STYRELSESVEDTÆGT FOR REGION HOVEDSTADEN

Kapitel 1

Regionsrådet

§ 1. Regionsrådet består af 41 medlemmer, jfr. § 8 i lov om regioner mv., som senest bekendtgjort ved lovbekendtgørelse nr. 319 af 28. marts 2017 (i det følgende benævnt regionsloven).

§ 2. Regionsrådet er Region Hovedstadens øverste myndighed, og fastlægger retningslinjerne for regionens virksomhed.

Stk. 2. Regionsrådet har den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender, bortset fra de opgaver, som i henhold til loven varetages af forretningsudvalget.

Stk. 3. Regionsrådet behandler uden forudgående udvalgsbehandling rapporter fra Region Hovedstadens databeskyttelsesrådgiver om rådgiverens arbejde, ligesom regionsrådet på samme vis behandler andre spørgsmål, som databeskyttelsesrådgiveren forelægger rådet.

Stk. 4. Regionsrådet vedtager regionens budget og godkender dens regnskab.

Stk. 5. Regionsrådet fastlægger strategi for udviklingen på regionens ansvarsområder og godkender planer og politikker for udviklingen af regionens virksomhed efter indstilling fra de stående udvalg.

Stk. 6. Regionsrådet fastlægger efter indstilling fra forretningsudvalget generelle administrative retningslinjer for regionens virksomhed, herunder

- Kasse- og regnskabsregulativ
- Revisionsregulativ og
- Retningslinjer for ansættelse og afskedigelse af regionens personale

Stk. 7. Aftaler mellem regionen og andre myndigheder og/eller private parter, der medfører indskrænkninger i regionsrådets beføjelser, skal inden indgåelsen forelægges regionsrådet til godkendelse.

Stk. 8. Regionsrådet vælger medlemmer til de udvalg, råd, nævn m.v., hvor Region Hovedstaden i henhold til lovgivningen eller andre bestemmelser skal være repræsenteret.

Stk. 9. De nærmere regler om forberedelse, indkaldelse og afholdelse af regionsrådets møder fastsættes i regionsrådets forretningsorden.

§ 3. Regionsrådet vælger en formand og en første og anden næstformand.

§ 4. Stedfortrædere for et regionsrådsmedlem indkaldes ved medlemmets forfald af de grunde, der er nævnt i regionslovens § 12, jfr. lov om kommunernes styrelse § 15, stk. 2, uanset hindringens varighed.

Stk. 2. Stedfortrædere, som indkaldes efter stk. 1, til at deltage i enkelte møder i regionsrådet, vederlægges i overensstemmelse med reglerne i regionslovens § 11, stk. 1, jf. lov om kommunernes styrelse § 16, stk. 8, og bekendtgørelse om vederlag, diæter, pension m.v. for varetagelsen af regionale hverv § 7, stk. 1, 3. pkt.

§ 5. Regionsrådet kan i henhold til regionsloven, jf. lov om kommunernes styrelse, nedsætte særlige udvalg - § 17 stk. 4 udvalg - til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for regionsrådet, forretningsudvalget og de stående udvalg. Regionsrådet bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed.

Kapitel 2

Regionsrådsformanden

§ 6. Regionsrådsformanden varetager som øverste daglige leder af regionens samlede administration de funktioner, der fremgår af regionslovens § 16, jfr. §§ 30-33 i lov om kommunernes styrelse.

Stk. 2. Regionsrådsformanden sørger for, at der i fornødent omfang indhentes erklæring fra forretningsudvalget og de stående udvalg, inden regionsrådet træffer beslutning i en sag.

Stk. 3. Regionsrådsformanden påser sagernes ekspedition, herunder at de ekspederes uden unødig forsinkelse. Regionsrådsformanden kan af forretningsudvalget, de stående udvalg og af administrationen forlange enhver oplysning om sager, der er underlagt dem, og om sagernes ekspedition.

Stk. 4. Regionsrådsformanden påser, at ingen udgift afholdes eller indtægt oppebæres uden fornøden bevilling, og påser, at udgifter og indtægter føres i

overensstemmelse med de af Økonomi- og Indenrigsministeriet og regionsrådet fastsatte regler. Finder regionsrådsformanden, at en disposition ikke har haft bevillingsmæssig hjemmel, forelægges spørgsmålet for regionsrådet.

Kapitel 3

Forretningsudvalget

§ 7. Forretningsudvalget er regionens økonomiudvalg, der har ansvar for varetagelsen af regionens økonomiske planlægning og forestår regionens samlede planlægningsopgaver, idet udvalget fastlægger de generelle forudsætninger for de stående udvalgs planlægningsopgaver. Forretningsudvalget fungerer desuden som personaleudvalg. Forretningsudvalgets opgaver på økonomiområdet fremgår af regionsloven.

Stk. 2 Forretningsudvalgets 15 medlemmer vælges blandt regionsrådets medlemmer. Formanden for regionsrådet er født formand for forretningsudvalget.

§ 8. Forretningsudvalget har i henhold til regionsloven, indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for samtlige regionens administrationsområder. Det indebærer, at forretningsudvalget har ansvar for de økonomiske og administrative forhold i regionen, og at alle sager, som forelægges for regionsrådet, forelægges gennem forretningsudvalget, når de vedrører økonomi og administration

Udvalget har udover de ovenfor nævnte områder også politikudviklende og politikopfølgende opgaver på de områder, som ikke er henlagt til de stående udvalg, herunder bl.a.

