

Indholdsfortegnelse - Bilag

| | |
|--|-----------|
| Indholdsfortegnelse - Bilag | 1 |
| 3.2 Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi | 2 |
| Bilag 1: Aftale med regionen om IV-behandling i kommunalt regi..... | 2 |
| 3.4 Rekruttering til velfærdsområderne – Udarbejdelse af lokale uddannelsesstrategier og etablering af fælleskommunal taskforce | 14 |
| Bilag 1: Tabel med forslag til fælleskommunale initiativer og initiativer i den enkelte kommune..... | 14 |
| Bilag 2: Foreløbig beskrivelse af fælleskommunal taskforce..... | 20 |
| 5.1 Evaluering af arbejdet i KKR Hovedstaden | 26 |
| Bilag 1: Rapport fra spørgeskemaundersøgelse, KKR Hovedstaden | 26 |

3.2

Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi

AFTALE OM INTRAVENØS BEHANDLING TIL BORGERE I KOMMUNALT REGI I REGION HOVEDSTADEN



UDKAST

Godkendt af Sundhedskordinationsudvalget den: XX

Indhold

| | |
|--|---|
| 1. Indledning..... | 2 |
| 1.1 Aftalens grundlag | 2 |
| 1.2 Aftalens parter | 2 |
| 1.3 Formål..... | 2 |
| 1.4 Målgruppe..... | 2 |
| 1.5 IV-behandling..... | 3 |
| 2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi | 4 |
| 2.1 Henvisning og visitation..... | 4 |
| 2.2 Behandlingsansvar..... | 4 |
| 2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi | 5 |
| 2.5 Rådgivning | 6 |
| 2.6 Afslutning af forløb | 6 |
| 2.7 Kompetencer..... | 6 |
| 3. Aktivitet og økonomi..... | 7 |
| 4. Monitorering og opfølgning | 8 |
| 4.1 Monitorering..... | 8 |
| 4.2 Opfølgning..... | 8 |
| 5. Øvrige forhold | 9 |
| 5.1 Implementering af aftalen..... | 9 |
| 5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen..... | 9 |

1. Indledning

Intravenøs behandling (IV-behandling) er et regionalt ansvarsområde, som finansieres og foregår på hospitalet under indlæggelse eller som ambulante behandling. IV-behandling kan også foregå i borgerens eget hjem med udgående personale fra hospitalet eller som selvadministration/brugerstyret behandling.

Hvis borgerne i stedet kan modtage deres intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare borgerne for transporttid og skabe større frihed og fleksibilitet i deres hverdag. Når borgeren modtager sin behandling udenfor hospitalet, kan det være med til at forebygge hospitalsinfektioner og særligt hos ældre borgere understøtte, at de fastholder deres funktionsniveau og bevarer en højere grad af livskvalitet.

IV-behandling i kommunalt regi dækker over, at kommunen efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer den videre IV-behandling.

Kommunen har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers IV-behandling kan varetages af kommunen.

1.1 Aftalens grundlag

Med Sundhedsaftale 2019-2023 vil vi skabe mere sammenhæng i borgernes forløb, mere lighed i sundhed, mere samspil med borgeren og mere sundhed for pengene.

Denne aftale tager afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. I aftalen betyder det, at der altid skal vælges den behandlingsform, som er mest sikker og effektiv, som er mindst mulig indgribende i borgerens liv, og som understøtter den bedste udnyttelse af ressourcerne.

Aftalen er en forsøgsordning, hvor parterne i aftaleperioden har mulighed for at tilrette og genforhandle aftalen.

1.2 Aftalens parter

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen. Parterne er de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden.

1.3 Formål

Formålet med denne aftale er at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi. Aftalen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i IV-behandling i kommunalt regi på delegation fra hospitalet. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

1.4 Målgruppe

Målgruppen for aftalen er borgere i stabile forløb:

- som er opstartet i IV- behandling, der er givet under indlæggelse, ambulat eller af udgående personale fra hospitalet.
- som er indstillede på at fortsætte eller færdiggøre deres IV-behandling i kommunalt regi.
- med et ikke indlæggelseskrævende behov for IV- behandling.
- som lægefagligt er vurderet egnede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi.

Det forudsættes, at alle punkterne ovenfor er opfyldt. Der kan i helt særlige situationer og efter gensidig aftale mellem parterne være behov for at tage individuelle hensyn i konkrete forløb.

1.5 IV-behandling

Aftalen omfatter:

- IV-behandling med antibiotika.
- IV-behandling med isotone væsker.
- IV-behandling med pumpe.

I særlige situationer, og når der er enighed herom, kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling foretages. Det vil altid være en individuel vurdering.

Det vurderes altid om behandlingen alternativt kan gives som tabletter, som selvadministration/brugerstyret behandling eller i pumpe før traditionel intravenøs behandling.

Hospitalet anlægger en IV-adgang på borgeren, der egner sig til IV-behandling i kommunalt regi, med mindst mulig indgriben for borgeren og som samtidig understøtter smidige arbejdsgange for de kommunale sygeplejersker. Det vil typisk være gennem perifert venekateter (PVK), centralt venekateter (CVK eller PICC-line), vaskulær injektionsport (VIP) og MID-line. Hospitalet har ansvaret for at genanlægge IV-adgang. Af hensyn til borgeren kan kommunen dog vælge at genanlægge PVK, forudsat kompetencerne er til stede.

IV-antibiotika leveres i lukkede systemer i infusionspose til intermitterende behandling, samt udvalgte antibiotika i døgndækkende poser, der indgives ved hjælp af elektroniske pumper. Desuden udvides muligheden for behandling med IV-antibiotika i elastomeriske/mekaniske pumper til døgndækkende behandling. I takt med udvikling af døgndækkende elastomeriske/mekaniske pumper, vil opsætning af IV-antibiotika ske 1 gang i døgnet i stedet for intermitterende doser, der gives 2-4 gange i døgnet.

Af hensyn til risiko for anafylaktisk chok skal den første dosis IV-antibiotika gives i hospitalsregi. Denne dosis kan gives under indlæggelse, ambulat eller af udgående personale fra hospitalet.

Den behandlingsansvarlige læge skal skriftligt præcisere, hvis borgeren ikke må forlades under indgiften.

I følgende situationer varetages behandlingsforløbet som udgangspunkt i hospitalsregi af hensyn til patientsikkerhed, arbejdsmiljø og/eller kommunal kapacitet:

- IV-behandlingsforløb med behov for mere end 4 besøg pr. døgn og/eller i tidsrummet fra 23.00-07.00.

- IV-behandlingsforløb, hvor den enkelte indgift indebærer at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mere end 60 minutter ad gangen.

2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi

2.1 Henvisning og visitation

Lægen på hospitalet kan henvise borgere til IV-behandling i kommunalt regi, hvis det lægefagligt vurderes at borgeren er egnet til IV-behandling i kommunalt regi og hvis borgeren er i målgruppen for aftalen.

Det vurderes individuelt om borgeren kan overgå til tabletter eller selvadministration/brugerstyret behandling.

IV-behandling i kommunalt regi kan foregå i sundhedscenter/sygeplejeklinik/akutplads/midlertidig plads eller i eget hjem, herunder plejecentre og botilbud. Hvis IV-behandlingen finder sted i borgerens eget hjem, skal hjemmet være vurderet egnet hertil af kommunens personale.

Borgeren skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi. Borgeren skal altid oplyses om at hospitalet har behandlingsansvaret og informeres om mulighederne for ambulansetid eller indlæggelse, såfremt noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses udenfor hospitalet.

Den samlede vurdering sker i et samarbejde mellem borgeren, eventuelt dennes pårørende samt fagpersoner i kommunen og på hospitalet.

2.2 Behandlingsansvar

Den behandlende hospitalsafdeling har det lægefaglige ansvar for den opstartede IV-behandling, indtil denne er afsluttet. IV-behandlingen delegeres til kommunen, mens hospitalet fortsat har ansvar for opfølgning på behandling, herunder blodprøver mv.

Praktiserende læge og Akutberedskabet har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er opstartet i hospitalsregi.

I situationer hvor IV-behandlingen er opstartet på et andet hospital i Region Hovedstaden end i borgerens hjemkommunes planområde, også i Region Hovedstaden, er disse forløb omfattet af nærværende aftale.

2.3 Opstart på kommunal IV-behandling

Kontakt til kommunen

Hospitalet tager telefonisk kontakt til kommunen med henblik på at afklare og aftale IV-behandling i kommunalt regi.

Kommunen vurderer om de kan varetage opgaven, herunder sikre at de kommunale sygeplejersker har eller kan opnå de påkrævede kompetencer.

Uddybning af de digitale arbejdsgange mellem hospital og kommune præciseres i særskilt oversigt over digitalt kommunikations-flow.

Behandlingsplan

Lægen på hospitalet lægger en plan for det forventede IV-behandlingsforløb i kommunen, herunder nødvendige observationer, forslag til blodprøver og ændring i medicinsk behandling ved behov.

Information om behandlingsplan, observationstid, eventuel kontrol af infektionstal, behandlingens længde samt kontaktoplysninger til den behandlingsansvarlige afdeling på hospitalet sendes til kommunen via gældende MedCom henvisning.

Ved opstart på kommunal IV-behandling skal Fælles medicinkort (FMK) være ajourført med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling.

Al ordineret IV-medicin, IV-væsker og IV-pumpe i forbindelse med den ordinerede behandling medgives fra hospitalet. Desuden medgives sygeplejeartikler til behandlingen samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Hospitalet har under hele IV-forløbet ansvar for at levere ordineret IV-medicin, IV-væsker og IV-pumpe hos borgeren eller på kommunalt depot efter aftale. Tilsvarende har hospitalet ansvar for at levere sygeplejeartikler samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Medgivet medicin opbevares i overensstemmelse med Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler¹.

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til kommunale sygeplejersker kan aftales for den enkelte borger (dvs. der kan ikke laves rammedelegation)².

Information til egen læge

I forbindelse med henvisning til kommunal IV-behandling sender hospitalslægen en epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi

Efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer kommunen den videre IV-behandling. Hospitalet genanlægger IV-adgang (PVK), hvis kommunen ikke har de nødvendige kompetencer.

Den kommunale sygeplejerske skal melde tilbage telefonisk til den behandlingsansvarlige læge på hospitalet, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Hvis det er tilfældet, skal hospitalslægen foretage en ny vurdering af, hvorvidt der skal foretages ændringer i behandlingen. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Hvis lægen på hospitalet ordinerer prøver, skal lægen give de kommunale sygeplejersker besked om prøvesvarene og om disse får betydning for det aftalte forløb. Kommunikation om prøvesvar sker efter aftale i det konkrete behandlingsforløb og kan ske både telefonisk og via korrespondancemeddelelser. Når et svar afgives mundtligt, skal kommunikationen foregå via Sikker

¹ Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

² Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundheds- og Ældreministeriet, 2009. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>

Mundtlig Kommunikation. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Praktisk håndtering af ordinerede blodprøver aftales lokalt i planområderne.

Faglige vejledninger til hospitaler og kommuner vedrørende IV-behandling i kommunalt regi vil supplere og understøtte denne aftale.

2.5 Rådgivning under borgerens forløb

Hospitalet stiller kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af det kommunale personale. Hospitalet står til rådighed hele døgnet for spørgsmål vedrørende igangværende IV-forløb.

