

Indholdsfortegnelse - Bilag

| | |
|---|-----------|
| Indholdsfortegnelse - Bilag | 1 |
| 3.2 Input til evaluering af erhvervsfremmereformen | 2 |
| Bilag 1: Baggrundsnotat om aftalen om erhvervsfremmesystemet i 2018 | 2 |
| 3.4 Sundhedsaftale 2024-27 – input og proces | 4 |
| Bilag 1: Rammeoplæg for Sundhedsaftale 2024-2027 | 4 |
| 3.5 Regeringsgrundlaget – initiativer på beskæftigelsesområdet | 15 |
| Bilag 1: KL's læsning af regeringsgrundlaget på beskæftigelses- og integrationsområdet..... | 15 |
| 3.6 Infrastruktur og mobilitet på tværs af hovedstadsområdet | 20 |
| Bilag 1: Projektbeskrivelse for analyse af mobiliteten i hovedstadsområdet 11.01.2023 | 20 |
| Bilag 2: Notat om vision for prioriterede infrastrukturprojekter i hovedstadsområdet_Januar 2023..... | 26 |
| 3.8 Centrale udmeldinger på det specialiserede socialområde (orientering) | 30 |
| Bilag 1: Beskrivelse af indsatser for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehan | 30 |

3.2

Input til evaluering af erhvervsfremmereformen

Aftalen om erhvervsfremmesystemet i 2018

Med aftalen om forenkling af erhvervsfremmesystemet fra 2018 blev antallet af politisk ansvarlige niveauer reduceret til to: Ét decentralt niveau med en stærk kommunal forankring og det nationale niveau med staten. Kommunerne skulle fortsat være det lokale omdrejningspunkt for virksomhederne og samtidig få en større politisk indflydelse i det samlede erhvervsfremmesystem ved at være repræsenteret i både erhvervshusenes bestyrelser og i den nationale Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse (DEB).

Aftalen indeholdt 4 hovedelementer:

Bedre kvalitet og tilgængelighed i erhvervsservicen. Der blev oprettet tværkommunale erhvervshuse, der skulle tage sig af den specialiserede vejledning af alle virksomheder, og ikke kun vækstvirksomheder, og der blev etableret en digital erhvervsfremmeplatform, hvor en del af den basale viden omkring bl.a. virksomhedsopstart blev samlet på en fælles digital platform (Virksomhedsguiden.dk)

En sammenhængende decentral erhvervsfremme. Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse overtog ansvaret fra de regionale vækstfora med udmøntning af bl.a. EU-midler og klyngeindsatsen blev konsolideret med nationale landsdækkende klynger

Forenkling af den statslige erhvervsfremme. Indsatsen for videnbaseret iværksætteri blev styrket med ophæng i Vækstfonden og Innovationsfonden, og der blev skabt én indgang for låne- og egenkapitalformidling og én for tilskudspuljer til innovation, udvikling og demonstration

Stærkere destinationer og bedre sammenhæng i turismefremmeindsatsen. Den kommunale turismeindsats blev konsolideret i 19 destinationsselskaber, og der blev øremærket turismeprojektmidler under Erhvervsfremmebestyrelsen.

KKR har en formel rolle i erhvervsfremmesystemet, da erhvervshusene skal inddrage KKR i deres udarbejdelse af de regionale kapitler til den nationale erhvervsfremmestrategi. KKR indgår desuden resultatkontrakter med erhvervshusene i forhold til den specialiserede vejledning af virksomheder.

Dato: 6. januar 2023

Sags ID: SAG-2022-05228
Dok. ID: 3290323

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

www.kl.dk/kkr-hovedstaden
Side 1 af 1

3.4

Sundhedsaftale 2024-27 – input og proces



Rammeoplæg for sundhedsaftale 2024 – 2027

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter fra Sundhedskoordinationsudvalget og Tværsektoriel strategisk styregruppe til udarbejdelsen af sundhedsaftale 2024 – 2027

Introduktion til rammeoplægget

Der er sket meget i det tværsektorielle samarbejde om sundhed, siden de første sundhedsaftaler blev indgået i 2007.

Kommunerne, almen praksis og regionen har bevæget sig mod hinanden og er blevet bedre til at samarbejde med fokus på borgernes behov.

Det samlede sundhedsvæsen står imidlertid fortsat med store udfordringer bl.a. som følge af den demografiske udvikling og den fortsatte ulighed i sundhed.

Rammerne for videreudviklingen af det tværsektorielle samarbejde udstikkes med de visioner, fokusområder og mål, som der aftales i sundhedsaftalen.

Nu sættes processen for udarbejdelse af udkast til Sundhedsaftale 2024-2027 i gang.

Det skal for første gang ske inden for rammerne af den nye samarbejdsstruktur med sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

For at understøtte en god og involverende proces indledes processen med indledende drøftelser i både sundhedssamarbejdsudvalget og i de fem sundhedsklynger. Derudover planlægges efter et temamøde med patientinddragelsesudvalget m.fl., så brugerrepræsentanter også får mulighed for at komme med input tidligt i processen.

Faktaboks – Hvad er en sundhedsaftale?

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, der formelt indgås mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen. Aftalen er lovbestemt og udgør den overordnede ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem region, kommuner og almen praksis.

Udarbejdelsen af sundhedsaftalen er forankret i Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU), og sundhedsklyngerne og patientinddragelsesudvalget skal komme med input til aftalen.

Formålet med aftalen er at bidrage til at understøtte lighed i sundhed og sammenhæng i forløb der går på tværs af region, kommuner og almen praksis med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed.

Den nuværende nationale vejledning om sundhedsaftalen er fra 2018. Der udarbejdes en ny vejledning og forventningen er, at der kun sker mindre justeringer. Afsættet for aftalen forventes derfor at være, at:

Sundhedsaftalen skal:

- Fastsætte fælles forpligtende mål – både generelt og for de grupper der laves aftaler om
- Tage udgangspunkt i nationale mål
- Være dynamisk (løbende opfølgning og justering af aftaleområder).

Rammeoplægget er udarbejdet på baggrund af drøftelser om sundhedsaftalen, som fandt sted i Sundhedskoordinationsudvalget i april 2022 samt på møder i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Ramme for den kommende sundhedsaftale

De nationale mål for sundhed

De otte nationale mål for sundhed sætter en fælles retning for udviklingen af sundhedsvæsenet.

Målene udgør dermed en overordnet ramme for det tværsektorielle samarbejde om sundhed i regionen. Herunder for arbejdet med den nuværende sundhedsaftale.

Også den kommende sundhedsaftale skal bidrage til at realisere de nationale målsætninger.



Visioner i sundhedsaftalen

Intentionen med den nuværende sundhedsaftale var at skabe en ny ramme for bedre fælles løsninger på de udfordringer, som borgere/pårørende, kommuner, region og praksissektor står over for på sundhedsområdet. Det er der fortsat behov for.

Den kommende sundhedsaftale skal derudover også være en stærk katalysator for samarbejdet i de nye sundhedsklynger, der skal understøtte sammenhæng, løfte de nære sundhedstilbud og det fælles populationsansvar lokalt i klyngernes områder.

Tværsætoriel strategisk styregruppe foreslår, at det fælles populationsansvar i den kommende sundhedsaftale bliver en overligger for de fire nuværende visioner. På den måde kan det klart signaleres, at der ønskes en udvikling, hvor kommuner, almen praksis og regionen i endnu højere grad går sammen om at løfte sundheden.

De fire visioner i den nuværende sundhedsaftale er:

Styrke sammenhæng i borgerens forløb

Sundhedsvæsenet er en kompleks størrelse, og borgerne har gennem deres sygdomsforløb ofte kontakt med mange forskellige fagpersoner fra flere sektorer, der handler ud fra forskellige regler, økonomi, kultur og sprog. Det kan gøre det svært for både borgere, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over forløbet. Men kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke komme borgeren til last og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom. Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstænkning og mindre silotænkning.

Øget lighed i sundhed

Der skal være let og lige adgang til sundhed for alle borgere i regionen. Men, vi ved også, at det desværre ikke er tilfældet i dag. Mange borgere oplever på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Det har både store konsekvenser for samfundsøkonomien og for de grupper i vores befolkning, der mister sunde leveår. Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar. Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed. Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi borgenes sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser. Og vi vil forsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for flere fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer. Vi mener, at det er vejen til at skabe mest mulig sundhed for alle borgerne i regionen.

Tæt samspil med borgerne

Borgere, der rammes af sygdom, har en naturlig forventning om at blive mødt af et sundhedsvæsen, der tager afsæt i den enkeltes behov, ønsker og ressourcer. Tilsvarende er der mange pårørende, som også kan have behov for støtte. Vi ved også, at et afsæt i borgerens og de pårørendes behov og ønsker giver bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse. Vi vil derfor skabe det nødvendige rum til et aktivt samspil med borgerne. Borgere og pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag. I de individuelle forløb vil vi møde borgerne og deres og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter, anerkender og handler ud fra deres viden og ønsker.

Mere sundhed for pengene

Hele sundhedsvæsenet er under stigende pres, og ressourcerne er knappe. Opgaverne skal derfor løses, hvor det er mest effektivt for samfundsøkonomien og giver mest værdi for borgerne. Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem klare snitfladebeskrivelser og tydelig ansvarsfordeling, ved kompetenceudvikling eller ved, at vi fletter vores indsatser endnu mere sammen.

Principper for samarbejdet

Den nuværende sundhedsaftale beskriver en række principper for samarbejdet. De er udarbejdet med afsæt i de erfaringer, som er opnået gennem 15 års samarbejde om sundhedsaftaler.

Tværasektoriel strategisk styregruppe finder, at de nuværende principper stort set kan videreføres, således at de også er handlingsanvisende for samarbejdet om udfoldelse og konkretisering af Sundhedsaftale 2024-2027.

Dog foreslås, at der indarbejdes mindre justeringer, så der sættes mere fokus på behov for datadeling og samarbejde om de aktuelle udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere på sundheds- og omsorgsområderne.

Principperne i den nuværende sundhedsaftale er:

Borgerne med fra start

Vi inviterer borgerne med fra start, når vi udvikler og udfolder vores fokusområder og aftaler konkrete indsatser. Deres unikke viden og perspektiv skal bidrage til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi for borgeren. De kan udfordre vores sprog, kultur og rammer, så vi bliver bedre til at inddrage og tilrettelægge forløb på borgernes præmisser.

Helhedssyn

Når vi udvikler modeller for vores samarbejde, er omdrejningspunktet borgernes – og især sårbare borgernes - samlede behov og livssituation. Vi vil udvikle og udbrede nye organisatoriske tilgange og samarbejdsformer, når vi kan se at det vil skabe mest værdi for borgerne og fremmer lighed i sundhed.

Samme høje kvalitet

Vi vil arbejde for, at alle borgere i hele regionen møder et sundhedsvæsen med ensartet og høj kvalitet i sundhedstilbuddene. Samtidig skal der være rum til udvikling af lokale løsninger, fordi der er forskelle i de udfordringer og muligheder, der er i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor inden for de enkelte planområder. Vi vil derfor aftale fælles kvalitetsmål og standarder, og vi åbner for, at der kan være forskel i valg af metoder.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi skal tilrettelægge opgaverne, så de placeres efter princippet om laveste effektive omkostningsniveau til gavn for borgerne fremfor traditionelle sektor- og faggrænser. Ved ændring af opgavevaretagelsen mellem kommuner, region og praksissektor, skal de økonomiske konsekvenser være klarlagt. Det skal give gennemsigtighed og over tid en rimelig balance i økonomien mellem kommuner, region og praksissektor.