- Fastlæggelse af og opfølgning på driftsmål vedr. akutområdet/akuttelefonen 1813, herunder kvalitetsmål og patienttilfredshed mv.
- Kvalitetsfondsbyggerierne

§ 9. Forretningsudvalget fastsætter regler om:

- indberetninger fra regionens administration med henblik på udvalgets udøvelse af budget- og bevillingskontrol, og
- i hvilket omfang regionens værdier skal forsikres.

Stk. 2. Forretningsudvalget fører tilsyn med

- at forvaltningen af regionens kasser og regionens regnskabsføring er forsvarlig,
- at regionens arkivalier opbevares på betryggende måde, og
- løn- og ansættelsesforhold for personale i selvejende institutioner.

Kapitel 4

Stående udvalg

De stående udvalg i Region Hovedstaden har ikke som regionsrådet og forretningsudvalget del i den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender, herunder af driftsopgaver og anlægsopgaver.

De stående udvalgs opgave er at formulere forslag til den politik, som regionen skal føre på sine ansvarsområder og at påse, at vedtagne politikker føres ud i livet. Udvalgene har også til opgave at følge op på de vedtagne planer og politikker og at stille forslag om ændringer i fornødent omfang.

Udvalgene har ikke budgetansvar for deres ansvarsområder, men kan af regionsrådet få tillagt konkret udmøntning af bestemte bevillingsbeløb. De stående udvalg kan endvidere få tillagt umiddelbar forvaltning på bestemte dele af deres ansvarsområde ved delegation fra regionsrådet. De stående udvalg bidrager efter anmodning fra forretningsudvalget til udarbejdelse af forretningsudvalgets budgetforslag inden for deres ansvarsområder.

Regionsrådet drøfter en gang om året målene for de stående udvalgs og forretningsudvalgets arbejde.

§ 10. Der nedsættes følgende udvalg, der alle har 9 medlemmer, bortset fra Miljø- og klimaudvalget, som har 7 medlemmer og Sundhedsudvalget, der har 11 medlemmer:

Sundhedsudvalg

Social- og psykiatriudvalg

Udvalg for forebyggelse og sammenhæng

Udvalg for forskning, innovation og uddannelse

Miljø- og klimaudvalg

Trafikudvalg

Stk. 2. De stående udvalg og forretningsudvalget har på det politikudviklende og politikopfølgende område en forpligtelse til at inddrage borgere, patienter, pårørende, fagfolk, organisationer og andre relevante aktører, i relevant omfang.

§ 11. Medlemmerne af stående udvalg vælges blandt regionsrådets medlemmer.

Stk. 2. Udvalgene vælger selv deres formand og næstformand. Ethvert medlem af udvalget er forpligtet til at modtage valg til formand og næstformand.

Stk. 3. Udvalgene udøver deres virksomhed i møder. Udvalgene er beslutningsdygtige, når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede. Alle beslutninger træffes ved stemmeflertal.

Stk. 4. Udvalgene fastsætter selv deres forretningsorden. Der er udarbejdet en standardforretningsorden med tilhørende regler om foretræde.

Stk. 5. Ethvert medlem kan forlange afvigende meninger kort tilført beslutningsprotokollen. Det pågældende medlem kan ved sagens fremsendelse ledsage denne med en begrundelse for sit standpunkt. Ved sager, der skal fremsendes til anden myndighed eller til offentlig høring, gives der mulighed for korte mindretalsudtalelser.

Stk. 6. Til formændene for de stående udvalg udbetales et særskilt vederlag svarende til 3 % af regionsrådsformandens årlige vederlag.

§ 12. Hvis et udvalg agter at foretage dispositioner, der berører et andet udvalgs område, skal der inden iværksættelsen forhandles med dette udvalg, i fornødent omfang med inddragelse af forretningsudvalget og regionsrådets formand.

Sundhedsudvalget

Politikudviklende opgave:

Sundhedsudvalget skal i sit arbejde med bl.a. hospitalsplanen have fokus på indsatser, der sikrer, at behandlingen på regionens hospitaler leveres til borgeren på et højt fagligt niveau – og på en måde, så den fremmer helbredelse og varetagelse af egen sundhed ud fra den enkelte patients situation og behov. Udvalget skal i sin politikformulerende rolle være med til at sikre, at alle borgere skal have lige god behandling uanset, om deres sygdom er fysisk eller psykisk.

Udvalget skal bidrage til sikring af, at alle borgere i regionen kan få hurtig og kompetent hjælp ved akut sygdom.

Udvalget skal bidrage til udviklingsarbejdet omkring at skabe en organisation og struktur på fødeområdet, der kan sikre tilstrækkelig kapacitet til den forventede stigning i antal fødsler i regionen.

Udvalget skal arbejde med mulighederne for at inddrage pårørende som en ressource i behandlingsforløbet og hvordan hensynet til børn som pårørende kan varetages ved behandling af forældre og søskende.

