstid i relation til implementering af digitalt understøttet genoptræning er derfor ikke indregnet (jf. beskrivelse af faste og variable omkostninger i kapitel 7).

³⁰ Medarbejdstid pr. borgerforløb er opgjort inkl. forberedelsestid, indledende visitationsmøde og ekstra tidsforbrug vedr. digital træningsløsning (to-be); tidsforbrug ved holdtræninger er delt med antallet af deltagere på holdet.

7 BUSINESS CASE

Den opstillede business case for brug af digitalt understøttet træning omfatter målgrupperne alment svækkede ældre visiteret efter Sundhedslovens §140 eller efter Servicelovens §86.1 og §86.2, borgere med kroniske sygdomme (diabetes, hjerte/kar og KOL) visiteret efter Sundhedslovens §119 eller §140 eller Servicelovens §86.2 samt borgere med apopleksi visiteret til genoptræning efter Sundhedslovens §140. Business casen er samlet set positiv med et akkumuleret nettopotentiale over fem år på 190 mio. kr. på landsplan og 63 mio. kr. årligt ved fuld indfasning. Heraf udgør genoptræning af alment svækkede ældre efter Sundhedslovens §140 og Servicelovens §86.1 mere end halvdelen af det samlede potentiale, mens de øvrige målgrupper tegner sig for nogenlunde lige store andele. Der regnes med en vis usikkerhed i business casen, blandt andet i forhold til antallet af egnede borgere i de forskellige målgrupper. Dette er i business casen udtrykt som et spænd i nettopotentialet fra 152 mio. kr. i worst case scenariet til 230 mio. kr. i best case scenariet.

7.1 Introduktion til business casen

Business casen beskriver potentialet ved en national udbredelse af digitalt understøttet træning til borgere med apopleksi (visiteret til genoptræning efter SUL §140), alment svækkede ældre (visiteret til genoptræning efter SUL §140 eller SEL §86.1 eller vedligeholdende træning efter SEL §86.2), samt borgere med kroniske sygdomme (visiteret til genoptræning efter SUL §140, patientrettet forebyggelse efter SUL §119 eller vedligeholdende træning efter SEL §86.2).

I forlængelse heraf er business casen opdelt, så de er muligt at se, hvor meget de enkelte målgrupper bidrager til business casen, herunder hvilken andel hver af de mest udbredte forløbstyper inden for hver målgruppe udgør. Det betyder, at målgrupperne opsplittes i de typiske forløb, der er identificeret for hver af dem, hvorefter der beregnes et nettopotentiale for hver af målgrupperne. Udover denne målgruppe- og forløbsspecifikke beregning er der til den samlede business case knyttet omkostninger (projektledelse, indkøbsudbud, uddannelse af personale mm.), som ikke er direkte afhængige af mængden af målgrupper og teknologier, og som derfor beregnes og afrapporteres særskilt. Alle omkostninger og bruttopotentialer er efterfølgende præsenteret i én samlet business case.

Business casens organisatoriske og tekniske setup samt omkostninger til digitale træningsløsninger tager udgangspunkt i eksisterende praksis i kommunerne samt erfaringer fra eksisterende og afsluttede pilotprojekter i kommunerne.

De parametre, der indgår i business casen er i vid udstrækning de samme som dem, der blev anvendt i foranalysen. Beregningerne er splittet på en anden måde ligesom en del af parameterværdierne er blevet yderligere kvalificeret, hvilket betyder, at mange af de anvendte inputværdier vil adskille sig fra foranalysen.

Business casens potentialer for hver målgruppe opnås på forskellige måder, da de nuværende typiske forløb adskiller sig fra målgruppe til målgruppe, og graden hvormed det er muligt substituere træningsgange ved fysisk fremmøde med digitalt understøttet egentræning ligeledes varierer på tværs af målgrupper. Substitutionsgraden ligger således mellem 25-50 pct. afhængig af målgruppe og forløbstype.

Fælles for alle målgrupperne er, at potentialet består af to elementer: Nedbringelse af kommunalt finansieret transport af borgere til og fra træning samt mindre tidsforbrug blandt de sundhedsfaglige medarbejdere. Omkostningerne i business casen knytter sig på tværs af målgrupperne primært til driftsomkostningerne for de digitale træningsløsninger.

Business casen er femårig og dækker perioden 2017-2021. Alle værdier, der udvikler sig dynamisk (f.eks. løn) er fremskrevet til 2017-værdier, og der regnes i denne business case med faste priser i 2017-værdier.

7.2 Samlet nettopotentiale fordelt målgrupper

Nettopotentialet for indførsel af digitalt understøttet genoptræning udgøres af en række målgrupper, der hver især gennemgår forløb af forskellig karakter. Som beskrevet ovenfor i kapitel fem er der på tværs af de enkelte målgrupper, som er medtaget i spor 2, ca. 82.000 forløb om året på landsplan, hvoraf omkring 16.500 forløb – svarende til omkring 20 pct. – estimeres at være egnede til at modtage de skitserede træningsforløb baseret på digitalt understøttet egentræning³¹. Denne andel forventes på tværs af målgrupperne at stige over årene i business casen med ca. 6 procentpoint fra 2017 til 2021.

Fælles for de forskellige forløb er, at bruttopotentialet udgøres af nedbringelse af tidforbruget for sundhedspersonalets samt mindre transport af borgere til og fra de kommunale træningscentre.

Omkostningerne kategoriseres i to typer:

- Faste omkostninger, der ikke påvirkes direkte af antallet af borgere, der modtager digitalt understøttet træning i eget hjem
- Variable omkostninger, der er direkte forbundet til antallet af borgere, der modtager digitalt understøttet træning i eget hjem

De faste omkostninger udgøres af opstartsomkostningerne i kommunerne i forbindelse med udrulning af specifikke teknologiske redskaber, licensomkostninger til diverse programmer, projektledelse og uddannelse af personale. Disse omkostninger afhænger af hvor meget sundhedsfagligt personale, der skal bruge de digitale redskaber i kommunerne, samt hvor mange forskellige teknologiske løsninger, der indkøbes. De vil derfor forandres ved større ændringer i antallet af borgere i målgruppen eller antallet af teknologiske løsninger, som indkøbes i den enkelte kommune, men ikke ved mindre forandringer i antallet af borgere, der modtager digitalt understøttet genoptræning.

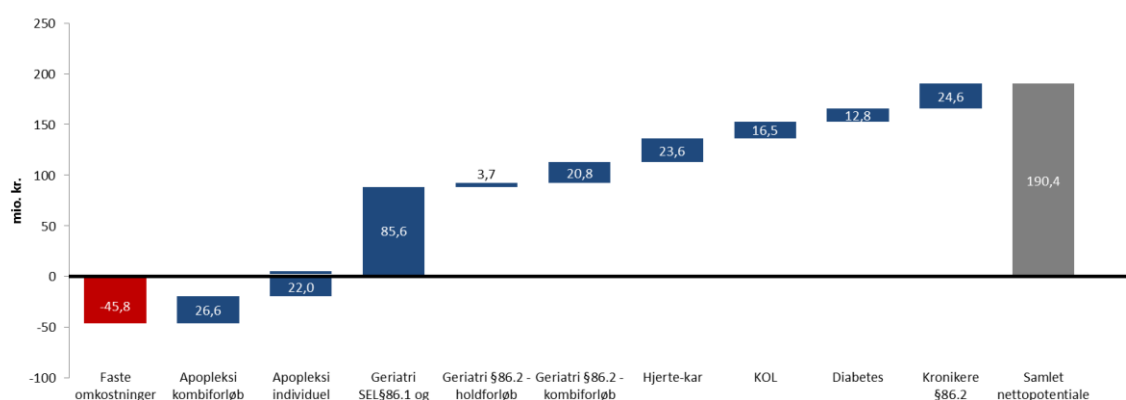
De variable omkostninger udgøres af driftsomkostninger knyttet til det enkelte forløb i form af udgifter til den enkelte digitale enhed, som borgerne skal have i deres hjem, samt den ekstra tid personalet bruger pr. forløb til oplæring, support og eventuel manuel dataoverførsel fra et system til et andet.