Fælles kompetenceudvikling

Udviklingen i sundhedsvæsenet og de aftaler vi indgår i Sundhedsaftalen stiller nye og store krav til vores medarbejders faglige og relationelle kompetencer, men også til rekrutteringen af kommende medarbejdere. Når vi udfolder vores indsats, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Og vi skal have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

Vi skal sikre, at det sundhedsfaglige og socialfaglige personale ved, hvem der skal gøre hvad, og hvornår. Det gælder både den organisering vi har i dag og ved nye løsninger, der nedbryder de eksisterende organisatoriske skel. Ved flytning af opgaver laver vi samarbejdsaftaler, der blandt andet tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordelingen og økonomi.

Sammenhængskraft

Vi skal have fokus på, at vi ved at øge kendskab til hinandens opgaver, handlemuligheder, sprog og kultur kan styrke samarbejdskultur og sammenhængskraft. Det vil være en løftestang for det fortsatte arbejde med den gode kommunikation og sikre sammenhængende patientforløb, og ikke mindst en forudsætning for at lykkes med at nedbryde siloerne.

Fælles ansvar for borgernes sundhed

Vi skal både have fokus på at løfte den samlede befolknings sundhed og at tilgodese særlige målgrupper, når vi udfolder fokusområder. Volumen og mulige effekter skal indgå i vores overvejelser.

Sundhedsaftalens fokusområder

Fokusområderne i den nuværende Sundhedsaftale 2019-2023 favner bredt og adresserer fortsat aktuelle udfordringer på sundhedsområdet i hovedstadsregionen, ligesom de fortsat udgør en ramme, som skaber rum for løbende videreudvikling. Sundhedskoordinationsudvalget har på den baggrund anbefalet, at de tre fokusområder videreføres i den kommende sundhedsaftale for 2024-2027:

- Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed.

I foråret 2022 kom Sundhedsprofil 2021. Den tegner på mange områder et bekymrende billede af helbredstilstand blandt borgerne i Region Hovedstaden. Det gælder både den fysiske og mentale sundhed.

I Sundhedskoordinationsudvalget var der enighed om, at udviklingen kalder på et tættere og bredere tværsektorielt samarbejde om forebyggelse. Et bredt fokus på forebyggelse udgør også en naturlig del af sundhedsklyngers opgaver i forhold til det fælles populationsansvar.

Sundhedskoordinationsudvalget anbefalede, at forebyggelse bliver omdrejningspunktet for samarbejdet inden for alle fokusområder.

Tværsektoriel strategisk foreslår derudover opprioritering af samarbejdet mellem psykiatrien og socialpsykiatrien i forhold til borgere med psykisk sygdom, så området opnår samme opmærksomhed som samarbejdet inden for somatikken. Endvidere er foreslået opprioritering af samarbejdet om børn og unges mentale trivsel.

Beskrivelser af fokusområder i den nuværende sundhedsaftale:



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

For borgere med en eller flere kroniske sygdomme er sammenhæng i indsatsen en særlig udfordring.

Samtidig ved vi, at den ældre borger er i stor risiko for at blive indlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem en tidligere og mere koordineret indsats, eller fordi der i den akutte situation ikke findes gode alternativer til indlæggelse.

For den ældre borger skaber mange indlæggelser utryghed, og er en stor indgriben i deres hverdagsliv med risiko for tab af funktionsevne.

Vi skal derfor sikre, at alle borgere oplever en tryk behandling og pleje af høj kvalitet, og når det er muligt sætte ind med en hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem.

Det er vores mål, at

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.



Sammen om borgere med psykisk sygdom

Cirka hver 5. borger lever et liv med psykisk sygdom.

Hverdagslivet er for mange borgere med psykisk sygdom præget af mange og komplekse udfordringer, og de har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis. Mange oplever et forløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for den enkeltes behov.

Borgere med svær psykisk sygdom har en større dødelighed end befolkningen generelt. Det er der mange årsager til, men manglende behandling af somatiske sygdomme spiller en stor rolle.

Det er vores mål, at

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.
- Alle borgere skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.



Sammen om børn og unges sundhed

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidlige forebyggelsesindsatser.

Vi ved, at den rette støtte til moderen – til forældrene – allerede under graviditeten og i barnets første leveår kan fremme barnets trivsel og udvikling. For gravide og familier med sociale problemstillinger eller psykiske udfordringer er det en særlig udfordring at få den støtte, som de har behov for. Det handler om at sikre en tidlig koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Vi ved også, at stadig flere børn og unge mistrives i deres hverdag, og vi ser en stor stigning i børn og unge, som udredes eller behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er en udvikling, vi tager

meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.

Det er vores mål, at

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

3.5

Regeringsgrundlaget – initiativer på beskæftigelsesområdet

KL's læsning af regeringsgrundlaget på beskæftigelses- og integrationsområdet

Nedenfor følger en uddybning af KL's reaktion på regeringsgrundlaget med fokus på beskæftigelses- og integrationsområdet.

Beskæftigelse

Jobcentrene nedlægges

Den nuværende jobcenterkonstruktion står til at blive nedlagt. KL er ikke overraskede og heller ikke uenige i, at konstruktionen omkring jobcentrene med fordel kan ændres. Vigtigst er det, at den kommunale forankring bevares – og det lader regeringsgrundlaget ikke til at ville ændre grundlæggende på. Udmeldingen bidrager dog til en høj grad af usikkerhed blandt medarbejdere og ledere i jobcentrene, da der ikke er fremlagt en proces eller konkrete bud på, hvilke opgaver kommunerne ikke længere skal løse i fremtiden. I KL skal vi gå konstruktivt ind i dialogen og spille en aktiv rolle i at gentænke både de organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer omkring beskæftigelsesindsatsen.

Besparelser for 3 mia. kr. frem mod 2030

Besparelser på knap 30 pct. af udgifterne til den kommunale beskæftigelsesindsats står til at blive en stor udfordring for kommunerne i de kommende år. Igen er KL ikke overraskede over udfaldet, men naturligvis bekymrede for, hvilken betydning det vil have for den indsats, som vi kan levere – ikke mindst over for de borgere, som har mest brug for den. Det er dog en betydelig lettelse, at besparelserne ikke står til at blive effektueret nu og her, men gradvist skal hentes over en årrække frem mod 2030. Samtidigt er der lagt op til brede rammer for udmøntningen, hvor KL forventer at skulle spille en aktiv rolle i at definere den rette vej.

Frisættelse fra statslige regler og proceskrav

Regeringen lægger op til en 'omfattende frisættelse' på tværs af velfærdsområderne, og denne gang lader beskæftigelsesområdet til at blive et særligt prioriteret område. Besparelserne skal hentes gennem en frisættelse fra statslige proceskrav og dermed et større rum til lokalt at tilrettelægge en meningsfuld beskæftigelsesindsats med fokus på den enkelte borgers behov, evner og ønsker. I KL har vi i mange år arbejdet for frisættelse på beskæftigelsesområdet, og flere end halvdelen af alle kommuner har tilkendegivet interesse i at blive frisat på området. KL-sekretariatet har en klar forventning om, at beskæftigelsesindsatsen skal gentænkes fra bunden. I konkretiseringen af vores udspil er der lagt op til en ny rammelov, som KL kommer til at forfølge, når ambitionerne om reel frisættelse skal følges til dørs.

Større rolle til a-kasser og private aktører

Regeringsgrundlaget lægger op til, at a-kasser og private aktører skal spille en større rolle i indsatsen til de stærke ledige, som vil få mere valgfrihed. Vi udviser i KL's udspil åbenhed over for et bredere ejerskab til beskæftigelses-

Dato: 9. januar 2023

Sags ID: SAG-2022-05370
Dok. ID: 3286366

E-mail: LIBL@kl.dk
Direkte: 3370 3551

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 4

indsatsen baseret på partnerskaber med andre aktører, men vi er fortsat bekymrede for en opdeling af beskæftigelsesindsatsen i et a- og b-hold, og den betydning det vil have for samspillet med virksomhederne. For KL er det fortsat centralt, at ansvaret for indsatsen er kommunalt forankret. KL vil fortsat arbejde for de bedst mulige rammer for samarbejdet i overgangene mellem aktører, tidlig indsats til borgere i risiko for langtidsledighed og en finansiering, som følger med ansvaret for indsatsen.

Indsatsen til de mest socialt udsatte skal redefineres

Regeringen vil redefinere indsatsen til de mest socialt udsatte, som fremover ikke skal være en del af beskæftigelsessystemet. KL er helt enig i, at der er behov for at se på rammerne for indsatsen til udsatte borgere, som er centralt pejlemærke i KL's udspil. Der er borgere med en væsentligt nedsat arbejdssevne, der i dag venter for længe på en afklaring, som alene skal tilbydes en social indsats. KL er enige i, at udsatte borgere skal opleve at blive mødt på deres præmisser, men at kommunerne (i det omfang det er muligt) skal bevare et beskæftigelsesfokus i indsatsen – først og fremmest af hensyn til den enkelte borgers livskvalitet og mestring. Det er endnu uklart, hvordan regeringen vil afgrænse målgruppen af borgere, som ikke længere skal være omfattet af en beskæftigelsesindsats, og det står ikke nævnt noget sted, om man har tænkt sig at videreføre planerne om en ny hovedlov om helhedsorienterede indsatser. KL ser frem til at bidrage til en konkretisering.

Kritisk gennemgang af sygedagpengeområdet

Regeringen har fortsat til hensigt at gennemføre en kritisk gennemgang af sygedagpengeområdet med henvisning til at syge borgere ikke skal komme i klemme i systemet. KL har længe ment, at der er behov for at rydde op i reglerne om rehabiliteringsteams, forlængelsesregler og jobafklaringsforløb og ser frem til at bidrage til arbejdet. KL-sekretariatet undrer sig imidlertid over, at den planlagte kritiske gennemgang af reglerne om førtidspension og fleksjob ikke er nævnt i regeringsgrundlaget.

Kontanthjælpsaftalen skal gentænkes

Den politiske aftale om et nyt kontanthjælpssystem, som blev indgået kort før sommerferien, står i regeringsgrundlaget til at skulle gentænkes på ny med henvisning til Ydelseskommisionens anbefalinger. De midler, der ellers skulle være brugt på det midlertidige børnetilskud i 2023, vil blive afsat som en pulje til økonomisk udsatte børnefamilier og indgå i den foreslåede inflationshjælp. KL-sekretariatet vurderer, at det er positivt med en gentænkning af aftalen, som giver en ny mulighed for en reel forenkling af ydelsessystemet i henhold til Ydelseskommisionens anbefalinger. I KL ser vi frem til at bidrage til en nærmere konkretisering.

Sammenlægning af Arne-pension og seniorpension

Retten til tidlig pension (Arne-pensionen) og seniorpensionen står til at blive sammenlagt til én ny ordning med to indgange: En rettighedsbaseret model og en visitationsmodel. I KL er vi positivt indstillede over for en sammenlægning af ordningerne, som indebærer en forenkling for kommunerne. Ydelseniveauet er normalt ikke et område, som KL forholder sig til.

Seniorjobordning afskaffes

Det har i kommunerne længe været et ønske af afskaffe seniorjobordningen, som er administrativt tung og svær at løfte i praksis. KL ser særdeles positivt på dette element af regeringsgrundlaget.

Dato: 9. januar 2023

Sags ID: SAG-2022-05370
Dok. ID: 3286366

E-mail: LIBL@kl.dk
Direkte: 3370 3551

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 4

Fokus på borgere med handicap

Regeringen vil udarbejde en handlingsplan med det formål at skabe bedre muligheder for borgere med handicap og sætte mål for, at flere med handicap kan blive en del af arbejdsfællesskabet med fleksible uddannelsesveje og lettere adgang til hjælpemidler. KL-sekretariatet arbejder netop nu med en konkretisering af KL's politik ift. beskæftigelsesindsatsen for borgere med handicap, som udvalget snart vil blive præsenteret for.