2.6 Afslutning af forløb

For hver borger aftales det, hvordan et forløb forventes afsluttet. Afslutningen af et forløb skal ske efter en konkret vurdering foretaget i et samarbejde mellem hospitalslægen på den behandlende afdeling og den kommunale sygeplejerske.

Som dokumentation for afslutning af forløbet i kommunen sender den kommunale sygeplejerske et afslutningsnotat til den behandlende afdeling på hospitalet.

Når forløbet er afsluttet, sender hospitalet en ambulant epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.7 Kompetencer

Det forudsættes, at de kommunale sygeplejersker er oplært i forhold til IV-antibiotika- og IV-væskebehandling.

De kommunale sygeplejersker har faglige kompetencer indenfor følgende områder:

- Klinisk erfaring med observation og pleje af IV-adgang, herunder forebyggelse af komplikationer fx infektioner.
- Viden om og erfaring med hygiejniske principper og steril teknik.
- Viden om de valgte præparaters virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om behandling af allergiske reaktioner, herunder anafylaktisk chok³.
- Klinisk erfaring med væske- og elektrolyt behandling, samt behandlingens virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om hjerte- og kredsløbets respons på væske- og elektrolytbehandling.

³ Behandling ved mistanke om anafylaksi skal fremgå af lokale instrukser, jf. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (VEJ nr 9079 af 12/02/2015). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>; Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

- Kendskab til de arbejdsmiljømæssige krav i forbindelse med indgift af præparaterne⁴.

De kommunale sygeplejersker kan have behov for at genopfriske og vedligeholde deres faglige kompetencer - og for yderligere oplæring. Behov for oplæring i forhold til konkrete IV-behandlingsforløb kan fx ske ved sidemandsoplæring og aftales enten lokalt eller mellem hospitalet og den kommunale sygepleje.

Ved behov kan kurser mhp. kompetenceudvikling udbydes og koordineres i regi af planområderne samt på regionalt niveau.

3. Aktivitet og økonomi

3.1 Aktivitet

Det er forventningen, at der i Region Hovedstaden er ca. 5.700 årlige IV-forløb i kommunalt regi, når aftalen er fuldt implementeret. Estimatet af antal årlige forløb er baseret på en vurdering fra Herlev og Gentofte Hospital, der har erfaring med IV-forløb i kommunalt regi samt det estimat, der ligger til grund for en tilsvarende aftale i Region Midtjylland.

Det er forudsat, at halvdelen af forløbene i kommunalt regi sker i borgerens hjem og halvdelen på kommunal klinik. Vurderingen er foretaget ud fra en helhedsbetragtning, hvor en del af borgerne vil være i stand til at transportere sig til kommunal klinik for at modtage IV-behandling. I tilfælde, hvor det ikke er muligt enten af borgerhensyn eller fordi klinikken er lukket, modtager borgeren IV-behandling i eget hjem.

3.2 Økonomi

Der er udarbejdet en takstmodel for afregning af forløb. Takstmodellen består af en trappemodel med forløbstakster for tre typer IV-behandling (IV-antibiotika, IV-væske, IV-pumpe) samt dagstakster, der bliver afregnet for længere forløb. Dagstakst bliver alene anvendt når forløbene strækker sig udover de antal dage, der er forudsat i forløbet. Forløbstakster er valgt for at skabe en enkel model, der er let at administrere. Det er forventningen, at hovedparten af forløbene alene vil blive afregnet med forløbstakst.

Længden af forløbene varierer:

- IV-antibiotika, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).
- IV-væske (isoton), forløb på 1-3 dage (fra 4. dagen afregnes dagstakst).
- IV-pumpe, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).

I takstmodellen indgår en 'trappe', som regulerer taksten i takt med antallet af borgere, der modtager IV-behandling i kommunalt regi, stiger. Trappemodellen afspejler, at i takt med at antallet af årlige IV-besøg stiger, opnår kommunerne bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge IV-behandling. Trappemodellen består af tre successive trin, hvor antal årlige IV-forløb i Region

⁴ Af miljømæssige hensyn bortskaffes risikoaffald i henhold til kommunens regler for håndtering af risikoaffald.

Hovedstaden definerer trinene. De første 1.500 forløb bliver afregnet efter taksterne på trin 1. De følgende forløb op til 3.000 bliver afregnet efter taksterne på trin 2. Herefter bliver forløbene afregnet efter taksterne på trin 3.

Taksterne ses i nedenstående tabel 1.

| Tabel 1: Takster for afregning af IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden, i kr. 2020-niveau | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|
| | Trin 1 (0-1499 årlige forløb) | | Trin 2 (1500-2999 årlige forløb) | | Trin 3 (3000+ årlige forløb) | |
| | Forløb | Dagstakst | Forløb | Dagstakst | Forløb | Dagstakst |
| IV-antibiotika | 6915 | 1485 | 6411 | 1366 | 6159 | 1306 |
| IV-væske (isoton) | 1343 | 341 | 1274 | 309 | 1240 | 292 |
| IV-pumpe | 2049 | 341 | 1912 | 309 | 1843 | 292 |

Principper for registrering og afregning præciseres i særskilt vejledning.

4. Monitorering og opfølgning

4.1 Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet skal aftalen monitoreres.

Der monitoreres og registreres på følgende parametre:

- Antal borgere henvist til IV-behandling i kommunen.
- Antal borgere visiteret til IV-behandling i kommunen.
- Type af IV-behandling.
- Antal daglige behandlinger.
- Tid medgået til behandling pr. behandling.
- Længde af forløb med IV-behandling.
- Hvor stor en del af IV-behandlingen, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.

Data opgøres i kommunerne og på hospitalerne.

4.2 Opfølgning

Der gennemføres en undersøgelse af den brugeroplevede kvalitet, herunder vil brugerrepræsentanter blive inddraget i tilrettelæggelse af undersøgelsen.

Med henblik på at følge aktiviteten tæt, følges der op på aktivitetsdata hver 3. måned. Der foretages en evaluering af aftalen efter 2 år.

Resultater fra opfølgningen forelægges til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe og Sundhedskordinationsudvalget.

5. Øvrige forhold

5.1 Implementering af aftalen

Implementering sker i regi af sundhedsaftalen. Den lokale implementering forankres i de somatiske samordningsudvalg. I hvert planområde nedsættes en implementeringsgruppe.

Ved behov for drøftelse af principielle problemstillinger kan samordningsudvalgene rejse disse til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen

Nærværende aftale træder i kraft den 4. oktober 2021 og er af 2 års varighed. Inden aftalens udløb og senest den 30. september 2023 tages der stilling til forlængelse af aftalen.

Med aftalens ikrafttræden indledes implementering af aftalen i planområderne.

6. Temagruppens sammensætning

Aftalen er udarbejdet af en temagruppe nedsat under Tværsektoriel strategisk styregruppe for Sundhedskordinationsudvalget i Region Hovedstaden i perioden august 2020-maj 2021.

Temagruppen var sammensat af følgende ledere, brugere og fagpersoner med kendskab til eksisterende erfaringer og aftaler eller viden om IV-behandling i kommunalt regi:

Formandskab

Niels Peter Møller, direktør, Brøndby Kommune (kommunal formand).

Rene Priess, vicedirektør, Herlev og Gentofte Hospital (regional formand).

Brugerrepræsentanter

Bente Clausen, brugerrepræsentant.

Bjarne Kristensen, brugerrepræsentant.

Søren Rimmen, brugerrepræsentant.

Kommunale repræsentanter

Karen Nørskov Toke, sundhedschef, Københavns Kommune.

Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk, leder af sundhedsområdet, Ballerup Kommune.

Susanne Tronier, centerchef, Rudersdal Kommune.

Anette Sophie Beck Hjort, sektionschef, Hillerød Kommune.

Linda Rask Westergaard Nielsen, sundhedsfaglig chefkonsulent, Københavns Kommune.

Regionale repræsentanter

Jesper Lihn, enhedschef, Region Hovedstaden/Jean Hald Jensen, enhedschef, Region Hovedstaden.

Tina Holm Nielsen, vicedirektør Amager og Hvidovre Hospital.

Helle Rabing, ledende oversygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital.

Finn Rønholt, ledende overlæge, Herlev og Gentofte Hospital.

Helle Tødt, samordningskonsulent, Herlev og Gentofte Hospital.

Christian Worm, centerdirektør, Rigshospitalet.

Gitte Søndergaard, læge, Region Hovedstadens Akutberedskab.

Jørgen Steen Andersen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant.

Sekretariat

Vibeke Nymann Folmer, sundhedskonsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden/Trine Cornelius Høgh, konsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Christian Roldsgaard Hejlesen, teamleder, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Michala Jessen, chefkonsulent, Region Hovedstaden/Winnie Brandt, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

Pernille Faurschou, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

3.4 Rekruttering til velfærdsområderne – Udarbejdelse af lokale uddannelsesstrategier og etablering af fælleskommunal taskforce

Bilag 2

1. anbefalinger

Dette bilag indeholder alle anbefalinger til udviklingsarbejder og prøvehandlinger for samtlige uddannelsesområdet.

1.1 Sygeplejeområdet

Inspiration og forslag til udviklingsarbejde og prøvehandlinger på sygeplejeområdet

| Forslag til fælleskommunale udviklingsarbejder og prøvehandlinger | Aktører |
|---|--|
| 1. Et øget antal studerende kræver et øget antal klinikpladser, og da det er en udfordring for kommunerne at rumme flere studerende indenfor den eksisterende model, er det nødvendigt at udtænke nye og anderledes måder, at organisere klinikperioderne på. Det bør undersøges, om der kan arrangeres klinikforløb i læge- og sundhedshuse, og om tre fire store plejecentre i forskellige kommuner i regionen kan etableres som særlige uddannelsessteder, hvor der indrettes attraktive læringsmiljøer. | Projektet gennemføres i et samarbejde mellem KP, Region Hovedstaden og kommuner i KKR H. Frederikssund Uddannelseshospital har erfaringer, der kan bygges videre på. |
| 2. Ny brandingstrategi for sygeplejerskeuddannelsen, hvor der både sættes fokus på anvendelse af velfærdsteknologi i uddannelsen og i det efterfølgende arbejdsliv, samt branding af karriereveje efter uddannelsen i retning af forskning, ledelse og undervisning. Projektets produkt er målrettet de uddannelsessøgende. | Projektet bør gennemføres af KL, uddannelsesinstitutioner, Region Hovedstaden og kommunerne. |
| 3. De studerende efterlyser større medindflydelse på den geografiske placering af deres klinikker og større fleksibilitet. En overvejelse er derfor, om uddannelsesinstitutioner og kommuner kan organisere klinikperioder, så de i højere grad imødekommer de studerendes ønsker. | Projektet gennemføres af uddannelsesinstitutioner, Region Hovedstaden og kommuner. |

Hver enkelt kommune kan overveje følgende spørgsmål i forhold til sygeplejeområdet:

1. Har vi det tilstrækkelige antal uddannede kliniske vejledere til at sikre attraktive klinikforløb?
2. Har ledelsen en særlig opmærksomhed på de studerende i klinikforløb, så de studerende oplever, at de bliver set og hørt?
3. Har vi et systematisk og robust introduktionsforløb og mulighed for mentorordninger, så vi forebygger frafald af nyansatte?