Figur 9 viser den samlede business case udtrykt ved de faste omkostninger samt nettopotentialet for hvert af forløbene for de enkelte målgrupper over business casens femårige periode³². Figuren viser hvor mange og hvilke målgrupper, der skal modtage digitalt understøttet egentræning for at potentialerne opvejer de faste omkostninger, der er forbundet med at implementere digitalt understøttet genoptræning i kommunerne.

³¹ Se kapitel fem for en uddybende beskrivelse af målgruppens størrelse og sammensætningen af henholdsvis forløb baseret på digitalt understøttet egentræning (to-be) og det forløb, borgerne ellers bliver tilbudt (as-is). Se bilag B for en gennemgang af inputværdier og kildegrundlag for samtlige parametre i den opstillede business case.

³² Nettopotentialet for den enkelte målgruppe/forløbstype udgøres af bruttopotentialet fratrukket de variable omkostninger knyttet til det enkelte forløb. Det samlede nettopotentiale er endvidere fratrukket de faste omkostninger.

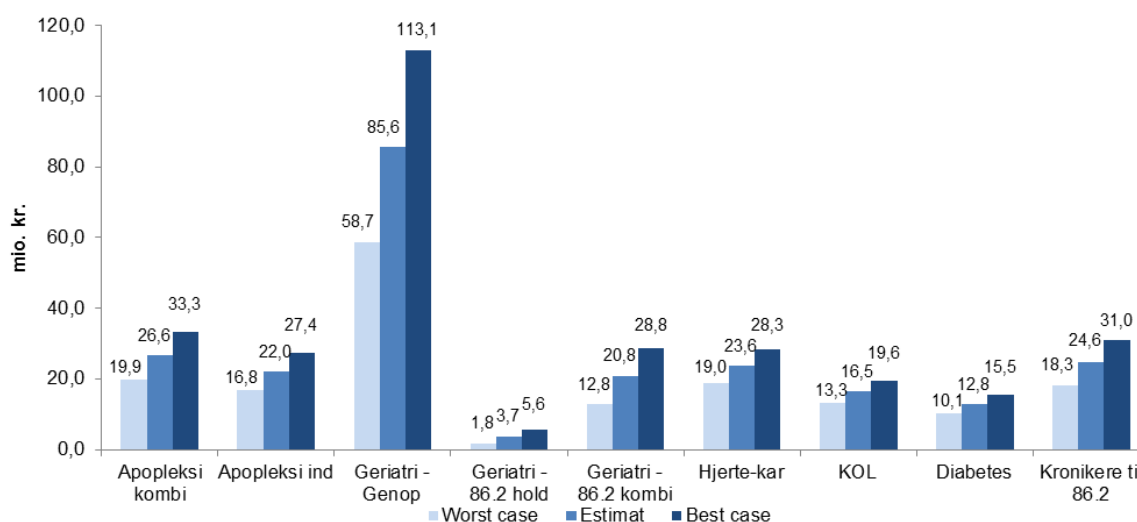
Figur 9 Nettopotentialet fordelt på alle forløb over business casens femårige periode (mio.kr. faste priser)



Figuren viser, at det største potentiale ligger i gruppen af alment svækkede ældre, der modtager genoptræning efter SEL §86.1 eller SUL §140, og at potentialet for denne målgruppe alene overstiger de faste omkostninger forbundet med indførslen af digitalt understøttet egetræning i eget hjem.

Der er i de forskellige business cases regnet med en vis usikkerhed, der varierer på tværs af de enkelte målgrupper. På figur 10 nedenfor er worst case, estimat og best case for det akkumulerede nettopotentiale over fem år angivet for hver af målgrupperne. Figuren viser, at hver enkelt målgruppe - selv i worst case scenariet - giver et positivt nettopotentiale over fem år. Til dette potentiale skal der dog lægges de faste omkostninger på 45,8 mio. kr.

Figur 10 Business casens hovedeffekter (mio.kr. faste priser)



Spændene mellem worst case og best case for målgrupperne afspejler usikkerheden på udvalgte inputparametre, hvoraf særligt tre forhold påvirker business casen.

For det første er der for nogle grupper større usikkerhed knyttet til estimatet af baseline. Dette gælder særligt forløb visiteret efter servicelovens §86, som ikke er lige så præcist registreret i hverken antal eller målgruppe som eksempelvis Sundhedslovens §140.

For det andet er estimerne omkring egnethed for målgrupperne og stigningen i denne, ligeledes belagt med usikkerheder. Det skyldes at de dels baserer sig på få fokusgruppeinterviews, dels må forventes at udvikle sig i business case perioden.

Endelig er der usikkerheder knyttet til andelen af borgere, der modtager betalt transport i de enkelte målgrupper. Det skyldes at der ikke findes registreringer af dette knyttet specifikt til den kommunale

træning eller præcise registreringer af alle de forhold, der kvalificere borgerne til at kunne modtage transport.

Sammenholder vi målgruppernes potentiale og usikkerhedsspænd med den træningsmæssige effekt for målgrupperne tegner der sig nedenstående billede.

Tabel 12 Oversigt over nettopotentiale, usikkerhed og klinisk effekt

Type	Nettopotentiale	Usikkerhedsspænd til BC og WC	Grad af dokumenteret effekt*	Kommunalt erfaringsgrundlag*
Apopleksi kombiforløb	26,6 mio. kr.	+/- 6,7 mio. kr.	++	+
Apopleksi individuelle forløb	22,0 mio. kr.	+/- 5,3 mio. kr.	++	+
Geriatrici §86.1 og 140 kombiforløb	85,6 mio. kr.	+/- 27,2 mio. kr.	++	+++
Geriatrici §86.2 hold	3,7 mio. kr.	+/- 1,9 mio. kr.	++	+++
Geriatrici §86.2 kombiforløb	20,8 mio. kr.	+/- 8,0 mio. kr.	++	+++
Hjerte-kar hold	23,6 mio. kr.	+/- 4,7 mio. kr.	++	+
KOL hold	16,5 mio. kr.	+/- 3,2 mio. kr.	+++	+++
Diabetes hold	12,8 mio. kr.	+/- 2,7 mio. kr.	+++	++
Kronikere §86.2 hold	24,6 mio. kr.	+/- 6,3 mio. kr.	++	+
Faste omkostninger	-45,8 mio. kr.	-	-	-
Nettopotentiale, i alt	190,4 mio. kr.	-	-	-

* + angiver den laveste grad af dokumentation og/eller erfaringer mens +++ angiver den højeste.