Øget arbejdsudbud

Regeringen lægger op til at øge den strukturelle beskæftigelse med 45.000 i 2030. Heraf tilvejebringes 4.000 årsværk via et nyt erhvervsstøttesystem og 13.500 skal findes via tre hovedspor: flere arbejder i flere timer, flere i arbejde, flere får de rette kompetencer. I KL er vi ikke overraskede over de potentialer der peges på (bl.a. seniorer, unge, færre langtidsledige, udenlandsk arbejdskraft, uddannelse og flere ikke-vestlige indvandrere i arbejde), da en del af disse allerede blev anvist i den tidligere regerings 2030 plan. KL ser positivt på et ønske om at øge beskæftigelsen, men ser en udfordring i at man samtidig ønsker at spare på beskæftigelsesindsatsen. Det kan have en negativ effekt på det samlede arbejdsudbud.

Integration

37 timers arbejdspligt

Regeringen vil indføre en ny arbejdspligt, der erstatter passiv forsørgelse med en pligt til at bidrage i 37 timer om ugen for borgere med et integrationsbehov. Nyankomne og herboende indvandrere skal mødes med krav og forventninger om selvforsørgelse. Målet med den nye arbejdspligt er, at flere tilknyttes det danske arbejdsmarked og får et arbejde.

Forslaget har tidligere været fremført og behandlet i KL, men blev skrinlagt ifm. krigen i Ukraine og har derfor ikke været behandlet i det nuværende udvalg. KL har tidligere udtrykt enighed med regeringen i, at ledige med integrationsbehov skal have en mere aktiv indsats. I KL er vi enige i, at borgerne skal mødes krav og forventninger om at komme i beskæftigelse, og at vi skal sikre os, at de ledige reelt står til rådighed for arbejdsmarkedet. KL mener dog ikke, at en 37 timers arbejdspligt er den rigtige at vej at gå. For kommunerne vil en 37 timers arbejdspligt være omkostningstungt og indføre et "tælleri", som regeringen ellers vil væk fra i den brede beskæftigelsesindsats. Der er stor risiko for aktivering for aktiveringens skyld uden jobeffekt. ¹

Regeringsgrundlaget indeholder ikke information om målgrupper og indhold i 37 timers arbejdspligt. KL hæfter sig ved, at nytteindsats ikke er nævnt. KL forudser derudover, at målgruppen bliver større end 22.600 borgere pga. de mange ukrainske flygtninge.

Trepartsforhandling om IGU

Regeringen vil invitere til trepartsforhandlinger om en udvidelse af integrationsgrunduddannelsen (IGU), der kan bidrage til, at flere flygtninge og familiesammenførte til flygtninge integreres på det danske arbejdsmarked. KL

¹ Af et notat fra Beskæftigelsesministeriet fra september 2021 fremgik det, at 22.600 borgere ville være omfattet af 37 timers arbejdspligt. Det skønnedes, at forslaget ville medføre merudgifter på 90 mio. kr. i 2023, stigende til 200 mio. kr. i 2025 og frem. Beskæftigelseseffekten blev skønnet til at være 250 personer.

Dato: 9. januar 2023

Sags ID: SAG-2022-05370
Dok. ID: 3286366

E-mail: LIBL@kl.dk
Direkte: 3370 3551

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 4



bakker op om en udvidelse af IGU'en og har i de seneste trepartsforhandlinger foreslået en udvidelse af målgruppen, således at IGU også kan være for borgere over 40 år, for familiesammenførte til danskere og indvandrere, samt for borgere med længere opholdstid end 10 år i Danmark.

Dato: 9. januar 2023

Sags ID: SAG-2022-05370
Dok. ID: 3286366

E-mail: LIBL@kl.dk
Direkte: 3370 3551

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 4

3.6

Infrastruktur og mobilitet på tværs af hovedstadsområdet

Projektbeskrivelse - Analyse af mobiliteten i hovedstadsområdet

Opgavestiller og anledning

Analyse af mobiliteten i hovedstadsområdet er besluttet som et led i en kvalificering af og strategisk ramme for en fremtidig udvælgelse af nye fælles prioriterede infrastrukturprojekter og mobilitetsløsninger i hovedstadsområdet. Samtidig skal analysen bruges til at styrke det tværgående vidensgrundlag og kommunikation om mobilitet i hovedstadsområdet. Analysen er besluttet i samarbejde mellem KKR hovedstaden (Kommunekontaktråd) og Region Hovedstaden. Analysen forventes færdig i 2024.

Københavns Kommune og Region Hovedstaden har afsat midler og medarbejderressourcer til analysen, som organiseres og gennemføres i et tæt samarbejde mellem KKR Hovedstaden, Region Hovedstaden og Københavns Kommune. Københavns Kommune finansierer 2,0 mio. kr. (budget 2023) og Region Hovedstaden finansierer 1 mio. kr. (budget 2023). Direkte involvering af KKR Hovedstadens 29 kommuner kan ske ad hoc.

Parterne opretter en politisk styregruppe for analysen med medlemmer fra både kommuner og regionen, for at sikre bredde og ejerskab for hele geografien.

Baggrund

Hovedstadsregionen vokser og er den region i Danmark, hvor trængslen er størst. I Region Hovedstaden steg befolkningstallet med 9 pct. i perioden fra 2012- 2022¹. Ifølge Danmarks Statistik forventes befolkningstallet fortsat at stige i hovedstadsområdet og på resten af Sjælland, hvilket øger presset på infrastrukturen. I perioden 2012-2022 steg antallet af personbiler Region Hovedstaden med 32 pct.² Prognoser for trafikken i 2035 viser, at det forventes, at der skal håndteres op mod 20 pct flere rejser i regionen i 2035 i forhold til 2015³. Det lægger et pres på hele trafiksystemet.

Ifølge Region Hovedstadens analyse "Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet" tilbragte bilisterne i hovedstadsområdet i 2015 ca. 16,7 mio. timer i trafikken på grund af trængsel, og prognoserne forudsiger en fordobling til 33,4 mio. timer i 2035. Tidligere analyser har vist, at kapaciteten på hovedvejene og på banenettet er fuldt udnyttet i myldretiden⁴. Den nye bane København-Ringsted, Letbanen Ring 3 (åbner i 2025) og nye metrolinjer kan have en betydning for det kollektive net.

Trafik og mobilitet på tværs af de radiale trafikåre i Fingerplanen giver flaskehalse i vejinfrastrukturen og sætter begrænsninger for hovedstadsområdets udvikling⁵. Op mod 50 pct. af landets støjplagede boliger ligger i hovedstadsområdet med vejtrafikken som den største kilde til støj⁶. Der er således et stort behov for at imødekomme udfordringerne med støjplagede boliger i hovedstadsområdet.

Iflg. Vejdirektoratets analyse var pendlingsafstanden gennemsnitligt i Region Hovedstaden knap 16 km. i 2020 og skiller sig dermed ud fra resten af landet, hvor pendlingsafstanden gennemsnitligt ligger på 24-28 km.⁷ Den gennemsnitlige kortere pendlingsafstand betyder at potentialet for at øge andelen af grøn, kollektiv og sund hverdagstransport er væsentligt. Den relativt kortere pendlingsafstand skaber potentiale til at fortsætte den grønne omstilling af transporten for at kunne levere på klimalovens 70%-målsætning.

De enkelte kommuner kan ikke for alvor løfte på klimadagsordenen eller løse fremtidens trængselsproblematikker ved alene at fokusere på mobiliteten indenfor egen kommunegrænse. Dette blev bl.a. tydeligt med Københavns

¹ Danmarks Statistik og egne beregninger for procenter

² Danmarks Statistik og egne beregninger for procenter

³ Trafikale scenarier for hovedstadsområdet, 2018, baggrundsrapport fra Trafik- og mobilitetsplan for hovedstadsregionen 2019

⁴ Trafikale scenarier for hovedstadsområdet, 2018, baggrundsrapport fra Trafik- og mobilitetsplan for hovedstadsregionen 2019

⁵ Trafikale scenarier for hovedstadsområdet, 2018, baggrundsrapport fra Trafik- og mobilitetsplan for hovedstadsregionen 2019

⁶ Rapport: "Kortlægning af støjs helbreds- og miljøeffekter i Region Hovedstaden", COWI, 2017, side 17

⁷ <https://www.vejdirektoratet.dk/side/trafikens-udvikling-i-tal>

Kommunes mobilitetsanalyser (2021), der viste, at de mest ambitiøse greb for en grøn mobilitet i København i høj grad ville resultere i en forskydning af trafik og CO₂-udledning til andre kommuner pga. øget omvejskørsel. På den baggrund igangsættes en fælles analyse af mobiliteten i og på tværs af hovedstadsområdet.

Formål

Formålet med analysen er at udarbejde en fælles strategisk ramme for en fremtidig udvælgelse af nye prioriterede infrastrukturprojekter og mobilitetsløsninger i hovedstadsregionen. Analysen skal bidrage med viden om, hvilke indsatser, der kan skabe bedre mobilitet, øge fremkommelighed og styrke sammenhæng på tværs af regionen. Arbejdet skal desuden kvalificere det tværgående vidensgrundlag og kommunikation om mobilitet. Der lægges op til at analysen kan inkludere en borgerinddragelsesproces.

Analysen tager udgangspunkt i den fælles vision for infrastrukturprojekter og mobilitetsløsninger, der er udarbejdet af KKR Hovedstaden og Region Hovedstaden, og den nationale Infrastrukturplan 2035 (2021), samt det vidensgrundlag der er i øvrige og allerede gennemførte lokale, regionale og nationale trafik- og infrastrukturanalyser. Således bliver analysens formål at kortlægge mulighederne for, hvordan og med hvilke greb de fire centrale punkter i visionen kan opnås. De fire centrale punkter i visionen er uddybet i figur 1 nedenfor.

Figur 1: Fælles vision for infrastrukturprojekter og mobilitetsløsninger i hovedstadsområdet (KKR Hovedstaden og Region Hovedstaden)



Analysen skal anskueliggøre, hvad der skal til for at øge kollektiv trafik og aktiv transport, samt hvilken vejinfrastruktur der er nødvendig for at binde hovedstadsregionen bedre sammen. Det afdækkes om indsatser og hvilke virkemidler kan sikre at hovedstadsområdet lever op til klimalovens 70% målsætning. Ligeledes beskrives, hvad der skal til for at leve op til den fælles deklARATION om at der i 2030 cycles 20% flere ture sammenlignet med 2022.

Indhold

Analysens indhold vil i overordnede træk bestå af to hoveddele, hvor den første del vil være en opdatering af det regionale udfordringsbillede på mobilitetsområdet bl.a. på baggrund af den nationale Infrastrukturplan 2035 og den anden del vil belyse mulige greb og redskaber til at løse/lette de udfordringer der er kortlagt i del et.

Der er lavet et grundigt arbejde i Region Hovedstadens Trafik- og mobilitetsplan fra 2019 med data fra årene før samt en række andre relevante analyser og studier af mobiliteten i hovedstadsområdet nu og i fremtiden⁸. Region Hovedstadens trafik- og mobilitetsplan fra 2019 har kortlagt tre hovedudfordringer på mobilitetsområdet frem mod 2035.

1. Trængslen på vej- og banenettet stiger, der kommer et øget transportbehov på tværs af fingrene
2. Den kollektive transports konkurrenceevne er under pres
3. CO₂e-aftrykket stiger.

⁸ Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet 2017, Mobilitetsanalyserne København 2021, Handlingsplan for Trafikken Region H 2018 m.fl.

Med afsæt i den nationale Infrastrukturplan 2035 (2021) og de tidligere analyser, skal det samlede udfordringsbillede opdateres og kvalificeres. Desuden kan analysen f.eks. i scenarieform beskrive hvilke projekter, greb og løsninger, der er nødvendige for at håndtere udfordringerne med trængsel i vejinfrastrukturen og den kollektive trafik, CO₂e-udledning, støj og luftforurening.