1.2 Social- og Sundhedsområdet

Inspiration og forslag til udviklingsarbejde og prøvehandlinger på social- og sundhedsområdet

| Forslag til fælleskommunale udviklingsarbejder og prøvehandlinger | Aktører |
|--|--|
| 1. Optagesystemet betyder, at nogle elever får afslag fra de kommuner, hvor de søger, fordi der kommer flere ansøgninger, end der er elevpladser, mens andre kommuner ikke har tilstrækkeligt med ansøgere, og derfor skal betale bøder for ikke at opfylde deres elevkvote. Der bør skabes et system, hvor alle uddannelsespladser udnyttes. | Kommunerne i KKR og uddannelsesinstitutionerne. |
| 2. Social- og sundhedsuddannelserne har en særlig udfordring i forhold til sprog, da en del elever kun taler dansk i skolen og ikke bruger det som hverdagsprog privat. Disse elever har behov for en ekstra indsats for at tilegne sig de nødvendige fagsproglige og kulturelle kompetencer. Denne læringsproces bør knyttes til uddannelsen. | Denne problemstilling bør drøftes med KL. |
| 3. De studerende kan mangle faglige rollemodeller, mens de er på skolen, for social- og sundhedsuddannelserne er måske de eneste uddannelser, hvor det som regel er lærere med andre uddannelser, der underviser. En større del af undervisningen bør forstås af social- og sundhedsassistenter med friske erfaringer fra området. | Denne problemstilling kan løses af uddannelsesinstitutionerne. |
| 4. Kommunerne ønsker at øge anvendelsen af velfærdsteknologi. Det er en krævende opgave både i forhold til viden og økonomi. Kommunerne i KKR Hovedstaden kan med fordel løfte denne opgave i fællesskab. Det kunne både handle om indkøbsfællesskaber og fælles kompetenceudvikling. | Kommunerne i KKR Hovedstaden. |

Hver enkelt kommune kan overveje følgende spørgsmål i forhold til social- og sundhedsområdet:

1. Har udstyret til vores social- og sundhedsmedarbejdere et fysisk udtryk, der tiltrækker unge uddannelsessøgende?
2. Har vi et attraktivt arbejdsmiljø blandt social- og sundhedsmedarbejderne?
3. Har vi i vores kommune brug for at supplere med en socialrådgiver, der kan hjælpe medarbejdere med ondt i livet?

| |
|---|
| 4. Har vi et udbytterigt samarbejde mellem center for sundhed og ældre og den kommunale ungeenhed og jobcenteret? |
| 5. Har vi de rigtige seniorordninger, og har vi undersøgt, om der er uddannet arbejdskraft at hente ved at se på "fra deltid til heltid". |

1.3 Pædagogområdet

Inspiration og forslag til udviklingsarbejde og prøvehandling på pædagogområdet

| Forslag til fælleskommunale forsøgs- og udviklingsarbejder | Aktører |
|---|--|
| 1. Et tiltag, der vil gøre pædagoguddannelsen mere attraktiv er, at sidestille de studerende på pædagoguddannelsen med de studerende på de øvrige professionsuddannelser i forhold til praktikken. Det betyder, at den lønnede praktik skal afskaffes og erstattes med SU. Med den ændring bliver de studerende reelt studerende i praktikken og ikke en del af den faste normering. | Undervisningsministeriet, KL og KKR Hovedstaden. |
| 2. Med nedgang i antallet af studerende skal vejlederfunktionen gentænkes, så den enkelte vejleder anvender sine kompetencer løbende. Det kunne handle om en ny struktur, hvor der ikke er en uddannet praktikvejleder i hver institution, men hvor kommunen har uddannede praktikvejledere, der dækker flere institutioner, og hver institution har pædagoger, der er klædt på til rollen som buddy for de studerende. | KKR Hovedstaden |
| 3. Det skal sikres, at studievejlederne på ungdomsuddannelserne i Region Hovedstaden er klædt godt på, til at vejlede de unge i retning af professionsuddannelserne. | Kommunernes repræsentanter i bestyrelserne på ungdomsuddannelserne kunne være brobygger på denne opgave. |

| |
|--|
| Hver enkelt kommune kan overveje følgende spørgsmål i forhold til pædagogområdet: |
| 1. Hvordan kan vi som kommune hjælpe med at få flere uddannede pædagoger? Har vi sendt nok på merituddannelserne? Nogle kommuner har nok medhjælpere og pau'er til at danne deres egne meritklasser på KP, andre kommuner må gå sammen om dette projekt. |
| 2. Har vi det tilstrækkelige antal uddannede praktikvejledere til at sikre værdifulde praktikforløb for alle studerende, eller har vi behov for at afsætte en central pulje til disse uddannelsesforløb, så antallet af uddannede vejledere ikke afhænger af de decentrale leders prioritering af området. |

8.4 Lærerområdet

Inspiration og forslag til udviklingsarbejde og prøvehandling på lærerområdet

| Forslag til fælleskommunale udviklingsarbejder og prøvehandling | Aktører |
|---|--|
| 1. Læreruddannelsens helt store udfordring er den manglende tilgang at studerende. Kommunerne, KP og DLF må sammenbrande læreruddannelsen og de efterfølgende jobmuligheder. | Kommunerne, KP og DLF |
| 2. Det kunne være interessant at undersøge, hvilken forskel det gør i forhold til frafald, om de lærerstuderende møder en uddannet praktikvejleder eller en uddannet praktikvejleder. Der gennemføres et studie på tværs af skoler og kommuner. | KKR Hovedstaden gennemfører det sammenlignende studie. |
| 3. Ordningen med praktik gennem hele uddannelsen, som fungerer på læreruddannelsen i Helsingør, kunne med fordel udvides, så den kom til at gælde for hele KPs område. | KP og kommunerne |
| 4. Mulighederne for at udvikle en miniuddannelse, så lærere, der allerede har en vejlederuddannelse, hurtigt kan opgraderes til praktikvejledere bør undersøges. | Kommuner og KP |

| |
|---|
| Hver enkelt kommune kan overveje følgende spørgsmål i forhold til lærerområdet: |
| 1. Har vores kommune behov for at skabe en central pulje til uddannelse af det tilstrækkelige antal praktikvejledere? |
| 2. Har vores lærere et professionelt råderum, som kan være med til at skabe attraktive arbejdsforhold for lærerne? |
| 3. Har vi et systematisk og grundigt onboardingforløb og mentorordninger til nyansatte lærere? |

8.5 Generelle anbefalinger til alle områder

| |
|---|
| Alle uddannelsesområderne efterspørger indsatser som: |
| Et tilstrækkeligt antal uddannede praktikvejledere. |
| Et grundig og systematisk onboardingforløb til nye medarbejdere suppleret med mulighed for mentorordninger. |
| Ledelsens opmærksomhed på elever og studerende. |
| Kvaliteten i uddannelserne både på skoledelen og i praktikken, og et tilstrækkeligt antal undervisningstimer. |

En god vejledning på ungdomsuddannelserne om professionsuddannelserne.

8.6 Særlige indsatser

| Særlige indsatser | Aktører |
|--|--|
| Velfærdspraktik i egen kommune til elever i folkeskolen. | Kommunerne inkl. de decentrale institutioner |
| Fritidsjob i institutioner og plejecentre til elever på ungdomsuddannelserne. | Kommunerne inkl. de decentrale institutioner |
| Styrket vejledning til velfærdsuddannelserne på gymnasiale ungdomsuddannelser. | Kommunale repræsentanter i ungdomsuddannelsernes bestyrelser |
| Etablering af et velfærdsgymnasium med inspiration fra STX og EUX. | KKR Hovedstaden |

3.4 Rekruttering til velfærdsområderne – Udarbejdelse af lokale uddannelsesstrategier og etablering af fælleskommunal taskforce



Første bud på etablering af en tværkommunal taskforce for uddannelse og rekruttering i regi af KKR Hovedstaden

1. Baggrund

Kommunerne i Hovedstadsområdet oplever på flere af velfærdsområderne akut mangel på arbejdskraft. Behovet for flere medarbejdere stiger i takt med, at antallet af børn og voksne i området stiger. Desværre er andelen af ansøgere til professionshøjskolerne i Region Hovedstaden den laveste i landet, ligesom gennemførelsesprocenten på velfærdsuddannelserne er bekymrende lav. De seneste politiske udmeldinger om udflytning af studiepladser fra Hovedstadsområdet, udfordrer behovet for at rekruttere velkvalificerede medarbejdere yderligere.

Rekrutteringen til velfærdsområderne er således særligt udfordret i Hovedstadsområdet. Embedsmandsudvalget for Vækst, Uddannelse og Beskæftigelse (VUB) foreslog derfor i januar i år at etablere en uddannelses taskforce for at styrke rekrutteringen på velfærdsområderne på tværs af kommuner og relevante uddannelsesinstitutioner i hovedstadsområdet. Der foreligger nu et første bud på etableringen af en taskforce, og endeligt oplæg præsenteres i begyndelsen af 2022 via VUB.

Kommunerne i Hovedstadsområdet løfter en stor opgave for at tiltrække arbejdskraft, styrke samarbejdet med uddannelsesinstitutioner og sikre gode uddannelsesmuligheder på velfærdsområderne. De mange lokale indsatser har dog ikke væsentligt ændret søgemønstrene til velfærdsuddannelserne og rekruttering til områderne i Hovedstadsområdet.

Handling og nytænkning på tværs af kommunerne og et langt tættere samarbejde med uddannelsesinstitutionerne, regionen og de faglige organisationer er nødvendigt for at sikre tilstrækkelig og velkvalificeret arbejdskraft på velfærdsområdet fremover og for at kunne påvirke de centrale uddannelses- og rekrutteringsdagsordener.

KKR Hovedstaden tiltrådte i 2015 en Fælles Uddannelsesstrategi, og i de seneste år har KKR tiltrådt en efter-videreuddannelsesstrategi og en række anbefalinger, der skal imødekomme rekrutteringsudfordringerne på velfærdsområderne og styrke det lokale og fælleskommunale arbejde med kvaliteten i uddannelsesopgaven i praktikken. Eksempelvis en anbefaling om, at alle kommuner udarbejder en lokal uddannelsesstrategi.

2. Overordnet rolle- og ansvarsfordeling for kommunernes uddannelsesopgave

Nedenstående model beskriver kort rolle- og ansvarsfordeling mellem kommunalt og nationalt niveau i forhold til uddannelsesforpligtigheden på velfærdsområdet:

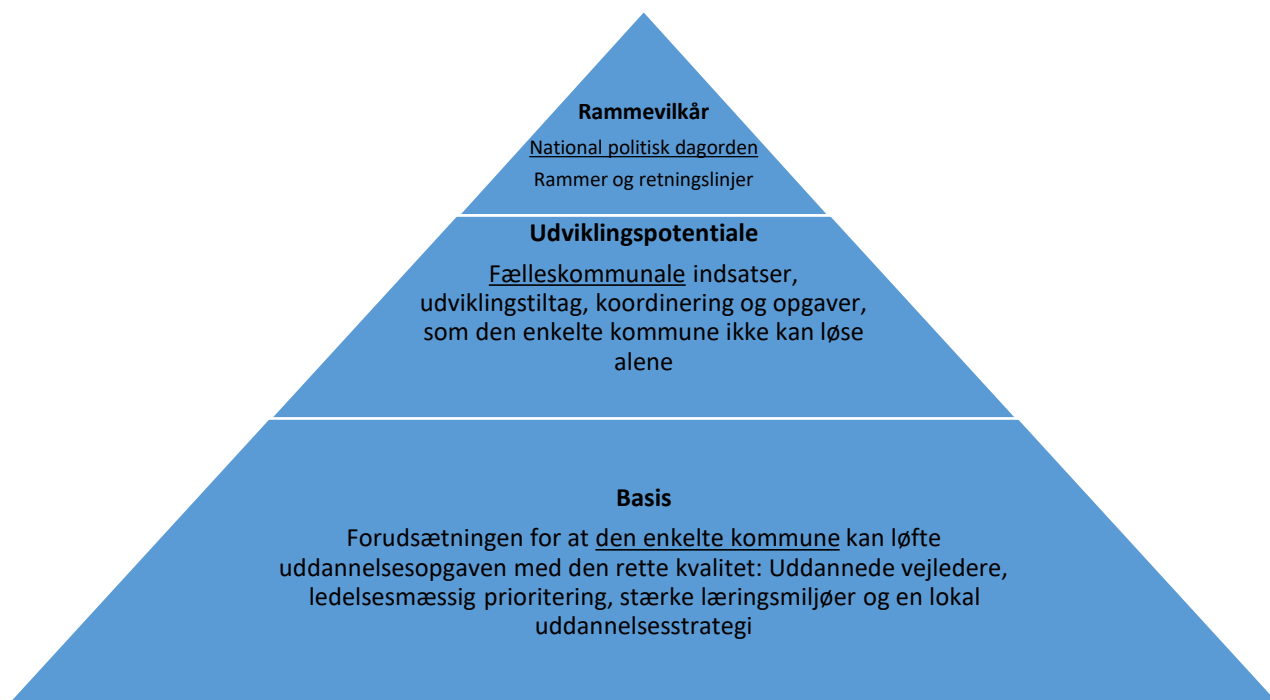


Staten og KL befinder sig øverst i modellen under *Rammevilkår*. De har en mindre og afgørende overordnet rolle i at fastlægge rammer og retningslinjer.