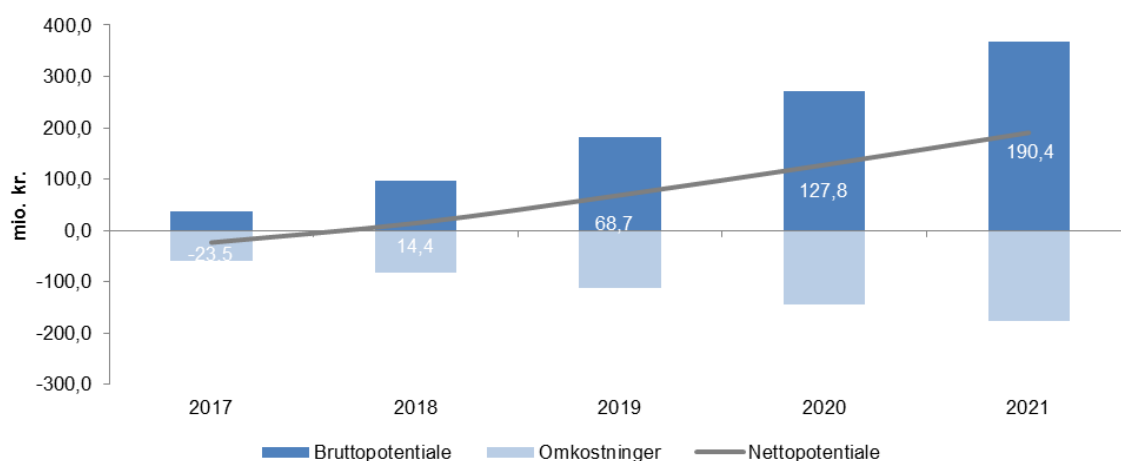
Tabellen viser, at der for de forskellige målgrupper og forløbstyper er en varierende grad af dokumenteret effekt og erfaringsgrundlag i kommunerne. De målgrupper og forløbstyper, der samlet set har den højeste grad af dokumenteret effekt og kommunalt erfaringsgrundlag (diabetes og KOL samt alment svækkede ældre (geriatrici)) udgør tilsammen et nettopotentiale på omkring 140 mio. kr. ud af det samlede nettopotentiale på 237 mio. kr., der fraregnet ikke-målgruppenspecifikke faste omkostninger er estimeret på tværs af alle målgrupper i spor 2.

7.3 Samlet nettopotentiale over fem år

Den opstillede business case for en national udbredelse af digitalt understøttet genoptræning til de udvalgte målgrupper i spor 2 har et akkumuleret nettopotentiale på 190 mio. kr. over den 5-årige periode.

Figur 11 samt tabel 13 og 14 giver et overblik over udviklingen i business casens bruttopotentiale, omkostninger og nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid. Business casen har et positivt nettopotentiale over dens femårige løbetid, og en genindtjeningsperiode på to år.

Figur 11 Business casens hovedeffekter (mio.kr. faste priser)



Tabel 13 Akkumuleret nettopotentiale over fem år, udvikling over perioden (mio. kr. faste priser)*

Type	2017	2018	2019	2020	2021
Bruttopotentiale	37,1	96,7	181,7	272,1	368,0
Omkostninger – faste og variable	-60,6	-82,4	-113,0	-144,4	-177,6
Nettopotentiale	-23,5	14,4	68,7	127,8	190,4

*Afrundinger på resultaterne kan give afvigelser på summerne i tabellen

Der er i business casen regnet med følgende grundlæggende forudsætninger i relation til realisering af potentiale og investeringsbehov:

- **Bruttopotentiale:** For alle målgrupperne indfases den digitale egentræning i eget hjem med 50 pct. af de egnede forløb i målgrupperne i business casens første år (2017) og yderligere 25 pct. i hvert af de to følgende år (2018-19) således, at der regnes med fuld indfasning (100 pct.) fra 2019 og frem
- **Omkostninger:** Implementeringsomkostninger, herunder projektledelse og initial opstart og opsætning af teknisk udstyr i kommuner afholdes i business casens første år (2017). Opstartsudgifterne til digitalt udstyr til genoptræning sker gradvist og er afpasset efter indfasningstakten.

Tabel 14 Årligt nettopotentiale, udvikling over perioden (mio. kr. faste priser)*

Type	2017	2018	2019	2020	2021	Samlet
Bruttopotentiale	37,1	59,7	85,0	90,4	95,9	368,0
Omkostninger – faste og variable	-60,6	-21,8	-30,6	-31,4	-33,2	-177,6
Nettopotentiale	-23,5	37,9	54,4	59,0	62,7	190,4

*Afrundinger på resultaterne kan give afvigelser på summerne i tabellen

7.4 Usikkerhed og følsomhedsberegninger

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

Følsomhedsberegninger viser, hvor følsom business casen er over for ændringer i inputvariablenes værdier. Efter identifikation af de mest følsomme variable er det blevet vurderet, i hvilket omfang der også knytter sig usikkerhed til fastlæggelsen af parameterværdien. Følsomhedsanalyserne er

foretaget for de enkelte målgrupper og forløbstyper samt for den samlede business case, for mere præcist at kunne vurdere usikkerheden i de enkelte parametre. De væsentligste usikkerheder knytter sig dels til estimatet af antallet af forløb efter Servicelovens §§86.1 og 86.2, da disse ikke i kommunerne registreres på målgruppeniveau, dels til denne generelle vurdering af målgruppernes egnethed til at modtage digitale genoptræningsforløb, og dels til andelen af borgere der modtager betalt transport. Derudover er der regnet med en usikkerhed i prisen på de digitale løsninger.

På baggrund af dette er der fastlagt et usikkerhedsspænd for disse inputvariable, som efterfølgende anvendes til at beregne worst case og best case forløb ved hjælp af Monte Carlo-simulering.

7.4.1 Følsomhedsberegninger

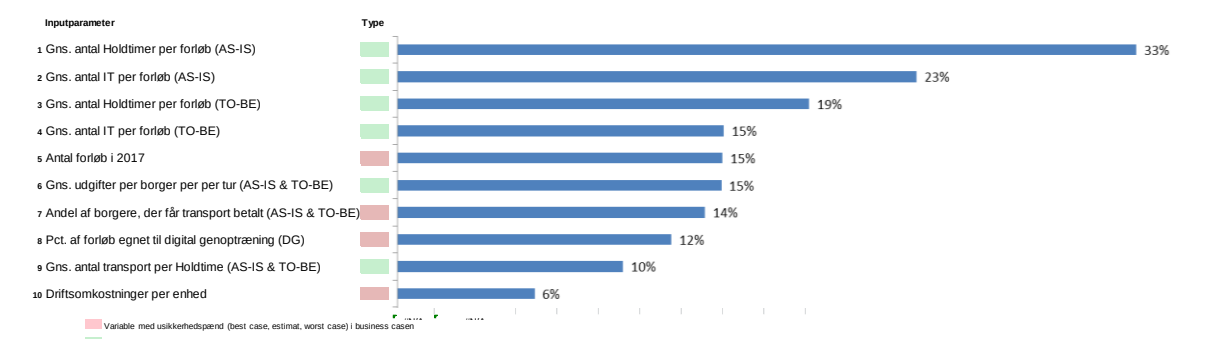
Der er gennemført følsomhedsanalyser på alle inputvariable, der indgår i business casen. Følsomhedsanalysen viser, hvilke variable der har stor betydning for business casens samlede resultat, og hvor der derfor er et særligt behov for at sikre et præcist estimat for inputvariablenes værdi.