Analysen vil have et særligt fokus på at øge mobiliteten og begrænsning af fossil biltrafik. Det betyder, at der bl.a. vil være fokus på forbedringer for kollektiv trafik og aktiv transport samt reduktion af fossil biltrafik på vejene. Fokus kan formuleres i følgende fire emner:

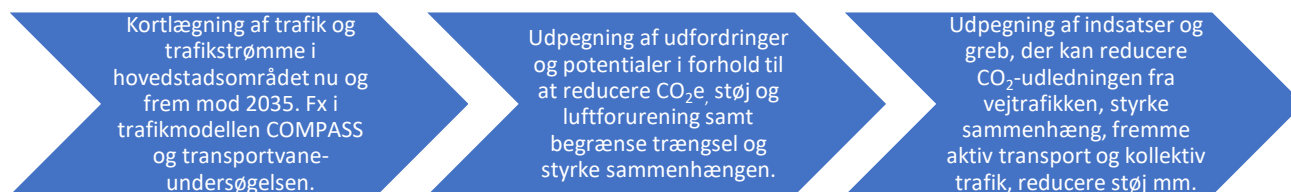
1. Kortlægning af mulighederne for at aflaste det eksisterende vejnet ved at begrænse den individuelle bilkørsel.
2. Fremme af kollektiv transport, samkørsel og delebilisme samt forbindelserne mellem de forskellige transportformer. Kollektiv transport er mere bæredygtigt og mindre støjende, og det aflaster det eksisterende vejnet.
3. Mulighederne for at fremme aktiv transport i hovedstadsområdet. Aktiv transport fremmer både CO₂e-reduktion og andre vigtige fokusområder som sundhed, støjreduktion, pladshensyn, luftkvalitet og anlægs- og driftsøkonomi.
4. Omstilling til el. Det grønne alternativ til privatbilisme og varetransport i benzin- og dieseldrevne køretøjer.

Analysen vil have fokus på indsatser der har effekt på tværs af kommunerne. Analysens resultater skal løfte tværkommunale mobilitetsudfordringer og vil blandt andet kunne danne grundlag for det videre arbejde med at formulere nye mål på trafik- og mobilitetsområdet i hovedstadsområdet og i kommunerne.

Analysen kan tage afsæt i allerede vedtagne mål i klimaloven om 70 % reduktion samt deklarationen fra Cykeltopmødet om 20 % flere ture på cykel i 2030 sammenlignet med 2022⁹.

Analysen afrapporteres som en samlet rapport inkl. resume.

Indikativ analyseproces:



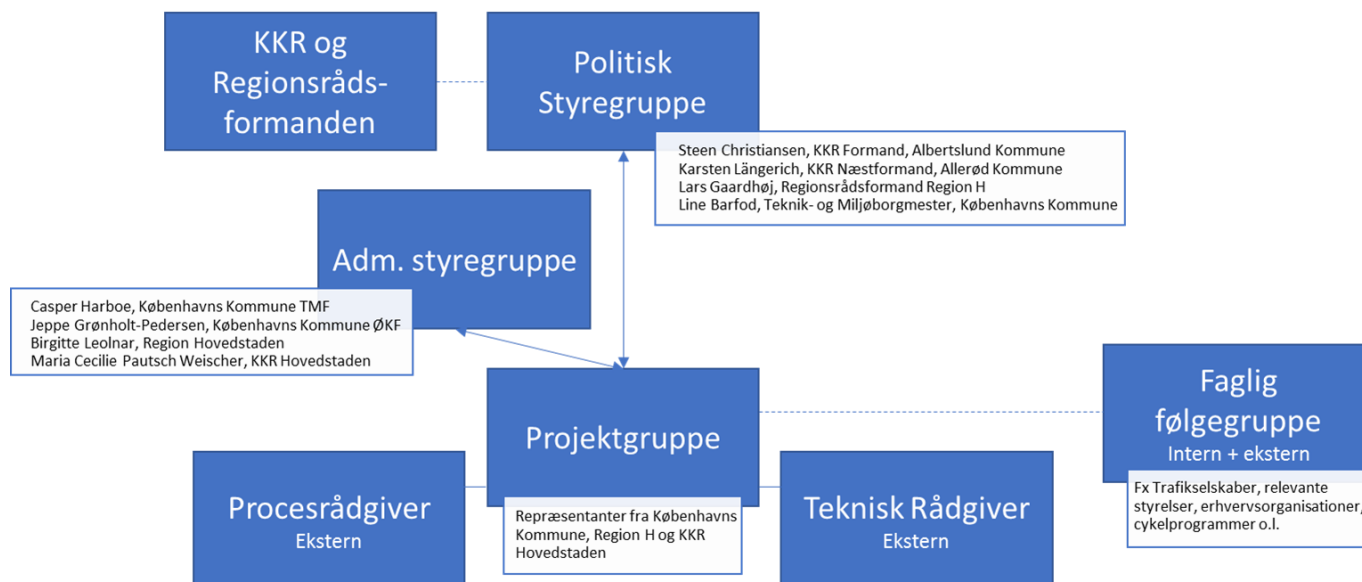
Proces og milepæle

Analysens resultater forventes forelagt styregruppen og KKR Hovedstaden medio 2024.

Organisering

Projektet organiseres i tæt samarbejde mellem KKR Hovedstaden, Region Hovedstaden og Københavns Kommune. KKR Hovedstaden og Regionsrådsformanden har formelt projektejerskabet og skal godkende igangsættelsen og den endelige aflevering. Løbende centrale beslutninger omkring projektets rammer og retning besluttet af en politisk styregruppe. KKR-sekretariatet har en koordinerende netværksledelsesfunktion og repræsenterer de 29 kommuner. Den operationelle projektledelse af selve analysen og dens arbejdsopgaver ligger hos Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

⁹ 34 offentlige og private aktører har skrevet under på den nationale deklaration, herunder bl.a. Region Sjælland, Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Supercykelstisamarbejdet i Region Hovedstaden, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Transportministeriet og Vejdirektoratet m.fl.



Der nedsættes en adm. styregruppe og en projektgruppe med deltagere fra Region Hovedstaden, Københavns Kommune og KKR Sekretariatet, som varetager interesser på tværs af kommuner og regionen. Projektgruppen kan løbende inddrage repræsentanter fra kommunerne. Hertil kan etableres en følgegruppe med eksterne deltagere bestående af f.eks. eksperter fra trafikskelskaberne mm., for at bidrage til at kvalificere og forankre arbejdet.

KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Klima og Infrastruktur agerer advisory board/sparringspartner for projektgruppen og følger løbende arbejdet.

Derudover oprettes en politisk styregruppe for analysen med medlemmer fra både kommuner og region, for at sikre bredde og ejerskab for hele geografien. Styregruppen mødes efter behov for at sikre operationalitet og fremdrift.

KKR Hovedstaden og regionsrådsformanden orienteres løbende og godkender projektbeskrivelsen.

| Projektgruppe | | |
|---|---|-----------------|
| Navn | Organisation | Rolle |
| Niels Stange | Københavns Kommune, TMF | Projektleder |
| Maria Cecilie Pautsch Weischer | KKR Hovedstaden – De 29 hovedstadskommuner | Projektdeltager |
| Karin Langendorf | Region Hovedstaden | Projektdeltager |
| Berit Bekhøj Hansen | Københavns Kommune, TMF | Projektdeltager |
| Jarl Zinn | Københavns Kommune, ØKF | Projektdeltager |
| Søren Kofoed Bom | Region Hovedstaden | Projektdeltager |
| Caroline Schousboe | Region Hovedstaden | Projektdeltager |
| Liva Marie de Vries Bækgaard | Københavns Kommune, ØKF | Projektdeltager |
| Administrativ styregruppe | | |
| Birgitte Leolnar | Region Hovedstaden, Center for Regional Udvikling, Enhedschef | Projektdeltager |
| Maria Cecilie Pautsch Weischer | KKR Hovedstaden, Chefkonsulent | Projektdeltager |
| Casper Harboe | Københavns Kommune, TMF, Enhedschef | Projektdeltager |
| Jeppe Grønholt | Københavns Kommune, ØKF, Kontorchef | Projektdeltager |
| Forslag til faglig følgegruppe (udkast) | | |
| F.eks. Repræsentant fra Supercykelstisekretariatet, DSB, Movia, Metroselskabet, Vejdirektoratet, Banedanmark, Trafikstyrelsen, Dansk Industri, Dansk Erhverv, Cykelteamet Københavns Kommune, m.fl. | | |

Succeskriterier

Det overordnede succeskriterium er at der ved projektets afslutning er udviklet en evidensbaseret tværgående analyse af mobiliteten i hovedstadsområdet, der fungerer som bidrag til en strategisk ramme for en fremtidig udvælgelse af prioriterede projekter samt til brug for kommunikation og interessevaretagelse.

Konkrete målbare succeskriterier, der ligger indenfor formålsbeskrivelsen, kan opstilles i løbet af projektets første fase, hvor trafikens udvikling og de trafikale udfordringer i fremtiden kortlægges.

Økonomi

Københavns Kommune har afsat 2 mio. kr. til rådgiverbistand og bidrager derudover med et årsværk i to år til projektledelse og sekretariatsfunktion for opgaven.

Region Hovedstaden bidrager med 1 mio. kroner til rådgiverbistand og ligeledes 1 årsværk i to år til projektdeltagelse for opgaven.

KKR Hovedstaden bidrager ikke økonomisk til opgaven, men KKR-sekretariatet har en koordinerende netværksledelsesfunktion, der sikrer kobling til KKR Hovedstadens infrastrukturområde og -vision, herunder varetager med understøttelsen i fht. KKR, K29 og Embedsmandsudvalget for klima og infrastruktur.

Samlet økonomi for opgaven: 3 mio. kr.

3.6 Infrastruktur og mobilitet på tværs af hovedstadsområdet

Vision for fælles prioriterede infrastrukturprojekter i hovedstadsområdet

KKR Hovedstaden og Region Hovedstaden

De nuværende fælles VIP infrastrukturprojekter blev vedtaget i 2016 og har frem mod Infrastrukturplan 2035 bidraget til sammenhold på tværs og en samlet fortælling i interessevaretagelsen for hovedstadskommunerne og regionen på infrastrukturuområdet. Indsatsen har været vel modtaget på Christiansborg og har bidraget til at de fleste fælles prioriterede infrastrukturprojekter er med i det nationale investeringskatalog.

I den kommende periode vil de 7+3 prioriterede VIP infrastrukturprojekter fortsat udgøre førsteprioriteten for KKR Hovedstadens interessevaretagelse, men udviklingen og væksten, herunder mulighederne og udfordringerne for mobiliteten i hovedstadsområdet, rækker ud over de investeringer, som er planlagt i den nationale Infrastrukturplan. Derfor er der behov for at fastlægge, hvilke yderligere indsatser og investeringer, der kan danne grundlag for nye fælles prioriterede infrastruktur- og mobilitetsprojekter, der fremadrettet skal arbejdes med for hovedstadsområdet.

Infrastrukturplan 2035 er rullende og kan åbnes, hvis der er politisk flertal for det. Derfor skal der løbende være fokus på:

- 1) At realisere potentialerne i Infrastrukturplan 2035 for hovedstadsområdet og at VIP projekterne fastholdes, at puljerne kommer til gavn i hovedstadsområdet (cykling, fremkommelighed, støj mm.) og at de ønskede hovedstadsprojekter i planen bliver gennemført hurtigst muligt.
- 2) At prioritere de videre skridt for projekter, som kun er med i Infrastrukturplanen i analyseform.
- 3) At KKR H og Region H kommer med en ny samlet vision og fortælling om mobiliteten i hovedstadsområdet. Visionen sætter den overordnede retning for fælles pejlemærker, en mobilitetsanalyse og endeligt en liste over særligt prioriterede mobilitets- og infrastrukturprojekter. Arbejdet foregår løbende og skal være klar, når nye forhandlinger og mobilitetsdrøftelser igangsættes forud for 2035.