Nederst i modellen – *Basis* – er kommunerne. Qua de lokale uddannelsesstrategier og udmøntning af disse, løfter kommunerne enkeltvis den absolut største opgave.

Imellem de to niveauer ligger et *udviklingspotentiale*. På dette niveau kan kommunerne samarbejde om at udvikle indsatser, initiativer og sikre videndeling for og med kommunernes vigtige *Basis-opgave* på uddannelsesområdet. Tilsvarende kan kommunerne samarbejde om at påvirke kvaliteten i uddannelserne og de centrale dagsordener og initiativer på området.

Afsættet for samarbejdet om udviklingspotentialet er således, at de enkelte kommuner prioriterer uddannelsesopgaven lokalt og bidrager til fælleskommunale løsninger, der hvor lokale indsatser og prioriteringer ikke er tilstrækkelige.



3. Analyse af behov for at styrke rekrutteringen

For at afdække udfordringerne er der udarbejdet en aktøranalyse (se bilag), der belyser udfordringerne på henholdsvis SOSU, sygepleje-, pædagog- og lærerområdet.

Aktøranalysen angiver en række forslag til indsatser, de enkelte kommuner kan iværksætte. Som det helt centrale konkluderer aktøranalysen endvidere, at der på det overordnede niveau er behov for, at kommunerne styrker samarbejdet indbyrdes og samarbejdet med uddannelsesinstitutionerne for at opnå:

- større optag på uddannelserne
- en øget kvalitet i uddannelsesforløbene og mindsket frafald
- en national dagsorden, der skaber bedre rammevilkår for rekruttering
- styrket samarbejde mellem arbejdsgiverne og de faglige organisationer



Aktøranalysen peger på forskellige veje at gå for at imødegå udfordringerne på de forskellige områder, og forslagene fra aktøranalysen vil indgå som del af Taskforcens katalog af handlemuligheder. Kommunerne imellem er det forskelligt, hvor man står stærkt, og hvor der er udviklingspotentiale. Det vil derfor også blive en del af Taskforcens arbejde at sikre en organisering af de enkelte initiativer, så det bliver klart, hvornår de enkelte kommuner bidrager med eksempler på gode veje, og hvornår de enkelte kommuner skal indgå i egentlige udviklingsfællesskaber.

4. Formål med en taskforce for uddannelse og rekruttering

Med etablering af en tværkommunal taskforce, får kommunerne et organ, hvorfra det er muligt at afsøge og afprøve nye muligheder i et fælleskommunalt samarbejde i et tæt samarbejde med de relevante uddannelsesinstitutioner og de faglige organisationer.

Formålet med en taskforce er at:

1. Udvikle nye løsninger til hvordan kommunerne kan udføre uddannelsesopgaven i et samspil med uddannelsesinstitutionerne og relevante aktører – bl.a. gennem prøvehandling og en eksperimenterende tilgang
2. Sikre en helt tæt koordinering af branding og tiltag mellem kommuner og uddannelsesinstitutioner, så vi kan få flere til at søge velfærdsuddannelserne
3. Styrke samarbejdet om kvaliteten i uddannelserne, herunder skabe læringsmiljøer og styrke vejlederkompetencerne i kommunerne
4. Udbrede gode initiativer og hjælpe med at gøre dem overførbare til andre kommuner
5. Påvirke de nationalt fastlagte rammevilkår således af barrierer nedbrydes, fx ved at afprøve nye løsninger, der kan påvirke de nationalt fastlagte rammevilkår

Taskforce skal supplere de lokale uddannelsesstrategier og de mange indsatser, der allerede foregår og være en katalysator for kommuner og uddannelsesinstitutionerne til på en systematisk måde at afprøve nye modeller og tilgange. Taskforcen skal således være den operative indsats i K-29 området, som forbinder de overordnede rammevilkår, erfaringer fra hele landet indsamlet via KL og de faktiske muligheder som findes i den/de enkelte kommuner i hovedstadsområdet.

5. Taskforcens opgaver

Taskforcen får følgende opgaver:

Opgaver, der retter sig mod at styrke Basis:

- Indsamle viden om eksisterende lokale initiativer i kommunerne, der har vist effekt inden for rekruttering og fastholdelse, samt gøre dem overførbare til andre kommuner
- Udbrede viden om lokale initiativer, der har vist effekt inden for rekruttering og fastholdelse, fx gennem etablering af relevante netværk
- Igangsætte prøvehandling på nye løsninger i samarbejde mellem kommuner, uddannelsesinstitutioner, Region H. og faglige organisationer



- Styrke samarbejdet mellem kommuner og uddannelsesinstitutionerne om kvaliteten i uddannelserne, så kvaliteten i uddannelsen sikres gennem hele uddannelsesforløbet. Det kan fx være ved styrkelse af samarbejdet om vejlederfunktionen og –kompetencer, skabelse af læringsmiljøer for de studerende og større sammenhæng i uddannelsesforløb
- Koordinere branding af uddannelse og arbejdet på velfærdsområderne i kommunerne mellem kommuner og uddannelsesinstitutioner.

Opgaver, der retter sig mod Rammevilkår:

- Tage initiativ til fælles indsatser på det nationale niveau med henblik på koordineret og styrket indflydelse på centrale og politiske dagsordener.
- Understøtte at prøvehandling, der viser sig effektfulde, bliver bragt ind i national kontekst med henblik på udbredelse til alle kommuner.

Taskforcen skal prioritere indsatser og områder af uddannelsesopgaven og rekrutteringen,

- hvor kommunerne er afhængige af hinanden
- hvor de enkelte kommuner erfaringsmæssigt vanskeligt hver især kan løse opgaven
- og hvor vi med fordel kan samarbejde på tværs af kommunerne og med uddannelsesinstitutionerne.

6. Organisering

Taskforce for uddannelse og rekruttering foreslås etableret for valgperioden 2022-2025 og nedlægges ved udgangen af 2025.

I løbet af 2025 evalueres de indsatser og resultater på uddannelses- og rekrutteringsområdet i KKR-Hovedstaden, som taskforce har iværksat. Det danner grundlag for en beslutning i KKR om, hvordan kommunerne eventuelt skal fortsætte et samarbejde efter 2025.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der etableres en samlet enhed, med i alt 3,25 årsværk, hvor 2 årsværk finansieres af kommunerne og 1,25 årsværk finansieres af uddannelsesinstitutionerne. Region Hovedstaden tilknyttes som partner, der indgår med ressourcer i konkrete udviklingsprojekter og prøvehandling.

Taskforce ansættes organisatorisk i den kommune, som har formandskabet for embedsmandsudvalget for Vækst, Uddannelse og Beskæftigelse (VUB) i perioden. Den ene medarbejder i enheden tillægges koordinerende /ledelsesmæssige funktioner i taskforcen. Det ledelsesmæssige ansvar placeres hos formanden for embedsmandsudvalget, som også tager sig af den fysiske placering af enheden. VUB agerer styregruppe for taskforce, med formanden for udvalget som styregruppeformand.

Taskforce igangsætter, styrker og koordinerer det tværgående samarbejde, men det er kommunerne, der er drivkraften bag de konkrete projekter og prøvehandling. Derfor etableres et forum for hvert sektorområde sammensat af fagchefer fra alle kommuner og fra uddannelsesinstitutionerne. Alle kommuner forpligter sig til at deltage i sektorfora. Taskforce faciliterer sektorfora, hvis medlemmer samtidig agerer sparrings- og samarbejdspartnere for taskforce.

Taskforce inddrager løbende medlemmer af sektorfora til at kvalificere konkrete indsatser og prøvehandling, og sikrer, at projekter og prøvehandling behandles bredt og dækkende ift. kommunernes forskellighed. Det er gennem



sektorfora, at kommunerne forpligter sig ind i samarbejdet på konkrete indsatser og prøvehandlingler.

Med denne konstruktion sikres en ledelsesmæssig og faglig stærk forankring af taskforce kombineret med en mere fleksibel sammensætning, der skal sikre, at indsatser er relevante for kommunerne og samtidig kan udfordre den eksisterende praksis, at kommuner og uddannelsesinstitutioner oplever ejerskab og forpligter sig til samarbejdet samtidig med, og at den rette bemanning tilføres. Hermed sikres de bedste forudsætninger for at igangsætte prøvehandlingler, videnopsamling og -deling til gavn for de bidragende kommuner, SOSU-H, Professionshøjskolen og Diakonissestiftelsen.

Via formandskabet, og dermed styregruppeformand for taskforce, rapporterer Taskforce halvårligt til VUB, ligesom Taskforce årligt afrapporterer fremdrift til K-29 og KKR-Hovedstaden. Deltagende kommuner og uddannelsesinstitutionerne modtager efterfølgende afrapportering til orientering.

7. Økonomi

Taskforce foreslås finansieret ved at kommunerne finansierer den kommunale andel på baggrund af deres befolkningstal, og ved at de tre uddannelsesinstitutioner bidrager ved at stille årsværk til rådighed. Den præcise finansiering fremlægges i forbindelse med endeligt beslutningsoplæg.