Udvalget skal vurdere yderligere initiativer på palliationsområdet, herunder også vurdere initiativer der kan sikre en værdig død på hospice eller tilbud om støtte i eget hjem eller på hospitalerne – også til børn.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Driftsmål på sundhedsområdet overholdelse af ventetider og udredningsgaranti
- Hospitalsplanen 2020
- Akutområdet (Akuttelefonen 1813 og de fælles akutmodtagelser), jf. dog § 8
- Tværpolitisk forhandlingsgruppe tilknyttet Akuttelefonen 1813
- Fødeområdet (kapacitet) og udbredelse af kendt jordemoderordning
- Anbefalingerne fra udvalget for sammenhængende patientforløb
- Patientansvarlig læge
- Indsatser i forhold til undersøgelse, behandling og rehabilitering på kræft-, hjerte- og transplantationsområdet
- Inddragelse af patienternes egne ressourcer i behandlingen
- Varetage relationerne til Patientinddragelsesudvalget
- Patientsikkerhed
- Palliation
- Kvalitet i servicetilbud og information til patienterne samt ekstern patienttransport

Social- og psykiatriudvalg

Politikudviklende opgave:

Et social- og psykiatriudvalg skal sætte overordnet retning og mål for udviklingen af psykiatrien. Udvalget skal i sit arbejde have et bredt blik på, hvordan den regionale indsats bedst tilrettelægges, så den støtter mennesker med psykiske lidelser.

Det gælder både i forhold til at sikre fokus på den behandling og de tilbud patienten modtager på hospitalerne, men også i at sikre hensigtsmæssige overgange gennem inddragelse og bedre samarbejde mellem psykiatri og somatik i forhold til mennesker, der lider af såvel psykiske som fysiske sygdomme.

Udvalget skal i sit politikudviklende arbejde med en ny flerårig handleplan for psykiatrien blandt andet arbejde videre med et øget fokus på de pårørende i psykiatrien, og hvordan de kan bruges som en ressource og sikres inddragelse i behandlingsforløbet. Her skal der være speciel fokus på børnene, når det er dem, der er de pårørende.

Der skal arbejdes med bedre overgange mellem børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, samt igangsættes initiativer, der skal nedbringe

tvang og overdødelighed blandt psykiatriske patienter – særligt patienter med et misbrug.

Der skal desuden styrkes og videreudvikles på konceptet for "Huset for Psykisk Sundhed". Herunder med fokus på nedtrapning af uhensigtsmæssigt medicinbrug hos borgere.

Udvalget arbejder med udvikling af den årlige rammeaftale med kommunerne på det sociale område, herunder med henblik på drøftelse af kvalitet og udvikling i de højt specialiserede sociale tilbud.

Udvalget har en løbende dialog med bestyrelser for de selvejende sociale institutioner, som regionen har indgået driftsoverenskomst med og med regionens egne sociale tilbud, herunder med repræsentanter for brugere og pårørende.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Handleplan for psykiatrien, herunder erfaringsopsamling med ikke medicinske metoder og en helhedsorienteret tilgang til behandling
- Overgange mellem børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien
- Indsats for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom, herunder indsats mod misbrug.
- Kortlægning af udviklingen i den kommunale og den regionale psykiatriindsats, herunder kommunernes hjemtagelse af færdigbehandlede.
- Inddragelse af pårørende i psykiatrien
- Kvalitet i servicetilbud
- Driftsmål på psykiatriområdet, herunder overholdelse af ventetider, udredningsgaranti og anvendelse af tvang

Udvalg for forebyggelse og sammenhæng

Politikudviklende rolle:

Nedsættelsen af udvalg for forebyggelse og sammenhæng har til formål at styrke det tværgående samarbejde om borgeren. Den regionale indsats på sundhedsområdet handler ikke kun om den behandling, patienten modtager på hospitalerne, men også om de tilbud vedkommende får derhjemme – i samarbejde med kommune, praktiserende læge m.fl.

Udvalget har derfor en vigtig opgave i at politikudvikle på, hvad regionen kan gøre for at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen i borgerens nærmiljø.

Samarbejdet med kommunerne omkring det systematiske udviklingsarbejde med forebyggelse vil også være et indsatsområde for udvalget, blandt andet for at undgå unødvendige genindlæggelser.

Udvalget skal også arbejde for at forebygge ulighed i sundhed ved blandt andet at opretholde fokus på hjælp til de mest udsatte borgere i regionen eksempelvis psykisk sårbare.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Forebyggelse
- Ulighed i sundhed
- Medicinanvendelse
- Praksissektoren
- Sundhedsaftalen
- Sundhedshuse
- Overgang mellem region og kommune for patienterne
- Varetage relationerne til Sundhedskoordinationsudvalget, Regionshandicaprådet og Praksisplansudvalget, Patientinddragelsesudvalget
- Genindlæggelse
- Driftsmål på det tværsektorielle område, herunder forebyggelse

Udvalg for forskning, innovation og uddannelse

Politikudviklende opgave:

Udvalget skal sætte retning og mål for det regionale udviklingsområde for at fremtidssikre en metropol i international konkurrence med god livskvalitet for regionens borgere. Det arbejde tager afsæt i en strategi for den regionale udvikling i regionen, hvor udvalget i det politikudviklende arbejde har et bredt blik på forskning, innovation og uddannelse med fokus på,

- At styrke innovationsindsatsen bredt i regionen, herunder hvordan digitalisering skal bidrage til bedre løsninger i sundhedsvæsenet inden for forskning og innovation samt løsningen af samfundsmæssige problemer i Greater Copenhagen Geografien.
- at afprøve ny teknologi, herunder kunstig intelligens, velfærds- og sundhedsteknologi i samarbejder på tværs af kommuner og regioner og sammen med virksomheder, universiteter og andre relevante parter.
- at skabe rammerne og sætte retning for internationale samarbejder i regionen.