Som støtte til udvælgelsen af nye fælles prioriterede projekter (jf. punkt 3 ovenfor), foreslås det:

- At beslutte og tage udgangspunkt i et udfordringsbillede, en vision og nogle fælles pejlemærker for udvælgelse.
- At igangsætte en fælles analyse af mobiliteten i og på tværs af hovedstadsområdet, der kan kvalificere kommuners og regionens forslag og udpege nye behov.
- At anvende analyse, vision og pejlemærker, som baggrund for den politiske proces omkring endelig udvælgelse af nye VIP-projekter.

Et grundlæggende kriterium er, at projekter og tiltag skal have tværgående relevans i hovedstaden og levere på ét eller flere af de fælles pejlemærker. Nedenfor er angivet strategiske pejlemærker og en ramme for at kunne sammenligne disse målsætninger på tværs af mange forskellige projekter.

Udfordringsbillede

Hovedstadsregionen er den region i Danmark, hvor trængslen er størst, og den stiger i takt med befolkningstilvæksten. Væksten i indbyggere og arbejdspladser betyder, at der skal håndteres 20 pct. flere rejser i 2035, hvilket lægger et pres på hele trafiksystemet. Trafik og mobilitet på tværs af Fingerplanen giver nye flaskehalse og sætter begrænsninger for geografis udvikling. Samlet viser tal fra analysen "[Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet](#)", at i 2015 tilbragte bilisterne i hovedstadsområdet 16,7 mio. timer i trafikken på grund af trængsel, og prognoserne forudser en fordobling til 33,4 mio. timer i 2035.

Tæt trafik i et område med højt befolkningstal medfører desuden, at op mod 50 pct. af landets støjplagede boliger ligger i hovedstadsområdet. Der er således et afgørende behov for også at imødekomme udfordringerne med støjplagede boliger og grønne områder udlagt til rekreative formål.

I hovedstadsregionen er potentialet væsentligt for at øge andelen af grønnere og sundere hverdagstransport, da pendlingsafstandene mange steder er relativt korte. Dertil kommer et behov for at fortsætte den grønne omstilling af transporten for at kunne levere på klimadagsordenen og 70%-målsætningen.

I regeringens Infrastrukturplan 2035 indgår en række projekter, som vil forbedre fremkommeligheden og sammenhængen i hovedstadsregionen. Både konkrete initiativer, der forventes udført, samt en række initiativer, der ønskes undersøgt nærmere. Herunder er 8 ud af 10 af KKR Hovedstadens 7 + 3 VIP infrastrukturprojekter afspejlet i planen. For at sikre at hovedstadsregionen fortsat prioriteres i udmøntningen af aftalen, er der udpeget tovholdere fra kommunerne/Regionen til at følge alle hovedstadsprojekterne og rapportere årligt. Derudover følger KKR-formandskabet, Embedsmandsudvalget for klima og infrastruktur samt KKR-sekretariatet løbende udviklingen i fht. Infrastrukturplan 2035.

Men der er yderligere behov for fortsat at styrke infrastrukturensamarbejdet i hovedstadsområdet. Derfor lægges der op til at fortsætte KKR Hovedstadens og Region Hovedstadens politiske fokus på fælles infrastrukturprioriteringer. Til at igangsætte den fælles drøftelse og udvælgelsen af hvilke infrastrukturprojekter, der kan og skal prioriteres tværkommunalt, foreslås en række pejlemærker, der er knyttet op på en overordnet vision.

Forslag til vision

Nedenfor er udkast til en fælles vision, der skal danne retning for det fremadrettede arbejde. Visionen kan også bruges i kommunikationsøjemed.

| | |
|---|--|
| <p>Vision Hovedstadens kommuner og Regionen ønsker at samarbejde omkring infrastrukturprojekter og mobilitetsløsninger, som skal:</p> | |
| <p>Sikre bedre mobilitet samt mindske trængsel og støj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så folk kan komme til og fra arbejde uden unødigt tidsspild • For at sikre vækst og udvikling | <p>Sikre bæredygtige, klimavenlige løsninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • For at reducere udledning af CO₂e • Der er cirkulære og reducerer brug af råstoffer |
| <p>Styrke en sammenhængende hovedstadsregion og et integreret arbejdsmarked</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så der er gode kollektive transportmuligheder • For at sikre nem tilgængelighed til arbejdspladser, en mobil arbejdsstyrke og friere bevægelighed | <p>Sikre, at hovedstaden fortsat er et godt sted at bo, leve og drive virksomhed</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvor trafikstøj langs de store veje reduceres • Så der er gode muligheder for aktiv transport – såsom cykling |

Bag visionen ligger også en bevidsthed om, at Hovedstaden hænger tæt sammen med resten af Danmark og Sydsverige i Greater Copenhagen-metropolregionen, især er der en vigtig kobling til Region Sjælland.

Forslag til pejlemærker

Embedsmandsudvalget for Klima og Infrastruktur foreslår en række pejlemærker, som kan danne grundlag for det videre arbejde med fælles prioriterede infrastrukturprojekter. Nogle tiltag og projekter vil levere på alle eller flere af kriterierne på én gang, mens andre projekter måske vil bidrage til at fremme ét frem for andre.

1. Fælles og tværgående relevans i hovedstadsområdet
 - 1.1 Bred kommunal og regional effekt, herunder imødekomme af yderkommunernes mobilitetsbehov
 - 1.2 Projekter, som kommer mange indbyggere, arbejdspladser og geografiske områder til gavn
2. Styrke sammenhæng og fremkommelighed
 - 2.1 Mindsket rejsetid på veldefinerede rejser i hovedstadsområdet
 - 2.2 Nye transportformer og teknologisk innovation
3. Nedbringe CO₂-udledning fra trafik og trafikinvesteringer
 - 3.1 Omstilling til grønnere drivmidler og transportformer
 - 3.2 Valg af mindre CO₂-belastede infrastruktur-byggeprojekter
4. Øge folkesundheden
 - 4.1 Omstilling til cyklisme og andre sundhedsfremmende transportformer
 - 4.2 Mindske støj og partikelforurening
5. Bidrage til en mere attraktiv kollektiv transport
 - 5.1 Bedre adgang og høj kvalitet, samt en god rejseoplevelse
 - 5.2 Styrket sammenhæng mellem transportformer
6. Økonomisk bæredygtighed
 - 6.1 Høj samfundsøkonomisk rentabilitet
 - 6.2 Gennemskuelig projektøkonomi

Pejlemærkerne og deres og underpunkter bygger videre på en række af de centrale forhold, som der i det hidtidige arbejde omkring infrastrukturplanens projekter er blevet lagt vægt på.

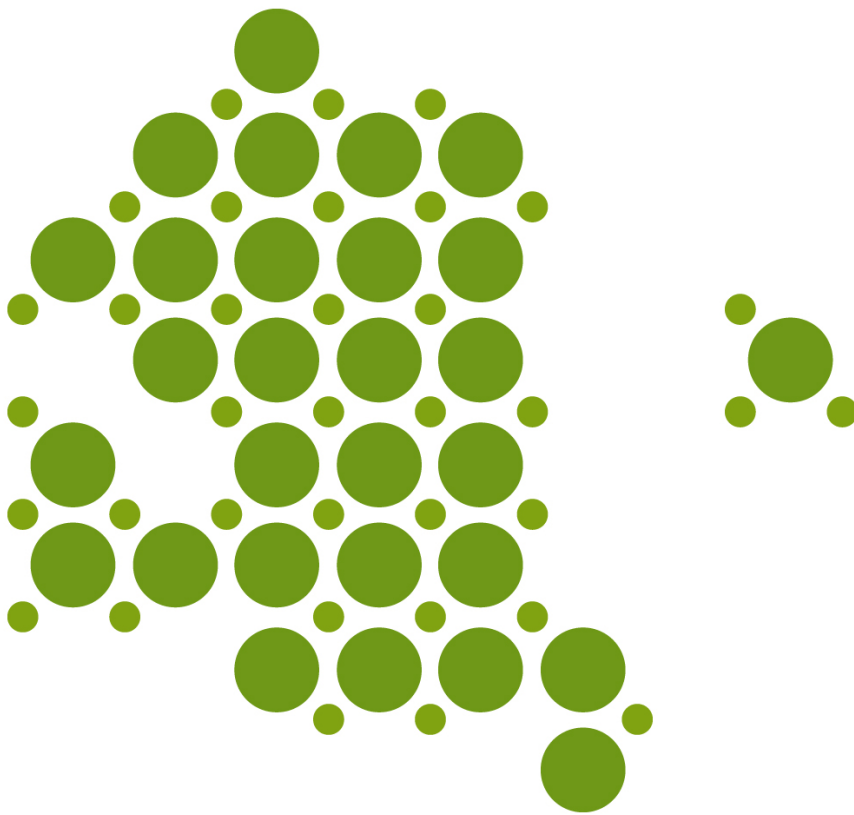
Pejlemærkerne er som udgangspunkt af kvalitativ karakter, men kan vurderes på flere niveauer (fra helt simpelt "ja/nej" til egentlige avancerede samfundsøkonomiske beregninger)¹. På nuværende tidspunkt er det centrale ikke, at alle projektidéer kan og skal beregnes til sidste decimal, men at der anvendes en fælles ramme og forståelse omkring pejlemærkerne, ikke mindst ift. den politiske forankring/ejerskab og den tilknyttede kommunikation.

¹ Pejlemærkerne kan i første omgang i Embedsmandsudvalget testes på f.eks. de 7+3 VIP-projekter, som grundlag for at vurdere pejlemærkernes anvendelighed.

3.8

**Centrale udmeldinger på det specialiserede socialområde
(orientering)**

Beskrivelse af indsatser for udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling



KKR Hovedstaden

Februar 2023

Indhold

| | |
|--|----|
| Opsamling..... | 3 |
| Indledning..... | 3 |
| Baggrund | 4 |
| Målgruppe | 5 |
| Socialstyrelsens definition af målgruppen..... | 5 |
| Proces og metode..... | 5 |
| TEMA 1: Beskrivelse af aktuelle indsatser | 6 |
| Formål med beskrivelsen..... | 6 |
| Kommunerne i hovedstadsregionens aktuelle arbejde med målgruppen | 6 |
| Kommunerne i hovedstadsregionens aktuelle organisering af indsatserne..... | 8 |
| TEMA 2: Forslag til fremadrettede indsatsmodeller..... | 9 |
| Formål med beskrivelsen..... | 9 |
| Kommunerne i hovedstadsregionens fremadrettede faglige tilrettelæggelse af indsatserne | 9 |
| Kommunerne i hovedstadsregionens fremadrettede organisering af indsatserne..... | 9 |
| Bilag | 10 |

Opsamling

I både afrapporteringen fra 2020 og nærværende beskrivelse fra 2022 påpeger kommunerne, at gruppen af *udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling* er en meget lille målgruppe, som kommunerne aldrig eller kun sjældent møder. Kommunerne beskriver, at de til tider oplever kvinder, der har et rusmiddelbrug, men som stopper misbruget, når de finder ud af, at de er gravide. Kommunerne beskriver ligeledes, at der kan være et mørketal, som på det generelle rusmiddelområde. Kommunerne er dog meget opmærksomme på opsporingsarbejdet – også i forhold til denne målgruppe.