5.1

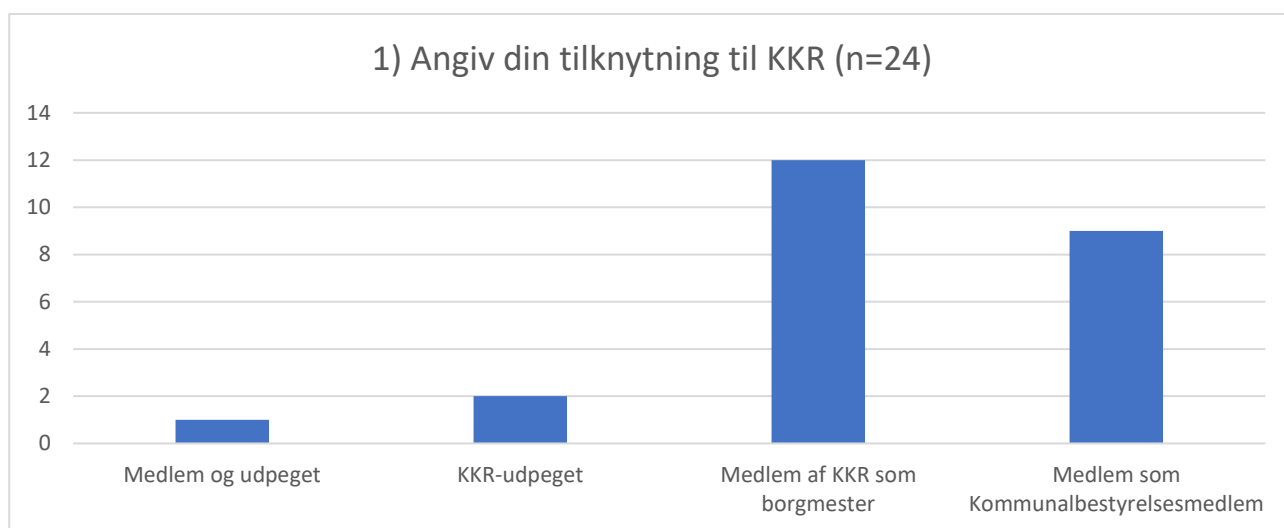
Evaluering af arbejdet i KKR Hovedstaden

Rapport KKR Hovedstaden – Spørgeskema om valgperioden 2018-2022

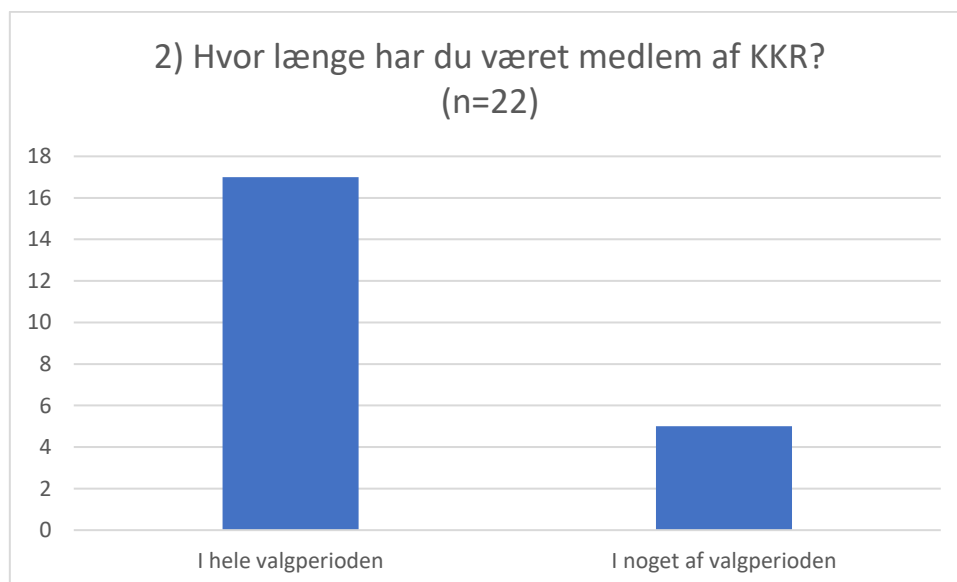
Tilknytning til KKR

I alt har 24 respondenter svaret på undersøgelsen – dog er det ikke alle, der har gennemført spørgeskemaet, hvorfor der er nogle fald i n. Dette vil fremgå af graferne.

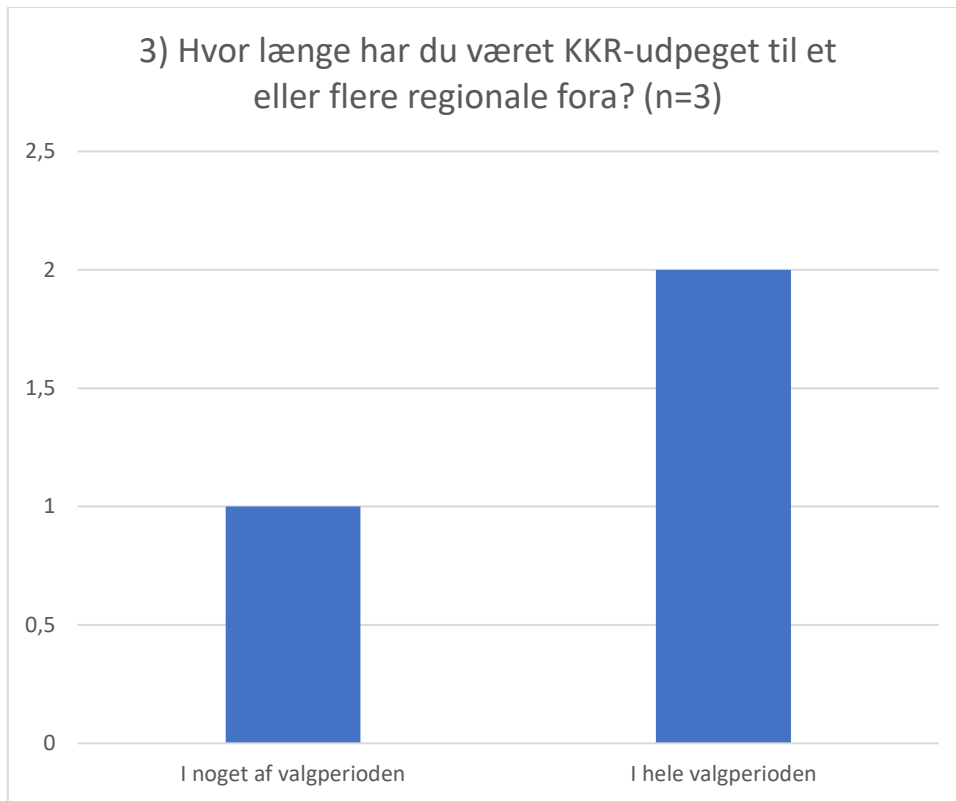
Respondenternes tilknytning til KKR ses i nedenstående graf:



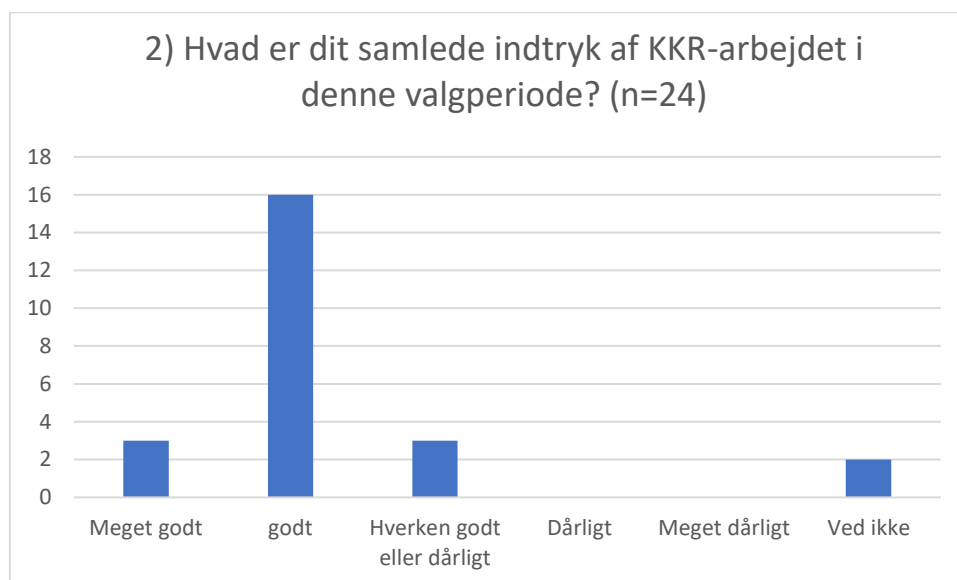
Herunder ses det, hvor lang tid de pågældende respondenter har været medlem af KKR:



Og dernæst ses det, hvor lang tid de KKR-udpeget til et eller flere regionale fora har siddet:



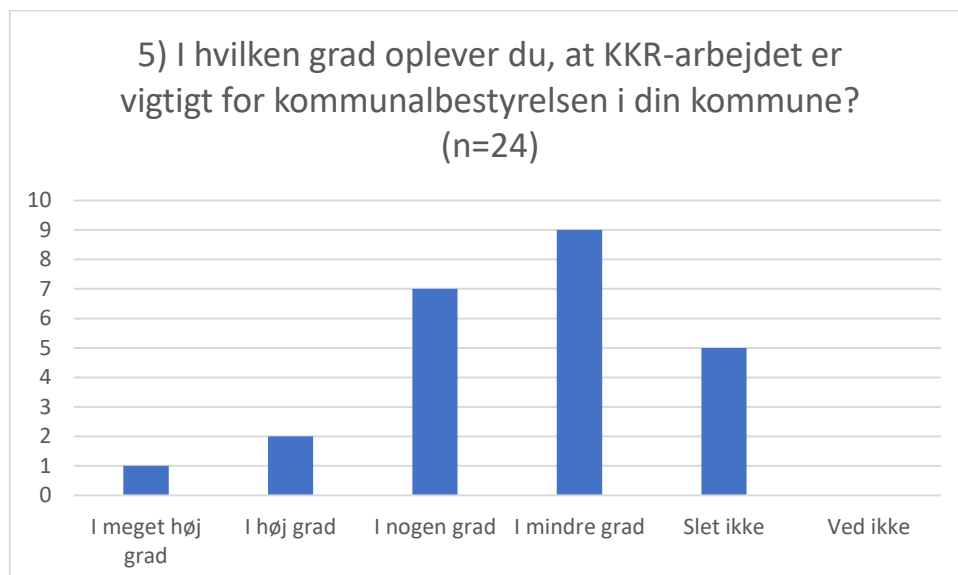
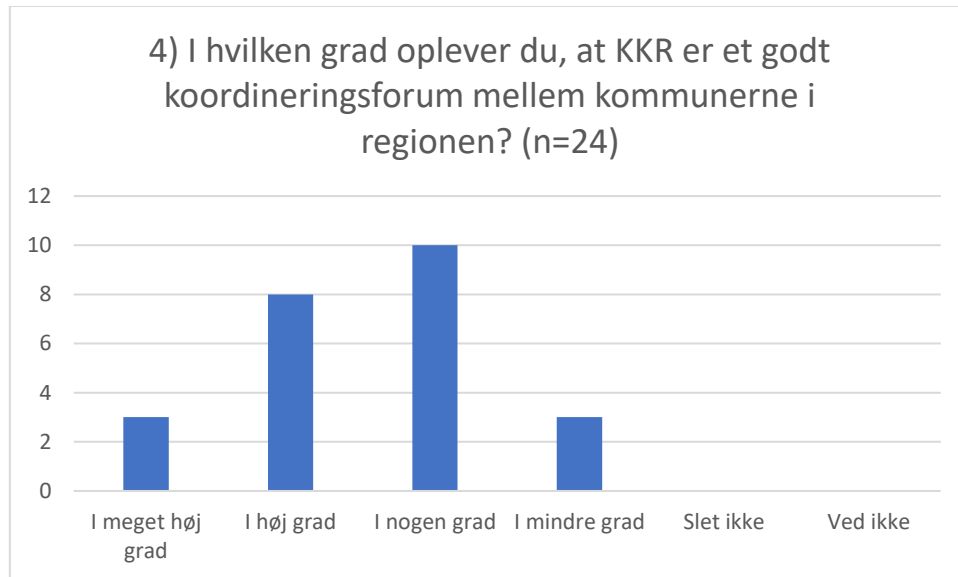
DEL 1 – Det generelle indtryk af KKR-samarbejdet i valgperioden 2018-2022



3) Hvilken del af KKR-arbejdet har været mest udbytterigt for dig?