- at Region Hovedstaden fortsætter sin tradition for samarbejde mellem regionen og private aktører. Dette både i forhold til OPP-samarbejde, OPI-samarbejde, udlicitering, forskningssamarbejde o. lign.
- at videreudvikle samarbejdet med blandt andet erhvervsskolerne, kommunerne og andre aktører for at sikre arbejdskraft i regionen, bl.a. ved at igangsætte initiativer, der sikrer unge uddannelse specielt i forhold til erhvervsuddannelserne.
- at sikre, at der er match mellem kompetencebehov og kompetenceudvikling i sundhedsvæsenet, herunder samarbejde med forsknings- og uddannelsesinstitutioner med fokus på relevant efteruddannelse for medarbejdere.
- at styrke regionen som partner inden for sundhedsforskning og fokusere på at skabe gode betingelser for forskning bl.a. gennem stærke samarbejder mellem hospitaler, uddannelsesinstitutioner, lægepraksis og private virksomheder, herunder sundhedspersonalets egne forskningsinitiativer.
- at realisere det politiske mål om at videreudvikle de ekspansive vidensmiljøer, hvor fokus er på at generere ny viden og innovative løsninger, som vises gennem kongeindikatoren ”Ekstern finansiering til forskning og innovation”.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Den Regionale Udviklingsstrategi (RUS)
- Digitale kompetencer
- Kultur, herunder regionens kulturpulje
- Lifescience og understøttelse af klinisk forskning i samarbejde med industrien
- Rekruttering af kompetent arbejdskraft
- Internationalisering
- Kompetenceudvikling og relevant efteruddannelse
- Uddannelsesplanlægning og koordination af relevante uddannelser i regionen
- Sociale klausuler (praktikpladser, løn- og ansættelsesvilkår for byggerier i Region Hovedstaden)
- Perspektiver for ny sundheds- og velfærdsteknologi
- Forskningsstrategi for regionen
- Samarbejde med virksomheder om afprøvning af medicin og teknologi (OPI)
- Partnerskaber og forskningssamarbejder med universiteter, lægepraksis, hospitaler og virksomheder mv. (OPP mv.)
- Personlig medicin
- Brugen af sundhedsdata i samarbejde med eksterne parter
- Innovation, herunder medarbejderdrevet innovation og innovation I samarbejde med eksterne samarbejdspartnere

- Relationer til Greater Copenhagen Committee og Greater Copenhagen EU-Office

Miljø- og klimaudvalget

Politikudviklende opgave:

Miljø- og klimaudvalget skal i sit udviklingsarbejde være med til at realisere visionen om regionen som en grøn og innovativ metropol både i geografien og regionen som egen virksomhed.

Miljø- og klimaudvalget skal være med til at sætte fokus på regionens indsats for at mindske miljøbelastning på regionens egne virksomheder og institutioner. Det betyder også, at udvalget skal kigge nærmere på, hvilke løsninger og tiltag, der kan være til gavn for vores miljø samt understøtte grønne indkøb. Udviklingen vises gennem kongeindikatoren CO2.

Udvalget vil blandt andet være med til at holde fokus på, at Region Hovedstadens store byggeopgaver på hospitalerne påvirker klimaet mindst muligt eksempelvis via lavt energiforbrug, fornuftigt valg af byggematerialer, begrænset vandforbrug og ressourcebevidst spildevandshåndtering.

Udvalget skal være politikudviklende inden for bl.a. klimatilpasning, cirkulær økonomi, ressourceeffektivitet, energi, jordforurening og grundvandsbeskyttelse.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Råstofplan
- Jordforureningsindsats og drikkevandsbeskyttelse
- Klima, ressourceeffektivitet og cirkulær økonomi
- FN's verdensmål for bæredygtig udvikling
- Grønne indkøb
- Erfaringsopsamling omkring klima, lavt energiforbrug, byggematerialer og spildevandshåndtering fra nye hospitalsbyggerier og renoveringsprojekter

Trafikudvalg

Politikudviklende opgave:

Trafikudvalget skal være med til at sikre en effektiv og bæredygtig mobilitet i hovedstadsregionen.

Trafikudvalget tager i sin politikudviklende opgave afsæt i den fælles trafikplan for Hovedstadsregionen, der blev vedtaget i 2016. Udvalget skal i sit arbejde

være med til at sikre en velfungerende kollektiv trafik i regionen, der aflaster trængselsproblemer og sikrer mobilitet på tværs af regionen også i tyndt befolkede områder, bl.a. let adgang til arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og hospitaler.

Udvalget skal bidrage til at fremme indsatsen for bæredygtig og grøn mobilitet for at bidrage til målet om at blive fossilfri i 2050. Udvalget kan i den forbindelse inddrage overvejelser om, hvordan man kan nedsætte miljøbelastningen i områder præget af støj og røg på trafikområdet ved nye vejforbindelser ved brug af kollektiv trafik og elbiler. Derudover kan udvalget også være med til at pege på, hvordan man når i mål med at udfase dieselbusser i regionens drift og erstatte dem med el-busser eller lignende frem mod 2030.

Endelig falder udviklingsarbejdet omkring at udbrede netværket af supercykelstier til hele regionen også ind under udvalgets politikudviklende opgaver.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Kollektiv trafik
- Strategisk trafikplanlægning, herunder arbejdet for en styrket koordinering af den kollektive trafik
- Letbanen
- Nye stationer og trafikale forbindelser
- Samlet trafik- og mobilitetsplan for hovedstadsregionen
- Bæredygtig og grøn mobilitet
- Supercykelstier
- Indsats for elbiler og andre grønne drivmidler
- Relationerne til Movia, Hovedstadens Letbane og DOT
- Relationer til STRING

Således vedtaget af regionsrådet den 24. september og 22. oktober 2019.