De kvinder i målgruppen, som kommunerne møder, modtager en helhedsorienteret og individuel indsats, som tager udgangspunkt i den enkelte kvindes situation. Det drejer sig ofte om en ambulans behandling af høj kvalitet og med tværfaglige indsatser, støtte og hjælpeforanstaltninger i forhold til at kunne håndtere det nyfødte barn. Kommunerne påpeger relevansen af, at kvinderne ofte bliver tilbudt indsatser i nærområdet, og ligeledes relevansen af en evt. partners rolle. Kommunerne understøtter, at de oplever, at kvinderne får de rette indsatser i en svær situation.

En gennemgående oplevelse hos kommunerne er, at der er et velfungerende samarbejde mellem praktiserende læger, jordemødre og sundhedsplejersker m.fl. i forhold til kvinder i målgruppen. Altså et samarbejde mellem almen praksis, Region Hovedstaden og kommunerne, hvor indsatser omkring kvinden koordineres. Kommunerne har desuden et tæt samarbejde med Region Hovedstadens Familieambulatorier, der kan tilbyde ekstra omsorg til kvinderne i graviditeten.

Kommunerne påpeger desuden, at det vil være udfordrende at oprette et højt specialiseret tilbud til den meget lille målgruppe, bl.a. med henblik på opretholdelse af fagligheden i tilbuddet. Udfordringer i forhold til målgruppen kan imødekomes ved at oprette et videnscenter, som det fx er gjort under Socialstyrelsen i forhold til overgreb mod børn og unge.

Lovgivningen på området tilskriver ikke, at kommunerne kan tilbageholde kvinderne i døgnbehandling mod deres vilje ved brug af tvang. Der vil være brug for en ændring i lovgivningen, og det er ifølge kommunerne ikke den rette tilgang til målgruppen.

Især de regionale jordemødre har, ved de tidlige graviditetsbesøg, mulighed for at bidrage til tidlig opsporing af målgruppen. Desuden sidder de regionale Familieambulatorier inde med højt fagligt specialiserede kompetencer i forhold til målgruppen.

Indledning

Socialstyrelsen udsendte i 2019 en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser for målgruppen *udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling*. Kommunerne i hovedstadsregionen besvarede udmeldingen i 2020, hvoraf det bl.a. fremgik, at grundet Socialstyrelsens definition af, at målgruppen skulle have behov for døgnbehandlingsindsatser, så var der meget få sager i kommunerne i hovedstadsregionen. Kommunerne bemærkede også dengang, at målgruppen var yderst lille.

Socialstyrelsen er fortsat af den opfattelse, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug har et omfang, der gør det relevant at genoptage sagsbehandlingen af den Centrale Udmelding. Derfor har Socialstyrelsen i september 2022 sendt en anmodning til alle landets kommuner om

en opdateret beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller til målgruppen. Det er denne anmodning, der er baggrunden for nærværende beskrivelse, der indeholder svar fra kommunerne i hovedstadsregionen.

Baggrund

Den Centrale Udmelding Socialstyrelsen udsendte i november 2019 om *udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling* indeholdt bl.a. en række spørgsmål om, hvordan kommunerne i hver region planlægger og koordinerer indsatser til målgruppen. På den baggrund udarbejdede kommunerne i hovedstadsregionen i 2020 en fælles afrapportering til Socialstyrelsen.

Kommunerne i hovedstadsregionen afrapporterede i 2020 bl.a. følgende:

- *Der er tale om en yderst lille målgruppe for den Centrale Udmelding i kommunerne i hovedstadsregionen. Kommunerne oplyste, at der i perioden 2017-2019 var hhv. 0, 3 og 3 udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug visiteret til døgnbehandling. 26 ud af de 29 kommuner i hovedstadsregionen har ikke haft udsatte gravide kvinder med et rusmiddelbrug visiteret til en døgnbehandlingsindsats i perioden. Tre ud af de 29 kommuner har haft i alt seks kvinder visiteret til en døgnbehandlingsindsats i perioden.*
- *Kommunerne afrapporterede ligeledes, at der evt. er et mørketal på området, da kommunerne ikke nødvendigvis har kendskab til alle i målgruppen, da formentlig ikke alle udsatte gravide kvinder med et rusmiddelbrug opsøger det offentlige system. Desuden kan der fx være tilfælde, hvor kvinderne følger et behandlingstilbud, men alligevel viderefører et misbrug i det skjulte. Her har behandlingsstederne tavshedspligt omkring kvindernes forløb.*
- *Derudover afrapporterede kommunerne, at mange ikke registrerer udsatte gravide misbrugere, der er i behandling, hvorfor der blev foretaget en bagudrettet manual optælling. I Danmark er behandlingen desuden frivillig, hvilket har betydning for, hvor mange kvinder, der visiteres til døgnbehandling, og hvor ofte behandlingen lykkes. Man kan dermed ikke sidestille kommunernes brug af døgntilbud med kommunernes ønske om at anvende døgntilbud. Anvendelsen af døgntilbud hænger tæt sammen med kvindernes motivation til at acceptere døgnbehandling, og her kan ambulans behandling blive en nødvendig præmis for overhovedet at sikre, at kvinderne modtager behandling.*
- *I forhold til koordination på området afrapporterede kommunerne, at der er etableret en række formelle samarbejdsrelationer og fora, hvor kommunerne kan sikre en overordnet koordination på regionalt og nationalt plan på det specialiserede socialområde. KL's Koordinationsforum for det specialiserede socialområde fungerer som en platform for tværkommunalt og tværregionalt samarbejde. Koordinationsforum er et direktørforum etableret på tværs af de fem KKR, som forestår den tværregionale koordination i forbindelse med rammeaftalen, herunder at følge udviklingen i kapacitet og belægning på de mest specialiserede tilbud på tværs af regionale grænser.*
- *Derudover er der kommunernes rammeaftalesamarbejde, der er regionalt forankret. Her samarbejder kommunerne tværkommunalt og med de fem regioner om at levere højt specialiserede*

tilbud af høj kvalitet til borgerne. Rameaftalesamarbejdet foregår for kommunerne i hovedstadsregionen i regi af Embedsmandsudvalget på det specialiserede socialområde.

Socialstyrelsen er efter afrapporteringen i 2020 fortsat af den opfattelse af, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug har et omfang, der gør det relevant at genoptage sagsbehandlingen af den Centrale Udmelding. Derfor sendte Socialstyrelsen den 27. september 2022 en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af, hvilke aktuelle indsatser kommunerne arbejder med i forhold til målgruppen, samt hvilke forslag kommunerne ser for fremadrettede indsatser til målgruppen, herunder døgnbehandlingsindsatser.

Målgruppe

Socialstyrelsens definition af målgruppen

Målgruppen beskrives i den Centrale Udmelding som *udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug*, herunder et skadeligt forbrug af enten stoffer eller alkohol, *og behov for døgnbehandling*.

Målgruppens problemer er komplekse med både udsathed, rusmiddelforbrug og samtidig psykiatrisk sygdom. Rusmiddelforbrug og psykiatriske udfordringer kan være overlappende og kræver samtidig behandling. Det er derfor vigtigt, at indsatserne er sammentænkte og koordinerede.

Målgruppen for den Centrale Udmelding er af Socialstyrelsen defineret til at omfatte følgende kvinder:

- De er gravide og har et samtidigt skadeligt rusmiddelforbrug af stoffer og/eller alkohol
- De har derudover en eller flere sociale problemstillinger som fx hjemløshed eller psykisk sårbarhed
- De kan ikke fastholdes og hjælpes tilstrækkeligt i den ambulante misbrugsbehandling samt i den specialiserede ambulante svangeromsorg
- De har behov for en specialiseret og intensiv døgnbehandlingsindsats, hvor de skærmes og modtager helhedsorienteret behandling og støtte

Målgruppen for den Centrale Udmelding er af Socialstyrelsen defineret til *ikke* at omfatte følgende kvinder:

- De er gravide og har et misbrug, men kan fastholdes i og profiterer tilstrækkeligt af den specialiserede ambulante svangeromsorg, der tilbydes i Familieambulatorierne og i eksisterende ambulante misbrugsbehandling

Proces og metode

Socialstyrelsen har anmodet om, at kommunerne i hovedstadsregionen dels beskriver deres aktuelle arbejde med at tilbyde målgruppen helhedsorienteret støtte og behandling og dels beskriver fremadrettede indsatsmodeller, som kan bidrage til den faglige dialog om tilrettelæggelse af de bedst mulige behandlingsindsatser til målgruppen. For at kunne beskrive dette arbejde bedst muligt har kommunerne i hovedstadsregionen haft en kvalitativ dialog på tværs af kommunerne.

I slutningen af 2022 og begyndelsen af 2023 har der været afholdt to dialogmøder med repræsentanter fra kommunerne i hovedstadsregionen, som enten har en særlig faglig viden om målgruppen eller et ledelsesmæssigt ansvar i forhold til det socialfaglige arbejde med målgruppen. Der har været lagt vægt på at komme hele vejen rundt om den faglige viden og det faglige arbejde med målgruppen, hvorfor deltagerne bl.a. har været ledere på rusmiddelområdet, ledende sundhedsplejersker, sundhedsfaglige ledere, rusmiddelkonsulenter, familiebehandlere mv. Kommunerne er ligeledes forud for de afholdte

dialogmøder blevet bedt om at indsamle viden i deres eget bagland, da målgruppen ofte går på tværs af den kommunale organisering.

På dialogmøderne er der via en spørgeguide faciliteret to fokusgruppeinterview med udgangspunkt i Socialstyrelsens to temaer:

- Tema 1: Beskrivelse af aktuelle indsatser
- Tema 2: Forslag til fremadrettede indsatsmodeller

Efter dialogmøderne har der været følgende proces:

- Udkast til besvarelse af Socialstyrelsens anmodning er sendt til kommentering ved deltagerne fra dialogmøderne samt de resterende kommuner i hovedstadsregionen
- Besvarelsen af anmodningen er skriftlig behandlet i Embedsmandsudvalget for det specialiserede socialområde og K29 i uge 3 2023
- Godkendelse af besvarelsen i KKR Hovedstaden den 8. februar 2023

Nedenfor beskrives kommunerne i hovedstadsregionens aktuelle og fremadrettede arbejde med målgruppen med udgangspunkt i Socialstyrelsens anmodning og de to temaer heri.

TEMA 1: Beskrivelse af aktuelle indsatser

Formål med beskrivelsen

Socialstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Formålet med beskrivelsen er, at kommunerne får mulighed for at bestyrke Socialstyrelsen i, at der på nuværende tidspunkt arbejdes med højt specialiserede, koordinerede, helhedsorienterede indsatser til målgruppen, herunder også hvilke døgnbehandlingsindsatser kommunerne udvikler til målgruppen.

Kommunerne kan beskrive deres nuværende arbejde med helhedsorienteret støtte og behandling til målgruppen. Her kan kommunerne beskrive følgende områder:

- 1) *Karakteren af og rammerne for indsatsen (fx matrikelbunden, ikkematrikelbunden, jf. paragraffer i lov om Social Service m.v.)*
- 2) *Faglige kompetencer, der indgår i indsatsen (fx fagligheder inden for familie-, svangerskabs-, rusmiddel- og psykiatrisk behandling)*
- 3) *Koordination og samarbejde om indsatsen (tværfagligt, tværsektorielt og evt. også på tværs af regioner)*

Socialstyrelsen er derudover interesseret i, at kommunerne beskriver:

- 4) *Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende er der etableret i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?*
- 5) *Hvordan kommunerne eventuelt har arbejdet med kompetenceløft og videreuddannelse til de fagprofessionelle, der arbejder i indsatser til målgruppen?*

Kommunerne i hovedstadsregionens aktuelle arbejde med målgruppen

De få kvinder, som kommunerne i hovedstadsregionen møder, der er i målgruppen (eller kvinder der nærmer sig målgruppen) modtager en helhedsorienteret og individuel indsats, som tager udgangspunkt i

den enkelte kvindes situation. Kvinderne indgår ofte i kommunale ambulante forløb, som de profiterer godt af, og der iværksættes hjælpeforanstaltninger til at kunne håndtere det nyfødte barn og den nybagte mor, fx anbringelse i en periode, tilknytning til familieinstitution e.l.