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.

Figur 12 viser følsomheden af inputvariablenes påvirkning af den samlede business case.

Figur 12 Oversigt over inputvariable med størst følsomhed



Figuren viser desuden de variable, hvis usikkerhed er betydelig, og hvor der som konsekvens heraf er tilføjet et usikkerhedsspænd (markeret med rødt).

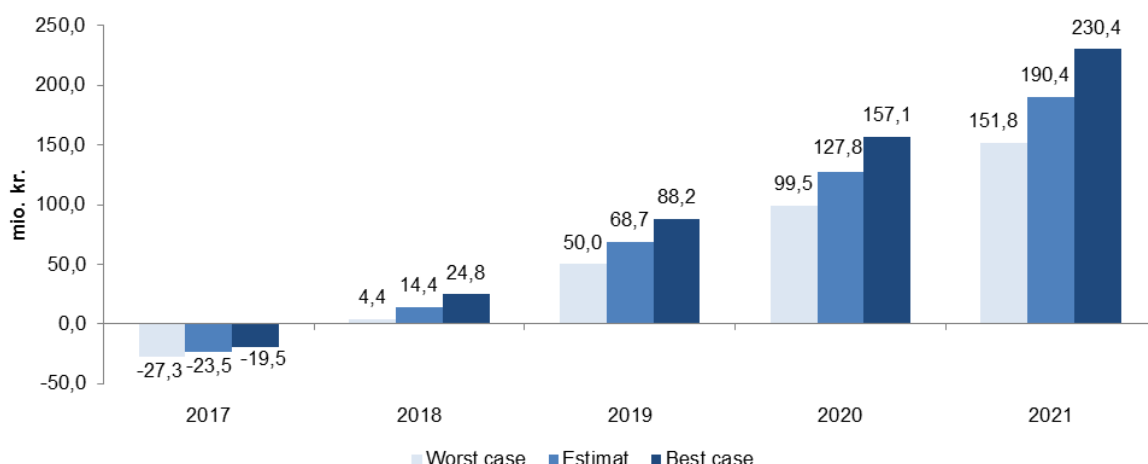
Følsomhedsanalysen viser, at business casen er mest følsom for ændringer i parametrene på potentialesiden. Særligt antallet af holdtimer og individuelle timer pr. forløb er følsomme og kan give relativt store udsving i business casen. Derudover er business casen relativ følsom overfor udsving på antallet af forløb og transportomkostningerne for borgerne.

7.4.2 Usikkerhed beregnet som worst case og best case

I den samlede business case viser worst case og best case beregningerne for den femårige periode et nettopotentiale på mellem 152 og 230 mio. kr. Spændet mellem worst case og best case bestemmes af den indregnede usikkerhed på business casens inputvariable. Business case resultatet for worst case og best case scenarier er beregnet ved Monte Carlo-simulering, hvor parametre med indlagt usikkerhed antages normalfordelt og modellen simuleres 2.000 gange med variation på de enkelte parametre med usikkerheder.

Figur 13 nedenfor giver et overblik over udviklingen i worst case, estimat og best case for business casens nettopotentiale akkumuleret over den femårige løbetid.

Figur 13 Akkumuleret nettopotentiale over fem år (mio. kr. faste priser)



Figuren viser, at selv i worst case scenariet er business casen positiv i andet år efter indførslen af digitalt understøttet genoptræning.

De største usikkerheder knytter sig til estimatet af antallet af forløb, særligt for Servicelovens §86, samt andelen af egnede borgere i hver af målgrupperne over business casens femårige periode.

Årsagen til at usikkerhederne omkring Servicelovens §86 er relativt stor skyldes, at registreringen af §86 forløb ikke foregår lige så systematisk som eksempelvis på Sundhedslovens §140. Dertil kommer, at kommunerne ikke har samme praksis for mængden af visiterede forløb på hhv. servicelovens §§ 86.1 og 86.2.

Usikkerhederne omkring andelen af egnede skyldes, at estimatet dels bygger på en faglig vurdering fra fysio- eller ergoterapeuter i kommunale fokusgrupper og dels fordi udviklingen i disse målgruppers egnethed forventes at udvikle sig i business case perioden. Stigning i egnethed drives særligt af en øget erfaring hos de sundhedsfaglige medarbejdere med ansvar for visitation af borgere til digitalt understøttet træning og en generelt voksende digital modenhed hos borgerne. Der er derfor lagt et usikkerhedsspænd ind både for andelen af egnede og for udviklingen i denne andel.

Der er ligeledes knyttet usikkerhed til andelen af egnede borgere, der modtager transport. Som udgangspunkt har personer ret til befording eller befordingsgodtgørelse, hvis de modtager pension, har over 50 km til genoptræningsstedet eller hvis personens tilstand udelukker befording med offentlige transportmidler. Baseret på disse kriterier er der foretaget estimater for hver målgruppe, og lagt et usikkerhedsspænd ind for alle målgrupper.

Estimaterne beror derfor på vurderinger af andelen af pensionister i hver målgruppe, samt en generel vurdering af funktionsnedsættelse for nogle målgrupper f.eks. borgere med apopleksi. Der er derfor lagt et usikkerhedsspænd ind på +/- 5 procentpoints for estimatet for samtlige målgrupper. I bilag B er der redegjort nærmere for estimaterne i de målgruppespecifikke tabeller.

Endelig er der usikkerheder knyttet til prissætningen af de digitale træningsløsninger. Der er indhentet priser fra et repræsentativt udsnit af leverandører, som giver nogle relativt robuste estimater. Der er dog stadig lagt mindre usikkerheder ind i den opstillede business case.

For de app-/portal baserede løsninger dækker disse over, at flere leverandører på markedet har forskellige prismodeller, hvilket betyder, at omfanget af udbredelsen kan have større eller mindre betydning.