STYRELSESVEDTÆGT FOR REGION HOVEDSTADEN

Kapitel 1

Regionsrådet

§ 1. Regionsrådet består af 41 medlemmer, jfr. § 8 i lov om regioner mv., som senest bekendtgjort ved lovbekendtgørelse nr. 319 af 28. marts 2017 (i det følgende benævnt regionsloven).

§ 2. Regionsrådet er Region Hovedstadens øverste myndighed, og fastlægger retningslinjerne for regionens virksomhed.

Stk. 2. Regionsrådet har den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender, bortset fra de opgaver, som i henhold til loven varetages af forretningsudvalget.

Stk. 3. Regionsrådet behandler uden forudgående udvalgsbehandling rapporter fra Region Hovedstadens databeskyttelsesrådgiver om rådgiverens arbejde, ligesom regionsrådet på samme vis behandler andre spørgsmål, som databeskyttelsesrådgiveren forelægger rådet.

Stk. 4. Regionsrådet vedtager regionens budget og godkender dens regnskab.

Stk. 5. Regionsrådet fastlægger strategi for udviklingen på regionens ansvarsområder og godkender planer og politikker for udviklingen af regionens virksomhed efter indstilling fra de stående udvalg.

Stk. 6. Regionsrådet fastlægger efter indstilling fra forretningsudvalget generelle administrative retningslinjer for regionens virksomhed, herunder

- Kasse- og regnskabsregulativ
- Revisionsregulativ og
- Retningslinjer for ansættelse og afskedigelse af regionens personale

Stk. 7. ~~Regionsrådet godkender aftaler~~Aftaler mellem regionen og andre myndigheder og/eller private parter, der medfører indskrænkninger i regionsrådets beføjelser, skal inden indgåelsen forelægges regionsrådet til godkendelse. ~~med andre myndigheder.~~

Stk. 8. Regionsrådet vælger medlemmer til de udvalg, råd, nævn m.v., hvor Region Hovedstaden i henhold til lovgivningen eller andre bestemmelser skal være repræsenteret.

Stk. 9. De nærmere regler om forberedelse, indkaldelse og afholdelse af regionsrådets møder fastsættes i regionsrådets forretningsorden.

§ 3. Regionsrådet vælger en formand og en første og anden næstformand.

§ 4. Stedfortrædere for et regionsrådsmedlem indkaldes ved medlemmets forfald af de grunde, der er nævnt i regionslovens § 12, jfr. lov om kommunernes styrelse § 15, stk. 2, uanset hindringens varighed.

Stk. 2. Stedfortrædere, som indkaldes efter stk. 1, til at deltage i enkelte møder i regionsrådet, vederlægges i overensstemmelse med reglerne i regionslovens § 11, stk. 1, jf. lov om kommunernes styrelse § 16, stk. 8, og bekendtgørelse om vederlag, diæter, pension m.v. for varetagelsen af regionale hverv § 7, stk. 1, 3. pkt.

~~De nærmere regler om forberedelse, indkaldelse og afholdelse af regionsrådets møder fastsættes i regionsrådets forretningsorden.~~

§ 5. Regionsrådet kan i henhold til regionsloven, jf. lov om kommunernes styrelse, nedsætte særlige udvalg - § 17 stk. 4 udvalg - til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for regionsrådet, forretningsudvalget og de stående udvalg. Regionsrådet bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed. ~~Som bilag 1 er vedlagt en oversigt over de pr. januar 2018 nedsatte særlige udvalg.~~

Kapitel 2

Regionsrådsformanden

§ 6. Regionsrådsformanden varetager som øverste daglige leder af regionens samlede administration de funktioner, der fremgår af regionslovens § 16, jfr. §§ 30-33 i lov om kommunernes styrelse.

Stk. 2. Regionsrådsformanden sørger for, at der i fornødent omfang indhentes erklæring fra forretningsudvalget og de stående udvalg, inden regionsrådet træffer beslutning i en sag.

Stk. 3. Regionsrådsformanden påser sagernes ekspedition, herunder at de ekspederes uden unødig forsinkelse. Regionsrådsformanden kan af forretningsudvalget, de stående udvalg og af administrationen forlange enhver oplysning om sager, der er underlagt dem, og om sagernes ekspedition.

Stk. 4. Regionsrådsformanden påser, at ingen udgift afholdes eller indtægt oppebæres uden fornøden bevilling, og påser, at udgifter og indtægter føres i overensstemmelse med de af Økonomi- og Indenrigsministeriet og regionsrådet fastsatte regler. Finder regionsrådsformanden, at en disposition ikke har haft bevillingsmæssig hjemmel, forelægges spørgsmålet for regionsrådet.

Kapitel 3

Forretningsudvalget

§ 7. Forretningsudvalget er regionens økonomiudvalg, der har ansvar for varetagelsen af regionens økonomiske planlægning og forestår regionens samlede planlægningsopgaver, idet udvalget fastlægger de generelle forudsætninger for de stående udvalgs planlægningsopgaver. Forretningsudvalget fungerer desuden som personaleudvalg. Forretningsudvalgets opgaver på økonomiområdet fremgår af regionsloven.

Stk. 2 Forretningsudvalgets 15 medlemmer vælges blandt regionsrådets medlemmer. Formanden for regionsrådet er født formand for forretningsudvalget.