Kommunerne gør en stor indsats for at opspore kvinder, der er i målgruppen, mens andre professionelle omkring gravide kvinderne gør det samme. Gravide kvinder bliver spurgt ind til rusmiddelbrug af praktiserende læge, jordemoder, sundhedsplejerske m.fl. Kommunerne vurderer, at det stærke samarbejde og graden af koordinering der er omkring gravide kvinder medfører, at kvinder i målgruppen bliver opsporet og dermed får den nødvendige behandling. Desuden angiver alle kommunerne, at den kommunale sundhedspleje journaliserer kvindernes besvarelser i forhold til rusmiddelbrug, hvilket standardiserer den metodiske tilgang til opsporingsarbejdet.

Kommunerne beskriver, at de oplever, at når kvinderne finder ud af, at de er gravide, er de motiverede for at stoppe med rusmiddelbrug, og oftest lykkes hermed. Flere kommuner påpeger ligeledes, at det er vigtigt at være opmærksom på partnere, og om denne har et aktivt misbrug mv.

Når kommunerne i hovedstadsregionen en sjælden gang møder en kvinde i målgruppen, eller gravide kvinder med en anden sårbarhed, træder et velfungerende tværfagligt samarbejde i kraft. Kommunale og regionale medarbejdere med forskellige fagprofiler mødes omkring de sager, som er komplekse og koordinerer de indsatser, der skal iværksættes. Derfor er de faglige kompetencer omkring målgruppen høje, og den uddannelsesmæssige baggrund relevant samt viden på området stor. I alle kommuner er der tale om en fast planlagt arbejdsprocedure, der træder i værk, når de en sjælden gang møder en udsat gravid med skadeligt rusmiddelbrug.

Kommunerne har gode erfaringer med indsatser som fx:

- Tidlige sundhedsplejerskebesøg
- Familieinstitutioner (Familiehuse)
- Barselscafeer
- Mor/barn-institutioner
- Handleguides på området
- Hjemmebesøg i samarbejde med jordemoder
- Tilknytnings- og relationsarbejde mv.

Kommunerne leverer ambulante behandling til målgruppen og kvinder i anden sårbarhed i nærmiljøet med høj kvalitet og tværfaglige indsatser. En af fordelene ved en ambulante behandling er netop, at kvinden ikke bliver flyttet ud af sit vante miljø, men kan fortsætte sin hverdag med støtte fra pårørende mv. De ambulante indsatser kan være matrikelløse og foregå i kvindens hjem, eller matrikelfaste i fx et kommunalt Familiehus.

Derudover er der de forebyggende indsatser i kommunerne, der bl.a. kan inkludere sundhedsfaglige samtaler med borgere, der bliver indskrevet på rusmiddelcentrene, snakke om prævention mv. Det mener kommunerne også har en betydning for det lave antal borgere i den målgruppe, som Socialstyrelsen har defineret.

Kommunerne har et tæt samarbejde med Region Hovedstadens Familieambulatorier, som bl.a. tilbyder ekstra omsorg eller støtte i graviditeten til kvinder, der har eller har haft et forbrug af rusmidler.

Kommunerne mener, at de gravide kvinder som har et rusmiddelbrug eller en anden form for sårbarhed, modtager de relevante indsatser både i ambulante tilbud i kommunalt regi, og via regionens Familieambulatorier. Det er en individuel vurdering af kvindernes behov, der afgør hvilke indsatser, der bliver iværksat. Samarbejdet med Familieambulatorierne består bl.a. af fælles samarbejds møder, indskrivnings- og udskrivningssamtaler samt løbende gensidig informationsudveksling. Der kan også være et samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, der har en ordning, hvor gravide kvinder kan komme i behandling inden for 14 dage.

Kommunerne i hovedstadsregionens aktuelle organisering af indsatserne
Kommunerne beskriver et velfungerende samarbejde mellem de praktiserende læger, jordemødre og sundhedsplejersker i forhold til kvinder i målgruppen, hvor indsatser omkring kvinden koordineres. Der er tale om et organiseret samarbejde i alle kommuner med faste møder mellem kommunale medarbejdere som myndighedssagsbehandlere, sundhedsplejersker o.l., og regionale medarbejdere som jordemødre, repræsentanter fra voksenpsykiatrien mv. Her drøftes kvindernes situation, og er den gravide motiveret henvises til Familieambulatorierne under Region Hovedstaden. Det sker dog sjældent, at kommunerne henviser til Familieambulatorierne, hvilket bl.a. skyldes, at kommunerne kun i meget begrænset omfang har kendskab til kvinder i målgruppen.

Kvinderne i målgruppen skal være motiverede for at modtage behandling, om det er ambulante eller døgnbehandling. Kommunerne angiver, at kvinderne ofte bliver motiverede for at modtage ambulante behandling, når de opdager, at de er gravide. Ambulante behandling som nogle modtager frem til fødslen. Modsat er det de færreste udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug, der (når kommunerne meget sjældent møder dem) kan motiveres til at lade sig indskrive på et døgnbehandlingstilbud, da det er en meget indgribende behandling. Det kan fx skyldes familieforhold, de lange afstande til døgnbehandling mv. Kommunerne påpeger desuden, at det ville være problematisk at sende en højgravid på døgnbehandling for rusmiddelbrug, da der ofte florerer rusmidler mv.

Kommunerne henviser til eksempler med familieinstitutioner (Familiehuse), som fx kan være finansieret af puljer fra organisationer, styrelser og kommunen. Familieinstitutionerne er udformet til at give kommende forældre og forældre til småbørn en god og tidlig støtte, og har ikke automatisk rusmiddelbehandling. Når kommunerne en sjælden gang visiterer til døgnbehandling, er det dog til institutioner, der vurderes at have den fornødne kvalitet, erfaring og faglige kompetencer til at varetage et forløb for gravide.

Lov om Social Service giver ikke kommunerne mulighed for at tilbageholde kvinderne, hvilket også ville stride mod alt det andet gode arbejde, der foregår i de kommunale familieinstitutioner. Ifølge Sundhedsloven er der dog mulighed for at tilbageholde en gravid kvinde, hvis hun ønsker at forlade døgnbehandling, men det kræver, at kvinden har underskrevet en samtykkeerklæring herpå.

De kommunale rusmiddelcentre bliver inddraget, hvis der er tale om en gravid kvinde, der misbruger. I en sådan sag vil sundhedsplejen tage kontakt til rusmiddelcentret, og de vil være med til at opkvalificere og koordinere den støtte, der tildeles kvinden i form af familiebehandling, rusmiddelbehandling mv.

Arbejdet med levering af højt specialiserede tilbud koordineres i dag i KL's Koordinationsforum. Her drøftes målgrupper, tilbuddenes bæredygtighed, det fælleskommunale ansvar mv. Koordinationsforum er et landsdækkende forum, hvor kommuner fra hele landet deltager.

TEMA 2: Forslag til fremadrettede indsatsmodeller

Formål med beskrivelsen

Socialstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Formålet med at kommunerne udarbejder forslag til fremadrettede indsatsmodeller for målgruppen er at kvalificere den faglige dialog om koordinationen og udbuddet af højt specialiserede indsatser til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug.

Socialstyrelsen ønsker, at kommunernes forslag kan bidrage yderligere til den faglige dialog om tilrettelæggelsen af døgnbehandlingsindsatser til målgruppen.

Socialstyrelsen anmoder derfor om, at kommunerne i deres forslag besvarer følgende spørgsmål:

- 1. Hvordan vil kommunerne fremadrettet fagligt tilrettelægge helhedsorienterede, koordinerede og højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?*
- 2. Hvordan vil kommunerne fremadrettet koordinere og samarbejde inden for, på tværs af og med regionerne om højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?*
- 3. Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende vil kommunerne etablere i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?*

Kommunerne i hovedstadsregionens fremadrettede faglige tilrettelæggelse af indsatserne Til trods for det velfungerende tværfaglige samarbejde internt i kommunerne og med praktiserende læger og hospitaler i forbindelse med opsporing af målgruppen, påpeger nogle kommuner, at der kan være gravide kvinder, der ikke bliver opsporet. Opsporingsarbejdet i dag er systematiseret på tværs af sektorer.

Kommunerne påpeger, at grundet det meget lille antal i målgruppen, vil det være udfordrende (om ikke umuligt) at oprette et tilbud til målgruppen af *gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling*. Det vil blandt andet være udfordrende at få oprettet et tilbud med den fornødne kvalitet i fagligheden mv. For at sikre, at fagligheden fastholdes skal der kontinuerligt være et vist antal borgere i forløb. Denne ville muligvis kunne sikres ved at inddrage gravide kvinder med anden sårbarhed.

Kommunerne har dog her den samme bekymring som i forbindelse med indskrivning af kvinder til døgnbehandling for rusmiddelbrug i dag: at det kan være et barskt miljø, hvor der til tider huserer rusmidler, og for de kvinder som ikke har misbrug, men anden form for sårbarhed, kan det være en ulempe.

Kommunerne i hovedstadsregionens fremadrettede organisering af indsatserne Kommunerne giver udtryk for, at der eksisterer et velfungerende samarbejde mellem kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden om gruppen af udsatte gravide kvinder (herunder målgruppen af *udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling*, som defineret af Socialstyrelsen). Samarbejdet kommer til udtryk både i forbindelsen med opsporing af målgruppen, men også i forhold til visitation til Familieambulatorierne.

Alle kommuner på nær to i hovedstadsregionen giver udtryk for, at der ikke er behov for at indgå i yderligere samarbejder i forhold til målgruppen, da de aldrig eller meget sjældent møder kvinderne, og på

samme tid oplever, at den helhedsorienterede og individuelle tilgang til indsatser for målgruppen er den rette. Kvinder der i dag ønsker at modtage døgnbehandling for deres misbrug og er gravide bliver naturligvis visiteret til det tilbud, der bedst kan løse opgaven ud fra en konkret og individuel vurdering af kvindens situation. De to øvrige kommuner henviser til, at der kan være behov for et døgnbehandlingstilbud, der både kan have fokus på graviditeten og den kommende rolle som mor, samt på rusmiddelbehandling. Kommunerne er dog samtidig enige om, at en udfordring ved et sådant tilbud er det lave antal i målgruppen, der som beskrevet ovenfor vil udfordre muligheden for at drive et tilbud med den nødvendige faglige indsigt mv.

Udfordringer i forhold til den lille målgruppe af *udsatte gravide med skadelig rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling* kan imødekommes ved at oprette et videnscenter, som det fx er gjort under Socialstyrelsen i forhold til overgreb mod børn og unge. Videnscentret kunne rådgive kommunerne i forhold til at styrke indsatsen for opsporing af målgruppen samt videreformidle ny viden på området. I forlængelse af videnscentret om overgreb blev de fem landsdækkende børnehuse oprettet – noget lignende kunne tænkes i forhold til målgruppen. Kommunerne vil dog påpege, at grundet det meget lille antal i målgruppen, skulle videnscentret inkludere målgrupper ud over den af Socialstyrelsen definerede i den Centrale Udmelding. Videnscentret kunne fx også sikre, at der var viden tilgængelig i forhold til de problematikker, der kan opstå med målgruppen – herunder sikre, at erfaringer deles nationalt.

Blandt de der møder kvinder der potentielt er i målgruppen, har især jordemødrene og Familieambulatorierne mulighed for at bidrage til tidlig opsporing, og på Familieambulatorierne har man adgang til de fagligt specialiserede kompetencer.