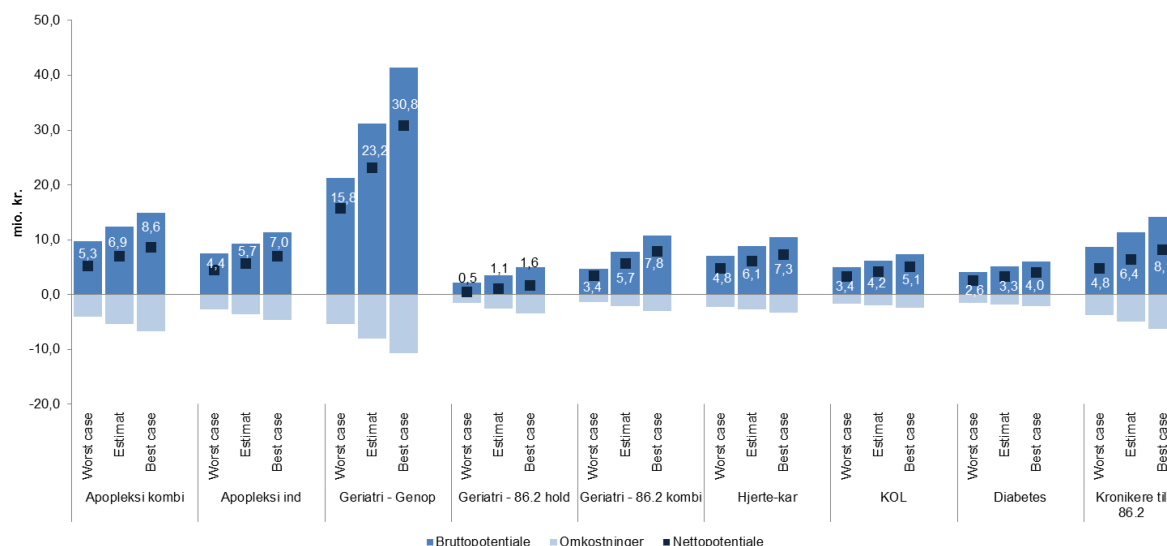
For den faste sensorbaserede løsning dækker usikkerheden over, at driftsudgifterne til udstyr dækker over en relativt stor udstyrspakke (kinect, PC (microcomputer), licensomkostninger samt logistik og vedligehold). De mange komponenter kan ikke, som det er i dag, hentes hos samme udbyder, derfor regnes med en usikkerhed på disse.

7.5 Årligt nettopotentiale ved fuld indfasning

Der er væsentlig forskel på størrelsen af det årlige nettopotentiale ved fuld indfasning på tværs af de enkelte målgrupper og forløbstyper. Genoptræning af alment svækkede ældre (geriatri) efter SUL §140 og SEL §86.1 har med 23,2 mio. kr. det største årlige nettopotentiale ved fuld indfasning. Holdbaserede vedligeholdende træning efter SEL §86.2 til samme målgruppe har med 1,1 mio. kr. det mindste årlige nettopotentiale ved fuld indfasning. De øvrige målgrupper og forløbstyper har et årligt nettopotentiale ved fuld indfasning på mellem 3,3 mio. kr. og 6,9 mio. kr.

Figur 14 viser det årlige nettopotentiale ved fuld indfasning samt worst case og best case for hver målgruppe og forløbstype.

Figur 14 Årligt nettopotentiale ved fuld indfasning for alle forløb (mio.kr. faste priser)



Summen af usikkerhederne i worst case og best case scenarierne for de enkelte målgrupper og forløbstyper vil ikke kunne overføres direkte til at estimere worst case og best case for den samlede business case. En sådan regnemetode vil overestimere usikkerheden, da sandsynligheden for at samtlige forløbs udfald på en gang bliver enten deres worst case eller best case scenarium er mindre, end for at de varierer forskelligt mellem ekstremerne på tværs forløb³³.

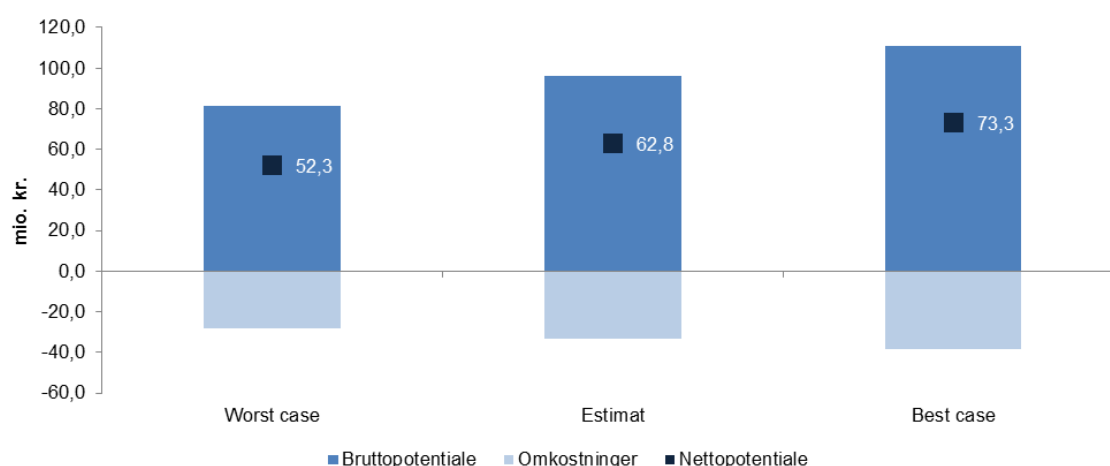
Det årlige nettopotentiale ved en fuld indfasning af samtlige målgrupper medtaget i spor 2 er på 63 mio. kr. efter 2021 (beregnet gennemsnit for det årlige resultat i en fremtidig driftssituation)³⁴. Worst case og best case spænder mellem 52 og 73 mio. kr. Indførsel af digitalt understøttet træning har således ved fuld indfasning en positiv årlig business case.

Figur 15 giver et overblik over estimatet for worst case og best case for henholdsvis bruttonpotentiale, omkostninger og nettopotentiale pr. år ved en fuld indfasning på landsplan.

³³ Der er dog taget højde for variable, der må antages at have samme variation på tværs af målgrupper, også har det. F.eks. varierer andelen af egnede geriatriske borgere ens på tværs af deres forskellige forløbstyper, da denne må antages at være den samme på tværs af forskellige forløbstyper.

³⁴ Omkostningerne ved fuld indfasning afspejler kun driftsomkostningerne, da investerings- og projektkomkostninger er afholdt tidligere.

Figur 15 Årligt nettopotentiale ved fuld indfasning (mio.kr. faste priser)



7.6 Bruttopotentiale og omkostninger

Den opstillede business case opererer med to hovedtyper af potentialer:

- Sparede fysioterapeutudgifter som følge af omlægning af træningssessioner med fysisk fremmøde til digitalt understøttet egentræning.
- Sparede transportudgifter som følge af et mindre behov for transport af borgere til og fra af træningssessioner med fysisk fremmøde.

Samlet set udgør de sparede transportudgifter ca. 63 pct. af bruttopotentialet (231 mio. kr.) over den femårige periode, mens sparede fysioterapeutudgifter udgør den resterende andel (137 mio. kr.),

Omkostningerne er som tidligere skitseret opdelt i variable og faste omkostninger, som tilsammen har syv hovedtyper af omkostninger.

Faste omkostninger

Opstart og opsætning af udstyr i den enkelte kommune, hvilket er en engangsomkostning afholdt i business casens første år.

Omkostninger til brugerlicenser til sundhedsfagligt personale til mobile app-baserede løsninger. Licensomkostningerne er en årlig omkostning og afholdes i alle business casens fem år

Udgifter til indkøbsudbud, som dækker over prisen for udarbejdelse og afholdelse af udbud til valg af leverandør i opstartsfasen, og afholdes i business casens første år.

Projekt- og implementeringsomkostninger, herunder først og fremmest faglig projektledelse i implementeringsperioden, samt frikøb af medarbejdere til uddannelse i den tekniske løsning. Disse omkostninger afholdes i business casens første år.

Variable omkostninger

Opstart af nye enheder, som i den anvendte prismodel indebærer en engangsomkostning hver gang en ekstra enhed tages i anvendelse. Disse omkostningerne er størst i business casens første og andet år, hvor den digitalt understøttede egentræning i hjemmet indføres. Derefter tilgår kun omkostninger, når antallet af digitale hjælpemidler stiger som følge af en generelt stigning i antallet af træningsforløb samt flere egnede borgere i målgruppen.