- Deltager i et udvalg og dette udvalg fungerer fint - indsigt og fokus på kvalitet
- At få et bedre indblik i den måde hvorpå arbejdsmarkedets parter tænker
- Fyldige informationer om hvad der foregår i forskellige fora og organisationer; 2) et godt samarbejde mellem kommunerne om fx særlige pladser i det specialiserede socialområde eller om VIP-projekter indenfor trafik og klima
- Debatter om forskellige tiltag og nytænkning
- Temadrøftelserne om regional udvikling, transport, m.v.
- Sammenholdet kommunerne på tværs
- Fælles koordinering og drøftelser af særlige regional karakter og større udfordringer, hvor det giver god mening med fælles tilgang og koordinering fx trafik og det specialiserede område eller ny økonomimodel. Netværk (især når vi fysisk kan mødes) med erfaringsudveksling er også en positiv tillægsgevinst.
- Orientering
- Tværfaglige temaer; parti sparring
- Indsigt i det arbejde der foregår på et overordnet plan i KKR-regi
- Den generelle orientering
- Der sættes et overordnet og koordineret fokus på en række dagsordner, som f.eks. handicapområdet, trafik, erhvervsudvikling m.v.
- Social- og sundhedsområdet
- Erfaringsudveksling. Fælles fodslag på vigtige tværkommunale sager
- Godt at få bred information om emnerne
- KKR arbejder strategisk, og det er lykkedes at samle kommunerne om mange vigtige dagsordner på en måde, så det kan bruges som fælles interessevaretagelse
- At møde de andre politikere og forberedelse

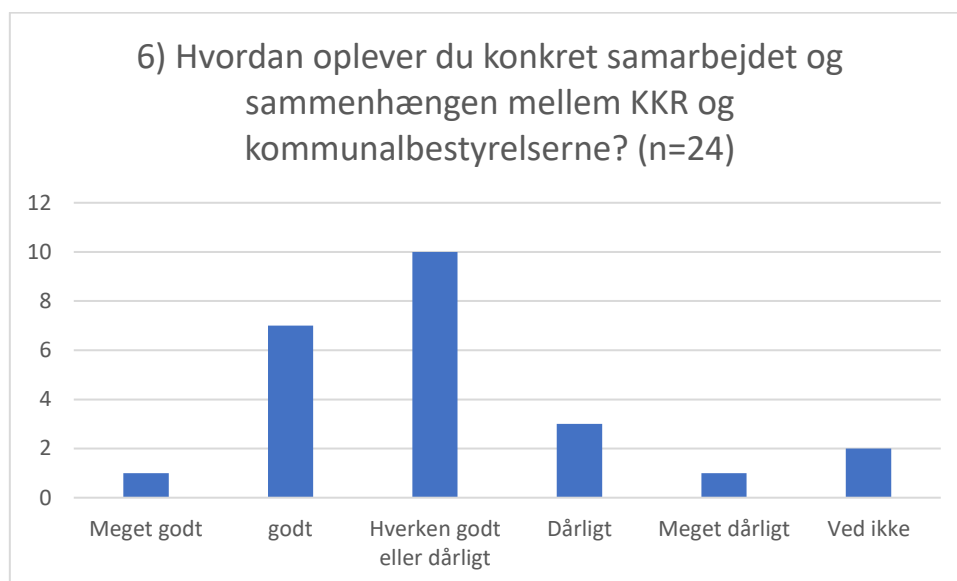
- Samarbejdet og varetagelsen af opgaver, der går på tværs i den enkelte KKR-geografi og i de enkelte kommuner
- Oplæg fra eksperter
- Beskæftigelse. Jeg er udpeget til RAR og sidder i Sagsudvalget
- Den brede enighed om klimaindsatsen og derudover overblikket over de forskellige holdninger kommunerne imellem
- De emner som er tværkommunale.



Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

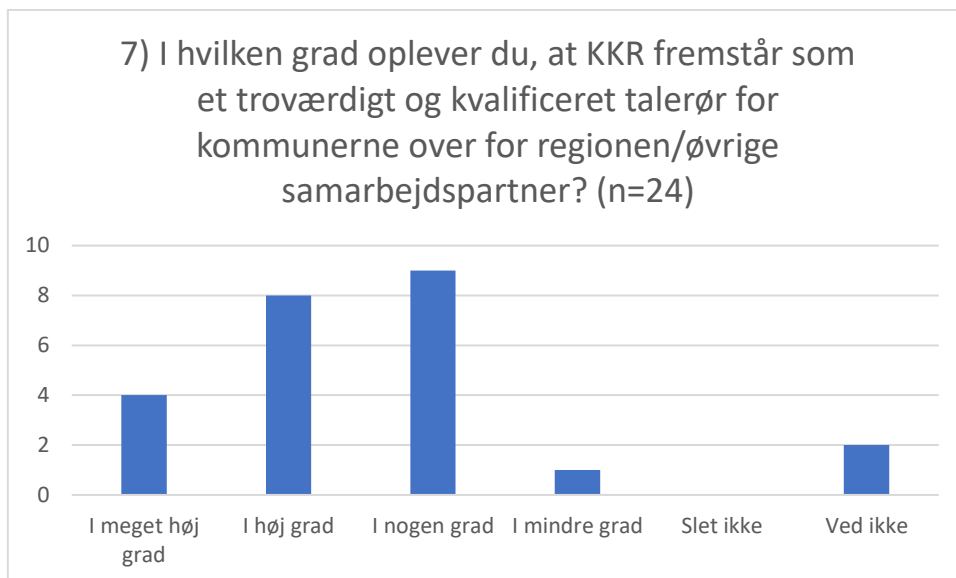
- Beskæftigelsesområdet styres i langt højere grad af ministeriet og gennem styrelsen, end via KKR og RAR
- Vigtigheden er vokset støt i de år, som jeg har siddet i KKR
- Vores byråd vender "skævt" i forhold til KKR, så det fylder ikke så meget

- De fleste kommunalbestyrelsesmedlemmer, der ikke er direkte involveret, interesserer sig ikke for det - hører måske for lidt og bliver ikke inddraget i, hvad der er på dagsordenen eller ønsker ikke at involvere sig. Der er nok andet at følge med i
- Jeg tror ikke, at samarbejdet i KKR som sådan står lige klart for alle byrådsmedlemmer, og jeg ved heller ikke, om det er et krav for at komme videre. Til gengæld er det væsentligt, når KKR vil spørge byrådene om noget, at de har en ordentlig chance for at sætte sig ind i sagerne og udtale sig om dem
- Det er sjældent eller aldrig specifikt på dagsordenen
- Jeg tror det føles som længere væk fra deres lokalpolitisk hverdag.



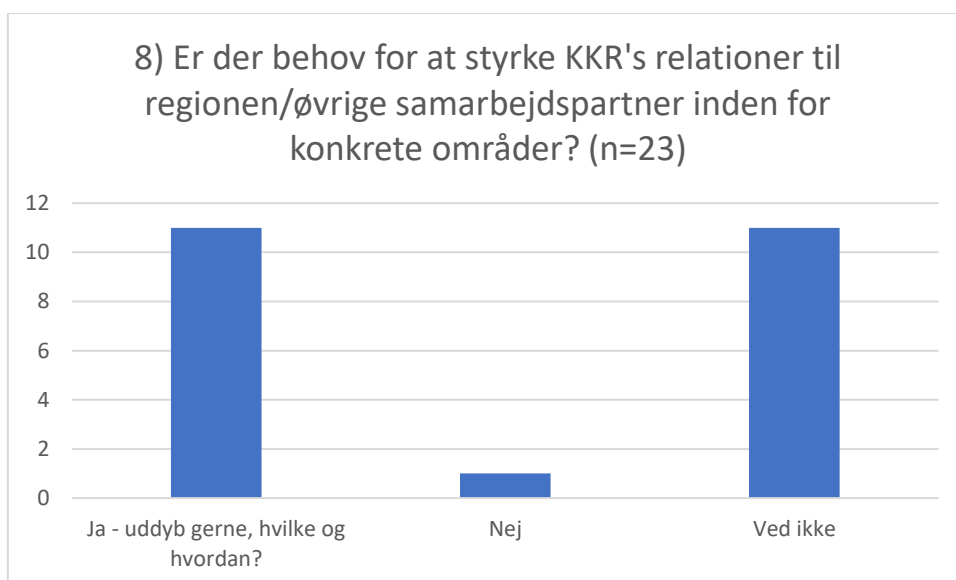
Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

- Samarbejdet foregår mere gennem rekrutteringsfællesskaberne og i det daglige mellem jobcenterchefer
- Jeg oplever ikke den store sammenhæng i dagligdagen
- Se tidlig bemærkninger
- Der er dog langt fra KKR til byrådene. Borgmestrene har en god dialog og gode møder
- Mener, at KKR er kommet til at fungere udmærket, se i øvrigt kommentaren til det foregående spørgsmål
- Den viden der frembringes, sættes ikke formelt i spil til gavn for byrådet. Indgår mere som baggrundsviden for borgmester, adm. og øvrige KKR-medlemmer
- De regionale spørgsmål tages sjældent eller aldrig op lokalt.



Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

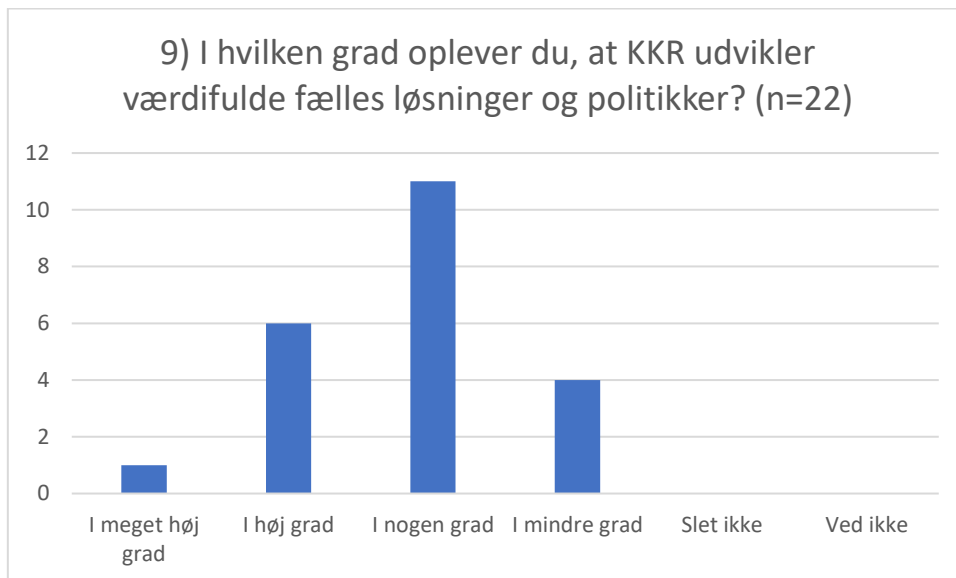
- Jeg går ud fra, at KKR gennem KL giver indspil nationalt
- Det gælder i de sager hvor vi har en fælles holdning. I en del tilfælde har kommunerne forskellige holdninger, og så giver det mere mening, at de udtaler sig hver for sig eller i mindre grupper.
- Jeg oplever ikke, at KKR på den måde er et talerør, fx har man ikke hørt noget til KKR siden regeringsskiftet, selvom det havde været oplagt med meldinger på corona, infrastruktur-udspillet, osv.
- Da borgmestrene sidder med, er det jo mandatet svarende til kommunalbestyrelserne
- Folk ved generelt ikke hvad det er for et forum.