Kommunerne påpeger desuden, at der i hospitalsregi eller hos praktiserende læge kan foretages obligatorisk test, der kan påvise, om der er en problematik i forhold til rusmidler (potentielt både hos mor og partner). Hvis testen skulle vise sig at være positiv kan det føre til en belysning af problematikken, og igangsættelse af behandling. Dette vil dog kræve en lovændring.

Kommuner henviser igen til lovgivningen på området i forhold til, at kommunerne har ikke mulighed for at tilbageholde kvinderne i døgnbehandling mod deres vilje ved brug af tvang. Det ville kræve en lovændring, og er ikke nødvendigvis den rette tilgang til problematikken.

Bilag

Bilag 1: Cases fra kommunerne i hovedstadsregionen

Case 1 – Charlotte

Charlotte er 21 år, og har siden 14 års alderen haft et massivt forbrug af hash, hvilket har ført til dårlige bekendtskaber og en hård livsførelse, hvorfor hun blev anbragt udenfor hjemmet – først på Kostskole og siden i udslusning.

Da Charlotte fyldte 18 år blev det vurderet, at hun havde udviklet sig og ikke længere var i misbrug, hvilket ikke var korrekt. Hun var fortsat massivt misbrugende, men blev sat i egen bolig, og blev dermed bevilliget efterværn. Børne- og Ungecentret har sidenhen valgt at ophøre efterværnet, da hun ikke har udviklet sig, samt da det ikke vurderes, at det antal støttetimer på fire timer ugentligt, på nogen måder er tilstrækkelige i Charlottes situation. Aktuelt har hun 10 støttetimer om ugen, hun bor i egen lejlighed og er tidligere

kæreste med en bekendt, som også har et misbrug, men hun befinder sig mest hos sin mor. Hun har på nuværende tidspunkt været clean i 28 dage.

Charlotte er diagnosticeret med ADHD og hun har generelle indlæringsvanskeligheder. Hun er tidligere medicineret for sin ADHD-diagnose, men uden effekt. Hun fremstår som en skrøbelig ung kvinde, der har selvreguleringsvanskeligheder og mangler strategier for at håndtere følelser, frustrationer og traumer, men hun vil gerne arbejde på at finde strategier.

Charlotte blev som 13 årig udsat for voldtægt, hvilket har præget hende sidenhen i form af massivt hashmisbrug og bekendtskaber, som yderligere har udsat hende for overgreb og vold. Hun formår kun i korte perioder at holde sig clean, hvorefter hun havner i det samme mønster. Aktuelt er hun i misbrugsbehandling og overholder aftalerne. Under hendes tidligere misbrug har hun haft en generel følelse af ligegyldighed og hendes selvværd er blevet forværret. Hun har svært ved at formidle følelser og tanker og har tendens til at føle sig misforstået og forurettet, hvilket har medført at hun har reageret med vold overfor hendes venner og tidligere bekendtskaber.

Hun føder et barn i uge 23, som med høj sandsynlighed får en del skader både kognitivt og fysisk. Der iværksættes styrket familiebehandling (kommunens egen interne støtteforanstaltning, som indebærer intensiv familievejledning baseret på bl.a. FIT, ambit og LØFT metoden), Familiens Hus og udvidet sundhedsplejerske. Der er et tværfagligt samarbejde med Familieambulatoriet på Hvidovre hospital og Neonatalafdelingen på Riget. Derudover er der et samarbejde med Kompagniet om urinprøver i forhold til at følge forældrenes misbrug.

Case 2 – Janni

Janni er 28 år. Hun har været indskrevet i substitutionsbehandling hos Rusmiddelbehandling København i et par år, men har ved siden af den medicinske behandling et sidemisbrug af kokain, heroin og hash. Janni er hjemløs, og bor på et herberg med sin kæreste, som også er i substitutionsbehandling hos Rusmiddelbehandling København, og som også har et sidemisbrug.

Da man i Rusmiddelbehandlingen får kendskab til, at Janni er gravid, er hun 25 uger henne. Det er herberget, hvor Janni bor, der har opdaget det, og de har kontaktet Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital, Jannis egen læge, rusmiddelbehandlingen og Borgercenter Børn og Unge (BBU). Fra Rusmiddelbehandlingens side, sættes der familiespecialister på sagen med det samme og der etableres hurtigt et netværksmøde mellem familiespecialisterne, behandleren på rusmiddelenheden, kontaktpersonen fra herberget og Janni selv. Behandleren fra rusmiddelenheden taler med Janni om døgnbehandling for at få Janni væk fra rusmiddelmiljøet i København. Det ønsker Janni ikke, da hun vil være i nærheden af sin kæreste. Janni indvilger dog i et ophold på et krisecenter i nærheden af København, hvor hun efter planen skal opholde sig under resten af graviditeten. Løsningen er et kompromis, hvor Janni kommer væk, uden dog at komme for langt væk fra København, og som krisecentret går med til, selvom Janni ikke umiddelbart er i målgruppe for et § 109 krisecenter.

Aftalen bliver, at krisecentret står for den daglige omsorg af Janni og udleverer hendes medicin, som er ordineret af rusmiddelenheden. De sørger samtidig for, at Janni leverer overvågede urinprøver tre gange om ugen. Familiespecialisten fra rusmiddelenheden har familieorienterede rusmiddelsamtaler med Janni ca. én gang ugentligt på krisecentret, hvor de bl.a. taler om rusmidler, trang, ønsker for fremtiden og forældreskab. Herberget står for de mere praktiske ting, herunder at følge Janni til Familieambulatoriet ca.

en gang ugentligt. Der afholdes netværksmøder mellem alle parterne: Ambulatoriet Hvidovre, BBU, rusmiddelenheden, familiespecialisterne, krisecentre og herberget ca. en gang om måneden. Her deles væsentlige informationer og indsatserne koordineres.

BBU mødes også jævnligt med Janni, og BBU modtager herudover løbende statusser fra familiespecialisterne. BBU indstiller, at barnet skal fjernes ved fødslen. Janni og den kommende far indvilger i en frivillig anbringelse.

Janni bliver på krisecentret graviditeten ud og 1½ måned efter fødslen. Herberget stiller en udslusningsbolig til rådighed for Janni og hendes kæreste. Kæresten har undervejs, mens Janni var gravid, været i fængsel. I den forbindelse er også han kommet af med sit sidemisbrug. Parret går fortsat i rusmiddelbehandling med ugentlige samtaler på rusmiddelenheden samt parsamtaler med familiespecialisten. Parret er motiverede for at få hjembragt barnet, og lægger begge urinprøver med henblik på at dokumentere den gode udvikling, de er i. Herberget har daglig kontakt med parret og følger dem hen til rusmiddelenheden. Her ud over arbejdes der på en boligindstilling med henblik på, at parret kan få en mere stabil boligsituation.

Janni og hendes kæreste har overvåget samvær med barnet, og BBU er stadig i gang med undersøgelser af familiens forhold.

Case 3 - Ditte

Ditte er 33 år og har et voldsomt kokainmisbrug. Hun bor i egen bolig og arbejder som tjener. Ditte bliver uplanlagt gravid, og hun har ingen kontakt til barnets far. Ditte går til egen læge, og lægen tager kontakt til Familieambulatoriet Hvidovre med henblik på at få hende opstartet i et forløb på Familieambulatoriet. Familieambulatoriet kontakter BBU og Familieorienteret Rusmiddelbehandling Enghavevej. Ditte er ikke umiddelbart motiveret for at gå i rusmiddelbehandling, men med motivation fra BBU opstarter hun på Enghavevej.

Indsatsen på Enghavevej består af urinprøvetagning tre gange om ugen og herudover én samtale om ugen med fokus på rusmidler, rusmidlernes konsekvenser for Ditte, hendes barn og øvrige familie mv. Der søges om tilskud til tandbehandling, som bevilges. BBU knytter en familiebehandler på Ditte med henblik på at forberede hende på at blive mor, og samtidig er hun i forløb på Familieambulatoriet.

Enghavevej forsøger at inddrage Dittes nye kæreste, samt en anden nær relation, som er bonusmor for Ditte, i behandlingen. Ditte ser positivt på at inddrage bonusmor, men det lykkes ikke af praktiske årsager. Ca. hver 14. dag koordinerer behandleren på Enghavevej med familiebehandleren i BBU, og der afholdes flere gange fællesmøder med Ditte, også hjemme ved Ditte selv. Herudover er der et tæt samarbejde med Familieambulatoriet. Det koordineres eksempelvis nøje, hvem der tager urinprøver hvornår, så Ditte ikke belastes mere end nødvendigt.

Ditte får tilbagefald to gange undervejs, men kommer tilbage i behandling igen. I forbindelse med tilbagefaldene drøftes muligheden for døgnbehandling. Ditte ønsker dog ikke døgnbehandling. Hun ønsker at blive i sin lejlighed, som hun vil gøre klar til barnet og samtidig bevare den tætte kontakt til hendes nærmeste. Tilbagefaldene bliver et vendepunkt for Ditte, og hun indser, at hun har brug for hjælp.

Hen mod slutningen af graviditeten bliver Ditte besværet af graviditeten, og den ugentlige samtale foregår i Dittes hjem, mens urinprøvetagningen ligeledes foretages i hjemmet af en privat leverandør. Efter fødslen har Ditte svært ved at komme ud af hjemmet, og det er svært for hende at overskue så mange indsatser på én gang. Det aftales, at hun afsluttes i rusmiddelbehandlingen, mens Familieambulatoriet og BBU fortsætter deres indsatser. Herud fortsættes urinprøvetagning ved en privat leverandør. Der afholdes et fællesmøde som afslutning på rusmiddelbehandlingen.

Case 4 – Eva

Eva har været indskrevet i substitutionsbehandling gennem flere år. Hun bor i egen bolig med sin mand og et ældre barn på ca. 5. år, og er derfor tilknyttet det daværende tilbud Enghavevej. Eva har før været gravid og født et andet barn, som var abstinent ved fødsel og afgik ved døden, da barnet var syv uger gammelt. Ca. en måned inde i den nuværende graviditet fortæller Eva sin behandler, at hun er gravid. Familieambulatoriet Hvidovre orienteres og Eva indskrives.

Der tilrettelægges en indsats, hvor Eva aflægger urinprøver tre gange ugentligt og testes med alkometer. Hun fremmøder til overvåget indtagelse af metadon 1-2 gange om ugen og herudover afhenter hun en lille dosis metadon på apoteket en gang om ugen. Hun har samtaler med en rusmiddelbehandler én gang ugentligt og følges herudover tæt af Familieambulatoriet på Hvidovre.

Der er et tæt samarbejde mellem rusmiddelbehandleren, lægen på Enghavevej og Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital i forhold til intensiv opfølgning af fremmøde til urinprøve aflægning, rusmiddelstatus samt administration af substitutionsbehandling.

Eva giver flere gange under forløbet udtryk for et ønske om at nedtrappe sin metadondosis – og om at være udtrappet af metadon ved tidspunktet for fødslen, da hun frygter at føde endnu et abstinent barn. Da Eva tidligere har indtaget illegal metadon i forbindelse med nedtrapping, aftales det at fastholde hende på en stabil metadondosis under graviditeten, for at sikre fosterets trivsel. Man vurderer, at et ustabil indtag af metadon vil være mere skadeligt end en stabil dosis metadon.

Efter en kortere periode med tilbagefald på benzodiazepiner og alkohol, drøftes det, om Eva skal indlægges med henblik på at støtte op om og fastholde afholdenhed, samt stabilt metadonindtag forud for fødsel. Eva ønsker dog ikke en indlæggelse, da hun ikke ønsker at forlade sit barn, og da hendes mand arbejder meget. Den ambulante indsats fortsættes derfor, og Eva ender med at føde et sundt barn uden abstinenser.