Drift af udstyr, hvilket i den anvendte prismodel for business casen er en månedlig omkostning til leverandøren, som inkluderer support, udskiftning af defekte enheder, datatrafik, serverudgifter, udskiftning af enkelte komponenter samt opdatering af software. Omkostningen afholdes over hele business casens femårige periode.

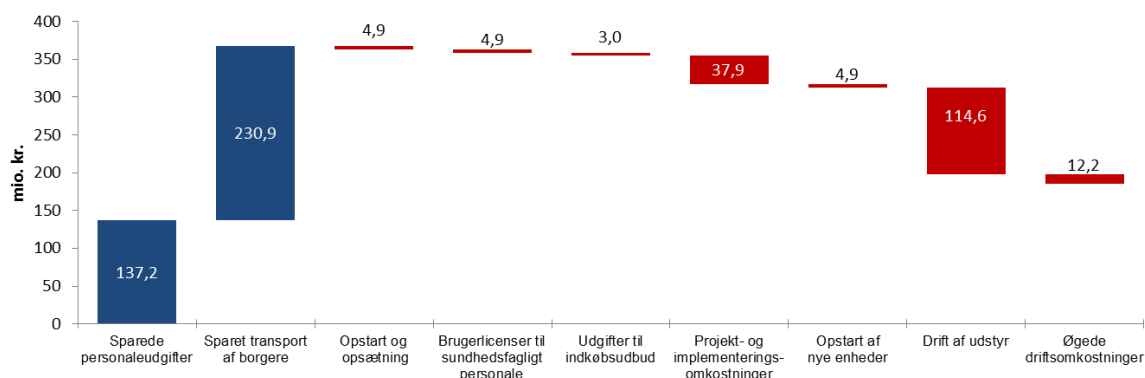
Øgede driftsomkostninger som følge af meropgaver i forbindelse med national udbredelse af den digitale genoptræningsløsning. Dette udgøres dels af tidsforbruget til genindtastning af basale borger-

og træningsoplysninger i de digitale træningsløsninger på grund af manglende integration med de kommunale omsorgssystemer (EOJ), og dels af personalets tekniske support til borgere, der anvender træningsløsningen i eget hjem. Disse omkostninger afholdes i hele business casens femårige periode.

Bilag B giver en uddybende gennemgang af definitioner, kildegrundlag mm. for de enkelte inputvariable i den opstillede business case.

Figur 16 viser fordelingen af business casens samlede femårige bruttopotentiale og omkostninger på de forskellige hovedtyper.

Figur 16 Fordeling af bruttopotentiale og omkostninger for samlet business case (mio. kr. faste priser)

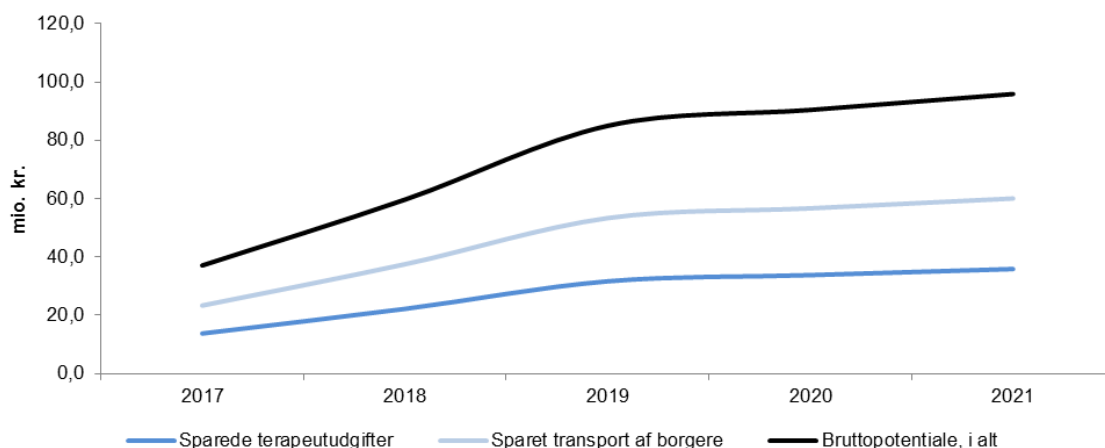


De enkelte hovedtyper på henholdsvis potentialeside og omkostningsside uddybes i de to følgende afsnit.

7.6.1 Bruttopotentiale fordelt på typer

Figur 17 og tabel 15 giver et overblik over udviklingen i det årlige bruttopotentiale fordelt på de to hovedtyper – sparede fysioterapeutudgifter og sparet transport af borgere – over business casens femårige løbetid.

Figur 17 Årligt bruttopotentiale over fem år



Tabel 15 Årligt bruttopotentiale, femårig udvikling fordelt på potentialetyper (faste priser; mio. kr.)*

Type	2017	2018	2019	2020	2021	Samlet
Sparede udgifter til sundhedsfagligt personale	13,7	22,2	31,7	33,7	35,9	137,2
Sparet transport af borgere	23,3	37,5	53,3	56,7	60,0	230,9
Bruttopotentiale, i alt	37,1	59,7	85,0	90,4	95,9	368,0

*Afrundinger på resultaterne kan give afvigelser på summerne i tabellen

Sparede udgifter til sundhedsfagligt personale. Af ovenstående tabel fremgår det, at sparet tid til sundhedsfagligt personale som følge af omlægning af træningen fra sessioner, der kræver fysisk fremmøde til digitalt understøttet egentræning i borgernes hjem, udgør 37 pct. af det samlede potentiale for business casen.

Sparet transport af borger. De resterende 63 pct. af business casens potentiale stammer fra et reduceret behov for at transportere borgere frem og tilbage til træningssessioner, der kræver fysisk fremmøde, og deraf følgende reducerede udgifter til borgere, der har betalt transport. I dag foregår en del af de individuelle træningssessioner i borgerens eget hjem, hvor det sundhedsfaglige personale transportere sig ud til borgeren, mens en anden del foregår på træningscentrene. Der er i business casen regnet med, at alle individuelle træningssessioner foregår på træningscentrene ud fra to betragtninger. For det første vurderes det, at borgere, der i dag visteres til træning i eget hjem, er særligt svækkede og derfor som hovedregel mindre egnede til at modtage digitalt understøttet træning. For det andet er vurderingen udtryk for et konservativt estimat, da omkostningerne forbundet med terapeutens transport alt andet lige vil være større end borgerens.