Uddyb gerne, hvilke og hvordan?

- KKR skal være mere opsøgende/udfarende ift. samarbejdspartnere
- Sundhed
- Kan godt styrke samarbejdet og koordineringen med regionen yderligere
- Det specialiserede områder kan godt løftes endnu mere i fællesskabet

- Det ville nok være formålstjenligt, hvis kommunerne skal stå stærkere
- Sygehuse og det nære sundhedsvæsen
- Med RegH på sundhed og med velfærdsuddannelserne
- Mere åbenhed om arbejdet
- Mulighed for møder på tværs af KKR & KKU om relevante emner
- Overordnet infrastruktur
- Råstofplanen.



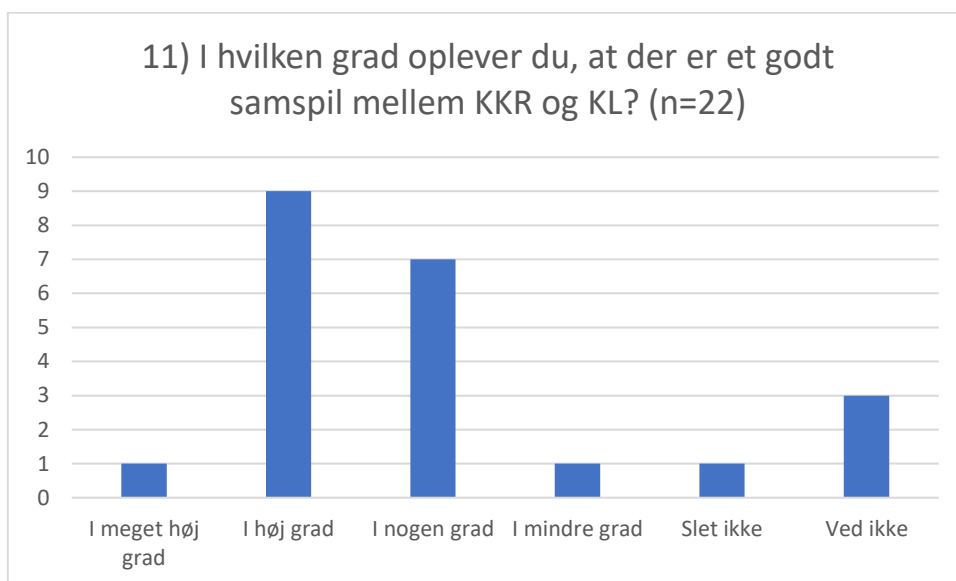
Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

- Det sker i nogen grad, men kommunerne er meget forskellige - store kommuner ctr. små landkommuner - f.eks. hospitalsvæsenet, hvor nogen kommuner har et hospital i "baghaven" og andre har væsentligt længere, men det tages der ikke tilstrækkeligt hensyn til. Det seneste en affaldsbekendtgørelse, der passer i bykommuner, men absolut ikke i land- og sommerhuskommuner
- Især projektet med prioriterede infrastrukturønsker er meget vellykket.



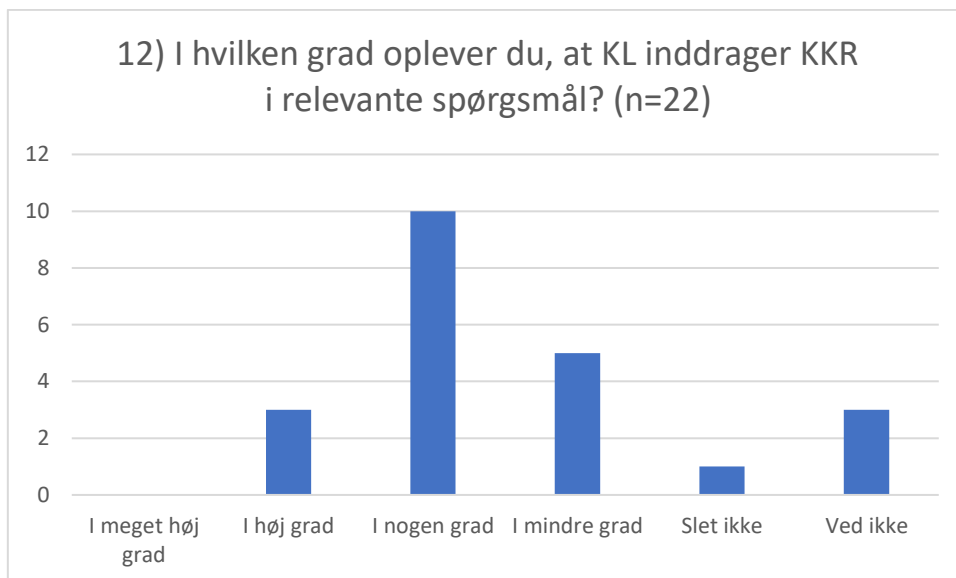
Uddyb gerne, hvilke og hvordan?

- Voksen/handicapområdet
- Gerne yderligere på specialiserede område og trafik
- De specialiserede områder
- Social- og sundhedsområdet måske også beskæftigelsesområdet
- Samarbejde om tværkommunale løsninger på det specialiserede socialområde
- Mere involvering af kommunerne
- Infrastrukturen
- Udfordringerne på det specialiserede område.



Uddyb gerne, hvilke og hvordan?

- Fint at KL kan vende oplæg og forslag med KKR - det synes jeg styrker dialogen
- Jeg oplever de to enheder som totalt afkoblede
- Mener at mere af KL-kontingentet kunne gå til at styrke KKR, og at opgaverne i KKR er så mange, at flere af midlerne til KL bør gå til KKR.

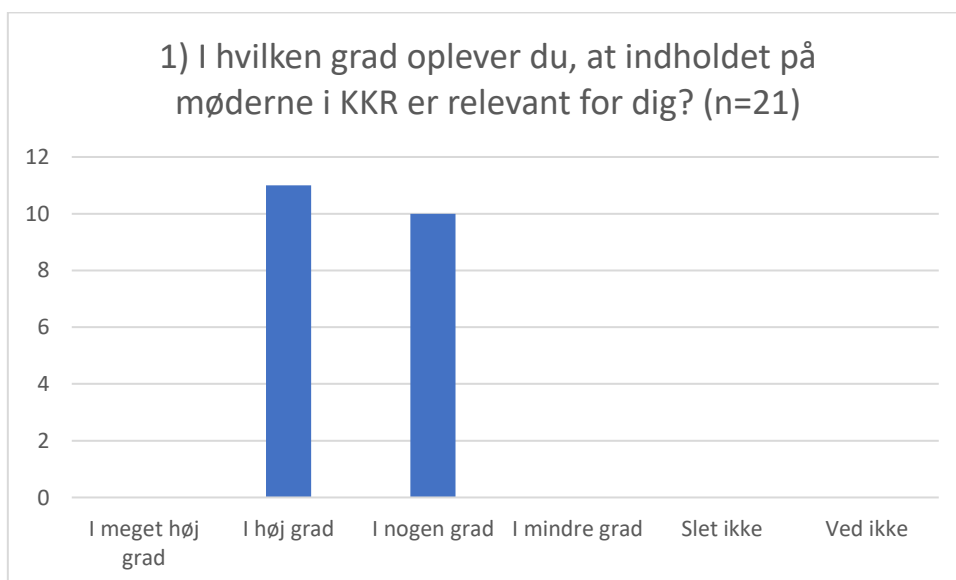


Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

- Igen en stigende kurve
- Jeg har lagt mærke til lidt i forbindelse med enkelte sager/møder, men der kan sagtens foregå noget, jeg ikke ser

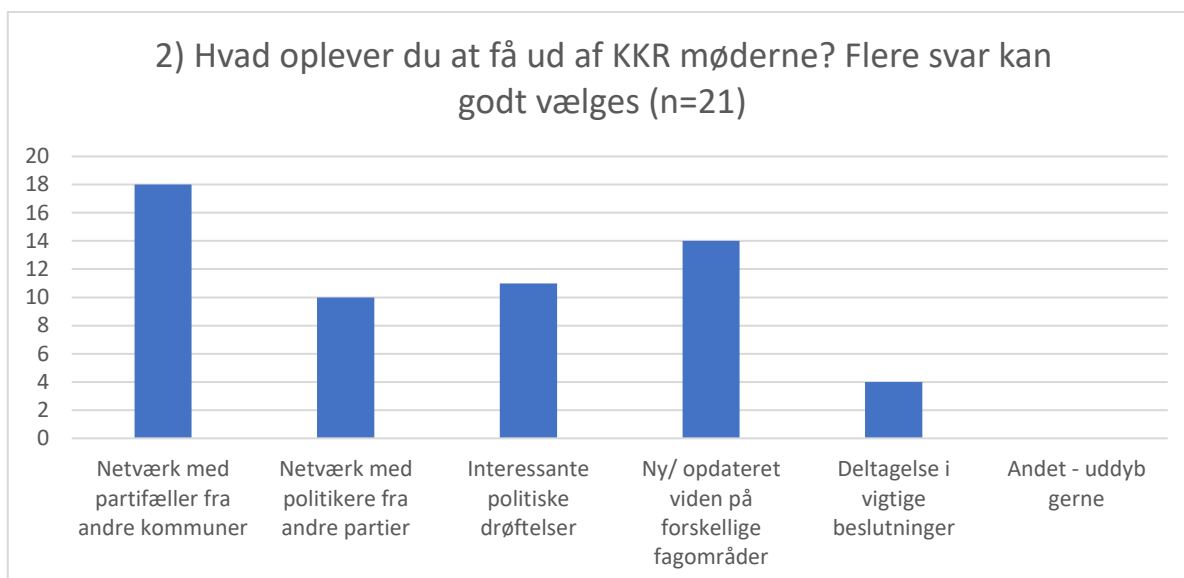
DEL 2 – afviklingen og indholdet af KKR-møder i denne valgperiode.