§ 8. Forretningsudvalget har i henhold til regionsloven, indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for samtlige regionens administrationsområder. Det indebærer, at forretningsudvalget har ansvar for de økonomiske og administrative forhold i regionen, og at alle sager, som forelægges for regionsrådet, forelægges gennem forretningsudvalget, når de vedrører økonomi og administration

Udvalget har udover de ovenfor nævnte områder også politikudviklende og politikopfølgende opgaver på de områder, som ikke er henlagt til de stående udvalg, herunder bl.a.

- Fastlæggelse af og opfølgning på driftsmål vedr. akutområdet/akuttelefonen 1813, herunder kvalitetsmål og patienttilfredshed mv.
- Kvalitetsfondsbyggerierne

§ 9. Forretningsudvalget fastsætter regler om:

- indberetninger fra regionens administration med henblik på udvalgets udøvelse af budget- og bevillingskontrol, og
- i hvilket omfang regionens værdier skal forsikres.

Stk. 2. Forretningsudvalget fører tilsyn med

- at forvaltningen af regionens kasser og regionens regnskabsføring er forsvarlig,
- at regionens arkivalier opbevares på betryggende måde, og
- løn- og ansættelsesforhold for personale i selvejende institutioner.

Kapitel 4

Stående udvalg

De stående udvalg i Region Hovedstaden har ikke som regionsrådet og forretningsudvalget del i den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender, herunder af driftsopgaver og anlægsopgaver.

De stående udvalgs opgave er at formulere forslag til den politik, som regionen skal føre på sine ansvarsområder og at påse, at vedtagne politikker føres ud i livet. Udvalgene har også til opgave at følge op på de vedtagne planer og politikker og at stille forslag om ændringer i fornødent omfang.

Udvalgene har ikke budgetansvar for deres ansvarsområder, men kan af regionsrådet få tillagt konkret udmøntning af bestemte bevillingsbeløb. De stående udvalg kan endvidere få tillagt umiddelbar forvaltning på bestemte dele af deres ansvarsområde ved delegation fra regionsrådet. De stående udvalg bidrager efter anmodning fra forretningsudvalget til udarbejdelse af forretningsudvalgets budgetforslag inden for deres ansvarsområder.

Regionsrådet drøfter en gang om året målene for de stående udvalgs og forretningsudvalgets arbejde.

§ 10. Der nedsættes følgende udvalg, der alle har 9 medlemmer, bortset fra Miljø- og klimaudvalget, som har 7 medlemmer og Sundhedsudvalget, der har 11 medlemmer:

Sundhedsudvalg

Social- og psykiatriudvalg

Udvalg for forebyggelse og sammenhæng

Udvalg for forskning, innovation og uddannelse

Miljø- og klimaudvalg

Trafikudvalg

Stk. 2. De stående udvalg og forretningsudvalget har på det politikudviklende og politikopfølgende område en forpligtelse til at inddrage borgere, patienter, pårørende, fagfolk, organisationer og andre relevante aktører, i relevant omfang.

§ 11. Medlemmerne af stående udvalg vælges blandt regionsrådets medlemmer.

Stk. 2. Udvalgene vælger selv deres formand og næstformand. Ethvert medlem af udvalget er forpligtet til at modtage valg til formand og næstformand.

Stk. 3. Udvalgene udøver deres virksomhed i møder. Udvalgene er beslutningsdygtige, når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede. Alle beslutninger træffes ved stemmeflertal.

Stk. 4. Udvalgene fastsætter selv deres forretningsorden. Der er udarbejdet en standardforretningsorden med tilhørende regler om foretræde.

Stk. 5. Ethvert medlem kan forlange afvigende meninger kort tilført beslutningsprotokollen. Det pågældende medlem kan ved sagens fremsendelse ledsage denne med en begrundelse for sit standpunkt. Ved sager, der skal fremsendes til anden myndighed eller til offentlig høring, gives der mulighed for korte mindretalsudtalelser.

Stk. 6. Til formændene for de stående udvalg udbetales et særskilt vederlag svarende til 3 % af regionsrådsformandens årlige vederlag.

§ 12. Hvis et udvalg agter at foretage dispositioner, der berører et andet udvalgs område, skal der inden iværksættelsen forhandles med dette udvalg, i fornødent omfang med inddragelse af forretningsudvalget og regionsrådets formand.

Sundhedsudvalget

Politikudviklende opgave:

Sundhedsudvalget skal i sit arbejde med bl.a. hospitalsplanen have fokus på indsatser, der sikrer, at behandlingen på regionens hospitaler leveres til borgeren på et højt fagligt niveau – og på en måde, så den fremmer helbredelse og varetagelse af egen sundhed ud fra den enkelte patients situation og behov. Udvalget skal i sin politikformulerende rolle være med til at sikre, at alle borgere skal have lige god behandling uanset, om deres sygdom er fysisk eller psykisk.

Udvalget skal bidrage til sikring af, at alle borgere i regionen kan få hurtig og kompetent hjælp ved akut sygdom.

Udvalget skal bidrage til udviklingsarbejdet omkring at skabe en organisation og struktur på fødeområdet, der kan sikre tilstrækkelig kapacitet til den forventede stigning i antal fødsler i regionen.

Udvalget skal arbejde med mulighederne for at inddrage pårørende som en ressource i behandlingsforløbet og hvordan hensynet til børn som pårørende kan varetages ved behandling af forældre og søskende.