Det er de samme to typer potentialer på tværs af forløb og målgrupper, men deres respektive andel er ikke ens på tværs af målgrupper. På tabel 16 er potentialerne angivet pr. forløbstype i de enkelte målgrupper

Tabel 16 Femårigt bruttopotentiale fordelt på potentialetyper og forløb (faste priser; mio. kr.)*

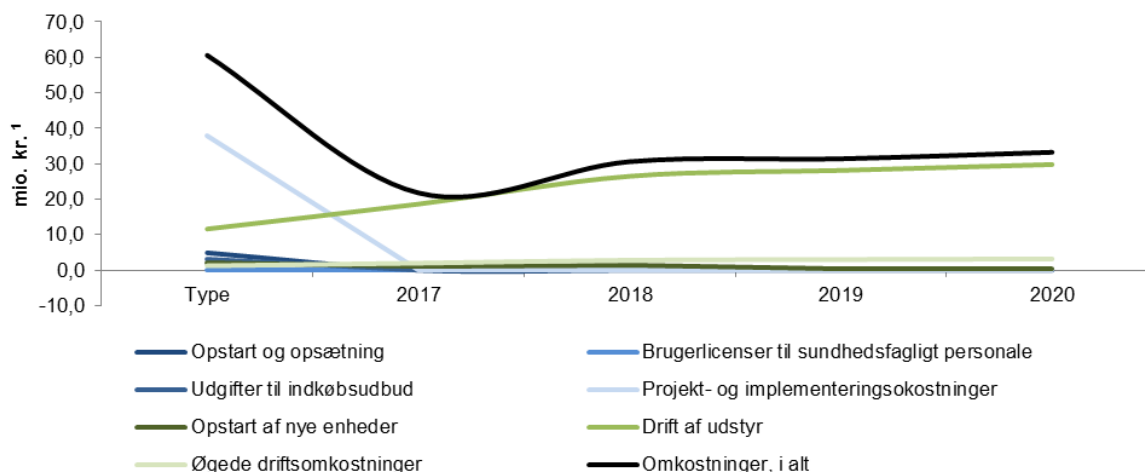
Type	Sparede udgifter til sundhedsfagligt personale	Sparede udgifter til transport af borgere	Samlet bruttopotentiale
Apopleksi kombiforløb	24,0	24,0	48,0
Apopleksi individuelle forløb	21,3	15,1	36,4
Geriatri §86.1 og 140 kombiforløb	50,0	66,7	116,7
Geriatri §86.2 hold	1,6	11,9	13,4
Geriatri §86.2 kombiforløb	11,3	17,8	29,1
Hjerte-kar hold	7,7	27,0	34,8
KOL hold	5,3	19,4	24,7
Diabetes hold	5,1	15,0	20,1
Kronikere §86.2 hold	11,0	34,0	45,0
Bruttopotentiale, i alt	137,2	230,9	368,0

*Afrundinger på resultaterne kan give afvigelser på summerne i tabellen

7.6.2 Omkostninger fordelt på typer

Figur 18 og tabel 17 giver et overblik over udviklingen i de årlige omkostninger fordelt over business casens femårige løbetid på dens syv hovedtyper af omkostninger.

Figur 18 Årlige omkostninger over fem år



Tabel 17 Årlige omkostninger over fem år (mio. kr. faste priser)*

Type	2017	2018	2019	2020	2021	Samlet
Faste omkostninger						
Opstart og opsætning af udstyr	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9
Brugerlicenser til sundhedsfagligt personale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Udgifter til indkøbsudbud	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Projekt- og implementeringsomkostninger	37,9	0,0	0,0	0,0	0,0	37,9
Variable omkostninger						
Opstart af nye enheder	1,9	1,2	1,3	0,3	0,3	4,9
Drift af udstyr	11,6	18,6	26,5	28,1	29,8	114,6
Øgede driftsomkostninger	1,2	2,0	2,8	3,0	3,2	12,2
Omkostninger, i alt	60,6	21,8	30,6	31,4	33,2	177,6

*Afrundinger på resultaterne kan give afvigelser på summerne i tabellen

Opstart og opsætning af udstyr. Opstartsomkostningerne for kommunerne udgør kun en lille del af de samlede omkostninger for business casen (knap 3 pct.). Udgiften omfatter opsætning og klargøring af fysiske enheder til genoptræning, teknisk opsætning af kunde i back-end, oprettelse af superbrugere, oplæring af behandlere samt opfølgende møde. Behandlernes tid er ikke medregnet, da oplæringsforløbet anses som en opgave, der kan varetages inden for den normale arbejdstid. Opsætning af nye enheder efter business casens første år er dækket af udgiftstypen "Opstart af nye enheder" (jf. nedenstående). Disse regnes derfor som en del af de faste omkostninger.

Brugerlicenser til sundhedsfagligt personale. Brugerlicenserne er i den anvendte prismodel for både den app-/portalbaserede løsning og for den faste sensorbaserede løsning inkluderet i driftsomkostningerne for de digitale enheder og ikke knyttet til mængden af personale, der anvender løsningen. Der er derfor ingen umiddelbare omkostninger fundet til denne post blandt de faste omkostninger, om end der findes prismodeller i markedet, som udbyde løsninger på denne måde.

Udgifter til indkøbsudbud. Der regnes i business casen med en omkostning på 3 mio. kr. til et centraliseret indkøbsudbud for indkøb af digitale træningsenheder. Omkostningen udgør ca. 1,5 pct. af de samlede omkostninger i business casen, men muliggør samtidig, at der opnås en stordriftsrabat aftalen med leverandøren af udstyret. Der regnes med en lignende omkostning i denne effektevalueringsspor 1, som vil kunne overlappe med denne omkostning i tilfælde af at en implementering virkeliggøres på samme tid, hvilket der ikke er taget højde for i denne beregning. Denne udgift regnes som en del af de faste omkostninger.

Projekt- og implementeringsomkostninger. Projekt- og implementeringsomkostninger udgør en væsentlig del af de samlede omkostninger i business casen (ca. 21 pct.). Omkostningerne dækker over udgifter til faglig og teknisk projektledelse i forbindelse med opstart og organisatorisk implementering af løsninger til digitalt understøttet træning i projektets første år. Endvidere indgår omkostninger til frikøb af medarbejdere i forbindelse med oplæring i og træning med den digitale løsning som led i implementeringen. Disse omkostninger er ikke knyttet direkte til det enkelte forløb, og kategoriseres således som en del af de faste omkostninger.

Opstart af nye enheder. Opstart af nye enheder udgør under 3 pct. af den samlede business case. I den anvendte prismodel leaser kommunerne enheder, der således ejes af en ekstern leverandør. Der betales således kun en engangsudgift for opsætning af en ny enhed i takt med, at antallet af digitalt understøttede træningsforløb vokser. Denne omkostning kategoriseres som en variabel omkostning, da den er direkte afhængig af antallet af enheder i drift til de enkelte forløb. Alle efterfølgende udgifter er dækket af udgiftstypen "drift af udstyr".

Drift af udstyr. Driften af udstyret udgør klart den største udgiftstype i business casen og udgør således 65 pct. af business casens samlede omkostninger. Udgiftstypen omfatter telefonisk, og on-site support, udskiftning af defekte enheder, datatrafik, serviceudgifter, udskiftning af enkeltkomponenter som følge af slid samt opdatering af software. Derudover er også diverse licensomkostninger til både app/-portalbaserede og faste sensorbaserede løsninger en del af disse omkostninger. Denne driftspris er i den anvendte prismodel en del af prisen for den enkelte enhed, og er således en del af de variable omkostninger.

Øgede driftsomkostninger. Som det fremgår af ovenstående tabel, er der over business casens femårige periode øgede driftsomkostninger på godt 12 mio. kr. svarende til 7 pct. af business casens samlede omkostninger. Omkostningerne udgøres af indtastning af borgernes oplysninger som følge af manglende integration mellem de digitale træningsløsninger og de kommunale omsorgssystemer (EOJ). Derudover udgøres posten af sundhedspersonalets tekniske support til borgerne i anvendelse af løsningen.