NB! Her er det kun dem, der er KKR-medlemmer der har svaret. Dette giver en n=21



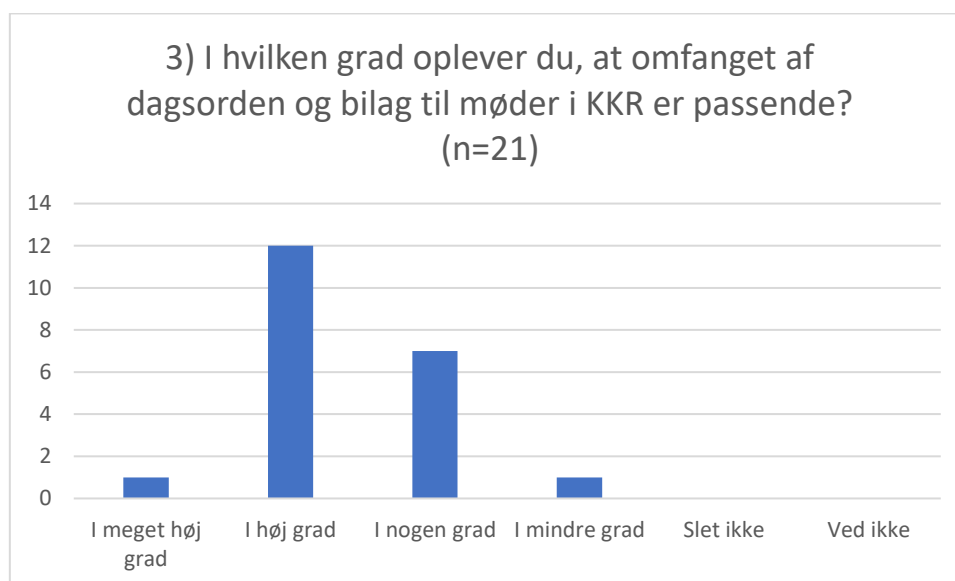
Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

- Det er altid interessant at høre hvordan andre kommuner løser opgaver
- Nogle områder er ikke indenfor mine arbejdsområder. Det betyder ikke, at de ikke er relevante



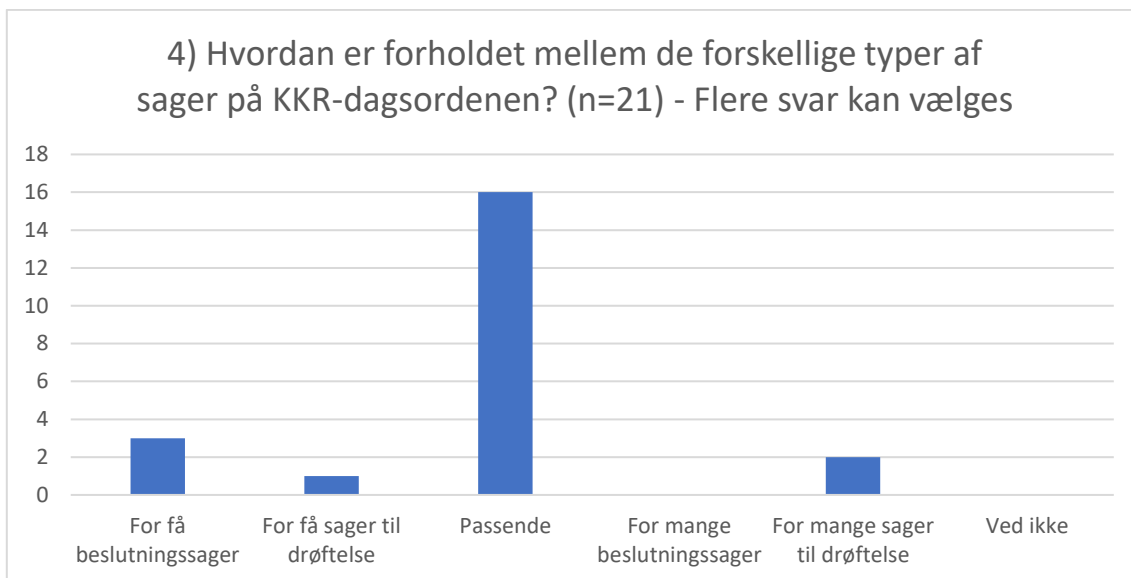
2) Hvad oplever du at få ud af KKR møderne? Flere svar kan godt vælges - Andet - uddyb gerne

– Ingen havde uddybende kommentarer



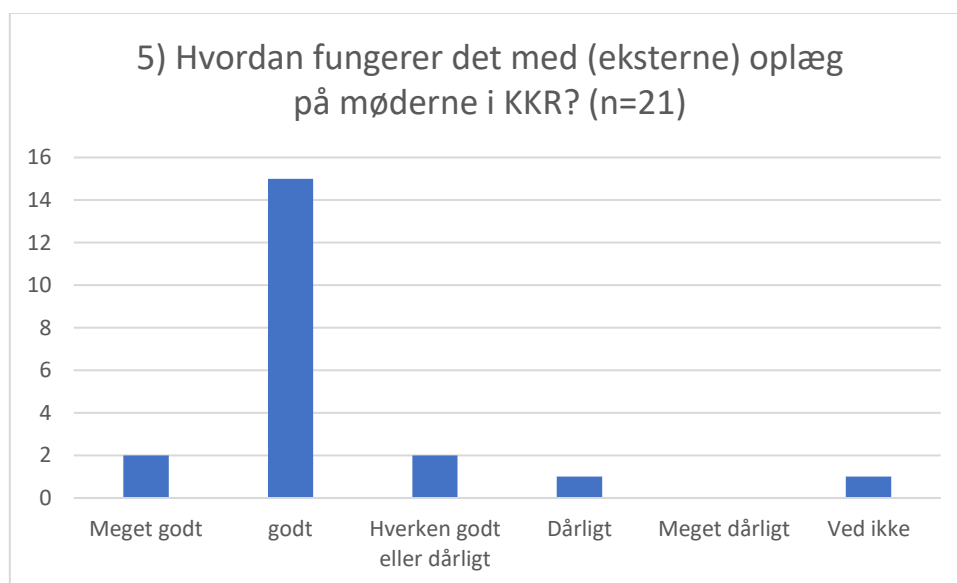
Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

– Der er alt for mange bilag at skulle igennem på den korte tid, der er fra dagsordenen, bliver udsendt og til mødet



Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

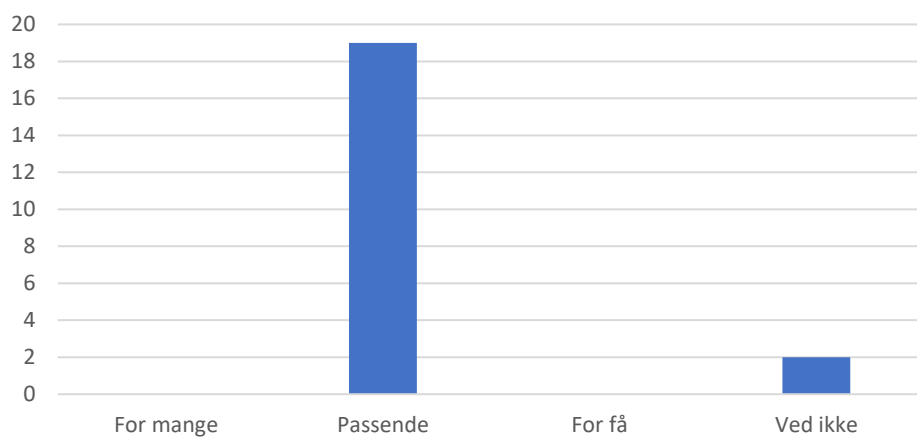
- Fint med oplæg og orienteringer, men jeg er der for at træffe beslutninger



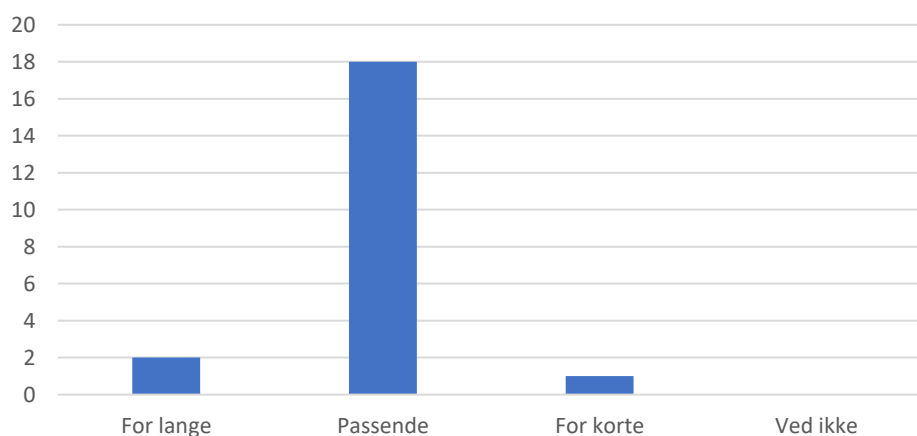
Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

- Der har været en voldsom slagside på oplæggene - som da Movia fik halvanden time til at smadre løs på HOT-udspillet, uden nogen form for modspil, refleksion over egne forbedringspotentialer, m.v. Eller da Jeppe Bruus anklagede forsamlingen for at være "sur og blå", fordi vi ikke kunne se fidusen i, at et trinbræt i hans egen valgkreds skulle være regionens vigtigste prioritet
- Måske for mange indlæg :-)
- Det afhænger meget af oplægsholderen. Ofte er det godt, og ofte lægger det noget til det, som allerede er sendt ud. Det er vigtigt at oplæggene kan netop det, og ikke bliver gentagelser af skriftlige oplæg.

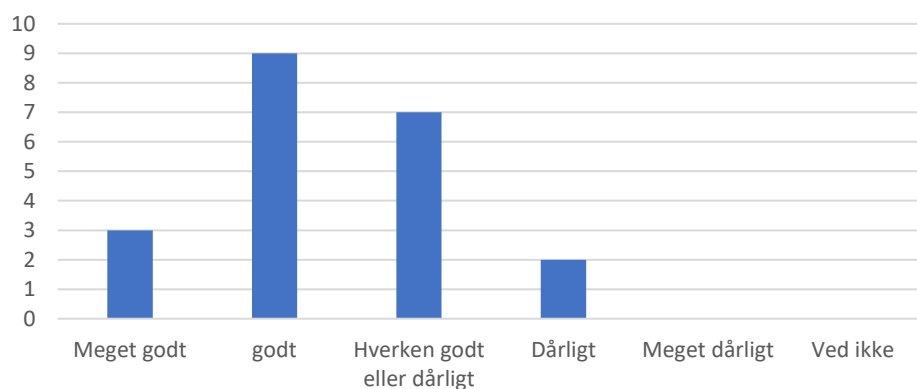
6) Hvordan oplever du antallet af KKR-møder (fem årlige møder)? (n=21)



7) Hvordan oplever du længden af KKR-møderne? (n=21)



8) Hvordan har det fungeret, at KKR-møderne har været overvejende virtuelle i perioden med Corona? (n=21)



Uddyb gerne, hvis du har yderligere kommentarer:

- Fysiske møder er dog bedre. Hvis det kunne lade sig gøre, kunne virtuel deltagelse i fremtidige møder som i øvrigt er fysiske give mig eller andre mulighed for at deltage på en presset dag.
- Energien er forsvundet
- Der kunne godt arbejdes videre med et mix mellem digitale og fysiske møder
- Det er ok nogle gange - men det fysiske møde er også vigtigt
- Det er ok med de virtuelle møder når det er nødvendigt, men det er bedre med fysiske møder
- De virtuelle møder har været en præmis, men fysiske møder er at foretrække når vi taler ordinære møder. Er der en enkelt sag, der skal afklares, er det super med et virtuelt møde
- Det er ok, fremover kan man måske skifte lidt ml virtuelle og fysiske...
- Det har fungeret godt - men jeg foretrækker til en hver tid fysiske møder
- Det vil altid komme an på emnet, der skal drøftes. Noget egner sig fint til det virtuelle og andet er bedre drøftet ved fysisk fremmøde.

9) Har du øvrige bemærkninger/forslag til afvikling af KKR-møderne?

- Omfanget af Afrapporteringer fra de forskellige udvalg kan af og til forekomme overflødige. Hellere fokusere når der er noget særligt og så give tid til debat
- Dagsordenen er ofte lidt for tæt pakket i forhold til den afsatte tid.

10) Er der andre opmærksomhedspunkter, der skal viderebringes til det nye KKR?

- Nej