Udvalget skal vurdere yderligere initiativer på palliationsområdet, herunder også vurdere initiativer der kan sikre en værdig død på hospice eller tilbud om støtte i eget hjem eller på hospitalerne – også til børn.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Driftsmål på sundhedsområdet overholdelse af ventetider og udredningsgaranti
- Hospitalsplanen 2020
- Akutområdet (Akuttelefonen 1813 og de fælles akutmodtagelser), jf. dog § 8
- Tværpolitisk forhandlingsgruppe tilknyttet Akuttelefonen 1813
- Fødeområdet (kapacitet) og udbredelse af kendt jordemoderordning
- Anbefalingerne fra udvalget for sammenhængende patientforløb
- Patientansvarlig læge
- Indsatser i forhold til undersøgelse, behandling og rehabilitering på kræft-, hjerte- og transplantationsområdet
- Inddragelse af patienternes egne ressourcer i behandlingen
- Varetage relationerne til Patientinddragelsesudvalget
- Patientsikkerhed
- Palliation
- Kvalitet i servicetilbud og information til patienterne samt ekstern patienttransport

Social- og psykiatriudvalg

Politikudviklende opgave:

Et social- og psykiatriudvalg skal sætte overordnet retning og mål for udviklingen af psykiatrien. Udvalget skal i sit arbejde have et bredt blik på, hvordan den regionale indsats bedst tilrettelægges, så den støtter mennesker med psykiske lidelser.

Det gælder både i forhold til at sikre fokus på den behandling og de tilbud patienten modtager på hospitalerne, men også i at sikre hensigtsmæssige overgange gennem inddragelse og bedre samarbejde mellem psykiatri og somatik i forhold til mennesker, der lider af såvel psykiske som fysiske sygdomme.

Udvalget skal i sit politikudviklende arbejde med en ny flerårig handleplan for psykiatrien blandt andet arbejde videre med et øget fokus på de pårørende i psykiatrien, og hvordan de kan bruges som en ressource og sikres inddragelse i behandlingsforløbet. Her skal der være speciel fokus på børnene, når det er dem, der er de pårørende.

Der skal arbejdes med bedre overgange mellem børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, samt igangsættes initiativer, der skal nedbringe tvang og overdødelighed blandt psykiatriske patienter – særligt patienter med et misbrug.

Der skal desuden styrkes og videreudvikles på konceptet for "Huset for Psykisk Sundhed". Herunder med fokus på nedtrapning af uhensigtsmæssigt medicinbrug hos borgere.

Udvalget arbejder med udvikling af den årlige rammeaftale med kommunerne på det sociale område, herunder med henblik på drøftelse af kvalitet og udvikling i de højt specialiserede sociale tilbud.

Udvalget har en løbende dialog med bestyrelser for de selvejende sociale institutioner, som regionen har indgået driftsoverenskomst med og med regionens egne sociale tilbud, herunder med repræsentanter for brugere og pårørende.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Handleplan for psykiatrien, herunder erfaringsopsamling med ikke medicinske metoder og en helhedsorienteret tilgang til behandling
- Overgange mellem børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien
- Indsats for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom, herunder indsats mod misbrug.
- Kortlægning af udviklingen i den kommunale og den regionale psykiatriindsats, herunder kommunernes hjemtagelse af færdigbehandlede.
- Inddragelse af pårørende i psykiatrien
- Kvalitet i servicetilbud
- Driftsmål på psykiatriområdet, herunder overholdelse af ventetider, udredningsgaranti og anvendelse af tvang

Udvalg for forebyggelse og sammenhæng

Politikudviklende rolle:

Nedsættelsen af udvalg for forebyggelse og sammenhæng har til formål at styrke det tværgående samarbejde om borgeren. Den regionale indsats på sundhedsområdet handler ikke kun om den behandling, patienten modtager

på hospitalerne, men også om de tilbud vedkommende får derhjemme – i samarbejde med kommune, praktiserende læge m.fl.

Udvalget har derfor en vigtig opgave i at politikudvikle på, hvad regionen kan gøre for at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen i borgerens nærmiljø.

Samarbejdet med kommunerne omkring det systematiske udviklingsarbejde med forebyggelse vil også være et indsatsområde for udvalget, blandt andet for at undgå unødvendige genindlæggelser.

Udvalget skal også arbejde for at forebygge ulighed i sundhed ved blandt andet at opretholde fokus på hjælp til de mest udsatte borgere i regionen eksempelvis psykisk sårbare.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Forebyggelse
- Ulighed i sundhed
- Medicinanvendelse
- Praksissektoren
- Sundhedsaftalen
- Sundhedshuse
- Overgang mellem region og kommune for patienterne
- Varetage relationerne til Sundhedskoordinationsudvalget, Regionshandicaprådet og Praksisplansudvalget, Patientinddragelsesudvalget
- Genindlæggelse
- Driftsmål på det tværsektorielle område, herunder forebyggelse

Udvalg for forskning, innovation og uddannelse

Politikudviklende opgave:

Udvalget skal sætte retning og mål for det regionale udviklingsområde for at fremtidssikre en metropol i international konkurrence med god livskvalitet for regionens borgere. Det arbejde tager afsæt i en strategi for den regionale udvikling i regionen, hvor udvalget i det politikudviklende arbejde har et bredt blik på forskning, innovation og uddannelse med fokus på,