Den anvendte prismodel er baseret på oplysninger fra forskellige leverandører, som er blevet afdækket i markedsanalysen.

Tabel 18 Omkostninger over business casens fem år fordelt på omkostningstyper og forløb (faste priser; mio. kr.)*

Type	Opstart af nye enheder	Drift af udstyr	Øgede driftsomkostninger	Faste omkostninger	Samlede omkostninger
<i>Omkostningstype</i>	<i>Variabel</i>	<i>Variabel</i>	<i>Variabel</i>	<i>Fast</i>	
Apopleksi kombiforløb	0,5	20,2	0,7	-	21,4
Apopleksi individuelle forløb	0,3	13,6	0,5	-	14,4
Geriatri §§86.1 og 140 kombiforløb	1,4	26,2	3,5	-	31,1
Geriatri §86.2 hold	0,4	8,2	1,0	-	9,7
Geriatri §86.2 kombiforløb	0,4	6,8	1,0	-	8,2

Hjerte-kar hold	0,5	9,1	1,6	-	11,1
KOL hold	0,3	6,6	1,3	-	8,2
Diabetes hold	0,3	6,0	1,1	-	7,3
Kronikere §86.2 hold	0,9	18,0	1,5	-	20,4
Alle målgrupper	-	-	-	45,8	45,8
Omkostninger i alt	4,9	114,6	12,2	45,8	177,6

*Afrundinger på resultaterne kan give afvigelser på summerne i tabellen

7.7 Perspektiverende beregninger

I denne business case er flere målgrupper og forløb udeladt, som potentielt kunne have glæde af digitalt understøttet træning. Derudover er der potentielt større besparelser at hente, hvis digitalt understøttet træning for målgrupperne i denne rapport implementeres synkront med målgrupperne i dette projekts sport 1- borgere med knæ- eller hoftealloplastik.

7.7.1 Forløb visiteret efter Servicelovens §83a

Et af de forløb, som der i dag er udviklet specifikke digitale løsninger til, og som kommunerne afprøver i relativt omfattende og veldokumenterede pilotstudier, er hverdagsrehabiliterende forløb visiteret efter Servicelovens §83a,

Denne bestemmelse trådte i kraft 1. januar 2015, hvorfor grundlaget for at vurdere omfanget af brugen af hverdagsrehabiliterende forløb er begrænset. Tal fra seks kommuners erfaring med hverdagsrehabiliterende forløb før og efter vedtagelsen af §83a indikerer, at der på landsplan er ca. 25.000 forløb.

Ud fra dette baselinetal er der beregnet et økonomisk potentiale, som er baseret på nedestående antagelser, hvortil der er knyttet væsentlige usikkerheder.

Den hverdagsrehabiliterende indsats foregår typisk i tværfaglige teams, hvor både sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter samt SOSU-personale indgår efter den såkaldte Fredericia-model. Det præcise estimat for medarbejdernes tidsforbrug i forløbene vil dog variere fra kommune til kommune afhængig af organisatorisk og bemandingsmæssigt set-up.

I denne beregning antages det baseret på pilotstudier fra kommunerne, at et hverdagsrehabiliterende forløb har en varighed på 10 uger. På baggrund af erfaringer fra de igangværende pilotstudier antages endvidere en egnethed til digitalt understøttet hverdagsrehabilitering på 30 pct. på linje med kronikergruppernes egnethed, da der her ikke er tale om de mest svækkede ældre.

Ved indføring af digitalt understøttede rehabiliteringsforløb vil terapeuternes tid anvendt på forløbet kunne omprioriteres, da en digital løsning både har moduler til standardiseret visitation og test af borgeren, samt kan tilpasse træningsprogrammer løbende efter borgerens udvikling. Det antages således, at terapeuternes tidsforbrug i det samlede rehabiliteringsforløb kan nedbringes svarende til 30 minutter om ugen i forbindelse med træningsindsatsen og med 1,5 timer i forbindelse med den indledende visitation samt start- og sluttest.

Pilotstudier fra kommuner indikerer, at digitale løsninger kan bidrage til at identificere forløb uden effekt efter tre uger. De viser samtidig, at 30 pct. af alle forløb har ringe eller ingen effekt enten fordi borgernes funktionsniveau i forvejen er for højt til at opnå effekt eller fordi funktionsniveauet er for lavt til at få glæde af hverdagsrehabilitering. Kan disse forløb identificeres og stoppes tidligt, kan tidsforbruget blandt SOSU-medarbejderne nedbringes. Det antages, at disse medarbejdere i gennemsnit ugentligt anvender 2,5 timer pr. borger inklusive transport, koordinering, registrering mm. For hvert af de virkningsløse forløb, der stoppes, kan SOSU-medarbejdernes tidsforbrug nedbringes med omkring 17,5 timers arbejde.

Endelig sættes der 40 minutter ekstra af pr. uge til SOSU-medarbejdere for at bistå borgerne med den digitalt understøttede rehabiliteringsindsats. Dette tidsforbrug er fastlagt på baggrund af erfaringer fra de gennemførte pilotstudier, der afprøver digital understøttelse af hverdagsrehabiliterende forløb.

Sættes disse antagelser ind i samme model, som de øvrige målgrupper, opnås et nettopotentiale på 31,0 mio. kr. i business casens femårige periode uden faste omkostninger. Ved fuld indfasning opnås et nettopotentiale på 8,1 mio. kr. Potentialet i denne case kommer udelukkende fra personalets arbejdstid og ikke fra omkostninger til transport.

7.7.2 Økonomisk effekt af samlet implementering af effektevalueringens spor 1 og 2

Business casen kan potentielt forbedres yderligere, såfremt implementeringen af digitalt understøttet træning til målgrupperne identificeret i spor 2 gennemføres i sammenhæng med implementeringen rettet mod målgrupperne beskrevet i denne effektevalueringens spor 1 - borgere med ny hofte eller nyt knæ. Det skyldes, at nogle af business casens faste omkostninger, som danner forudsætningen for en implementering, er medregnet som omkostninger i begge de opstillede business cases.

Helt konkret vil omkostningerne til indkøbsudbud og uddannelse af personale bortfalde, da disse omkostninger medregnes i begge spor. Derudover vil omkostningerne til projektledelse mindskes, som følge af stordrift i implementeringen med de øvrige målgrupper.

Samlet set drejer det sig om faste omkostninger svarende til et beløb på omkring 4 mio. kr. til indgåelse af fælles indkøbsaftale samt uddannelse af personale, som er indregnet i business casens for effektevalueringens spor 1, og som tillige er dækket af spor 2. Endvidere vil de godt 10 mio. kr. til projektledelse, der er medregnet i spor 1, kunne reduceres, da de indregnede aktiviteter i et vist omfang vil være overlappende med aktiviteterne, der er indregnet i spor 2.

Det estimeres derfor, at der ved en samlet implementering af spor 1 og 2 vil kunne frigøres et yderligere potentiale på 6-12 mio. kr. gennem en nedbringelse af de faste omkostninger.

Corporate headquarters
123 Buckingham Palace Road
London SW1W 9SR
United Kingdom
+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 2016.
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.