- At styrke innovationsindsatsen bredt i regionen, herunder hvordan digitalisering skal bidrage til bedre løsninger i sundhedsvæsenet inden for forskning og innovation samt løsningen af samfundsmæssige problemer i Greater Copenhagen Geografien.
- at afprøve ny teknologi, herunder kunstig intelligens, velfærds- og sundhedsteknologi i samarbejder på tværs af kommuner og regioner

og sammen med virksomheder, universiteter og andre relevante parter.
- at skabe rammerne og sætte retning for internationale samarbejder i regionen.
- at Region Hovedstaden fortsætter sin tradition for samarbejde mellem regionen og private aktører. Dette både i forhold til OPP-samarbejde, OPI-samarbejde, udlicitering, forskningssamarbejde o. lign.
- at videreudvikle samarbejdet med blandt andet erhvervsskolerne, kommunerne og andre aktører for at sikre arbejdskraft i regionen, bl.a. ved at igangsætte initiativer, der sikrer unge uddannelse specielt i forhold til erhvervsuddannelserne.
- at sikre, at der er match mellem kompetencebehov og kompetenceudvikling i sundhedsvæsenet, herunder samarbejde med forsknings- og uddannelsesinstitutioner med fokus på relevant efteruddannelse for medarbejdere.
- at styrke regionen som partner inden for sundhedsforskning og fokusere på at skabe gode betingelser for forskning bl.a. gennem stærke samarbejder mellem hospitaler, uddannelsesinstitutioner, lægepraksis og private virksomheder, herunder sundhedspersonalets egne forskningsinitiativer.
- at realisere det politiske mål om at videreudvikle de ekspansive vidensmiljøer, hvor fokus er på at generere ny viden og innovative løsninger, som vises gennem kongeindikatoren ”Ekstern finansiering til forskning og innovation”.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Den Regionale Udviklingsstrategi (RUS)
- Digitale kompetencer
- Kultur, herunder regionens kulturpulje
- Lifescience og understøttelse af klinisk forskning i samarbejde med industrien
- Rekruttering af kompetent arbejdskraft
- Internationalisering
- Kompetenceudvikling og relevant efteruddannelse
- Uddannelsesplanlægning og koordination af relevante uddannelser i regionen
- Sociale klausuler (praktikpladser, løn- og ansættelsesvilkår for byggerier i Region Hovedstaden)
- Perspektiver for ny sundheds- og velfærdsteknologi
- Forskningsstrategi for regionen
- Samarbejde med virksomheder om afprøvning af medicin og teknologi (OPI)
- Partnerskaber og forskningssamarbejder med universiteter, lægepraksis, hospitaler og virksomheder mv. (OPP mv.)
- Personlig medicin

- Brugen af sundhedsdata i samarbejde med eksterne parter
- Innovation, herunder medarbejderdrevet innovation og innovation I samarbejde med eksterne samarbejdspartnere
- Relationer til Greater Copenhagen Committee og Greater Copenhagen EU-Office

Miljø- og klimaudvalget

Politikudviklende opgave:

Miljø- og klimaudvalget skal i sit udviklingsarbejde være med til at realisere visionen om regionen som en grøn og innovativ metropol både i geografien og regionen som egen virksomhed.

Miljø- og klimaudvalget skal være med til at sætte fokus på regionens indsats for at mindske miljøbelastning på regionens egne virksomheder og institutioner. Det betyder også, at udvalget skal kigge nærmere på, hvilke løsninger og tiltag, der kan være til gavn for vores miljø samt understøtte grønne indkøb. Udviklingen vises gennem kongeindikatoren CO2.

Udvalget vil blandt andet være med til at holde fokus på, at Region Hovedstadens store byggeopgaver på hospitalerne påvirker klimaet mindst muligt eksempelvis via lavt energiforbrug, fornuftigt valg af byggematerialer, begrænset vandforbrug og ressourcebevidst spildevandshåndtering.

Udvalget skal være politikudviklende inden for bl.a. klimatilpasning, cirkulær økonomi, ressourceeffektivitet, energi, jordforurening og grundvandsbeskyttelse.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Råstofplan
- Jordforureningsindsats og drikkevandsbeskyttelse
- Klima, ressourceeffektivitet og cirkulær økonomi
- FN's verdensmål for bæredygtig udvikling
- Grønne indkøb
- Erfaringsopsamling omkring klima, lavt energiforbrug, byggematerialer og spildevandshåndtering fra nye hospitalsbyggerier og renoveringsprojekter

Trafikudvalg

Politikudviklende opgave:

Trafikudvalget skal være med til at sikre en effektiv og bæredygtig mobilitet i hovedstadsregionen.

Trafikudvalget tager i sin politikudviklende opgave afsæt i den fælles trafikplan for Hovedstadsregionen, der blev vedtaget i 2016. Udvalget skal i sit arbejde være med til at sikre en velfungerende kollektiv trafik i regionen, der aflaster trængselsproblemer og sikrer mobilitet på tværs af regionen også i tyndt befolkede områder, bl.a. let adgang til arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og hospitaler.

Udvalget skal bidrage til at fremme indsatsen for bæredygtig og grøn mobilitet for at bidrage til målet om at blive fossilfri i 2050. Udvalget kan i den forbindelse inddrage overvejelser om, hvordan man kan nedsætte miljøbelastningen i områder præget af støj og røg på trafikområdet ved nye vejforbindelser ved brug af kollektiv trafik og elbiler. Derudover kan udvalget også være med til at pege på, hvordan man når i mål med at udfase dieselbusser i regionens drift og erstatte dem med el-busser eller lignende frem mod 2030.

Endelig falder udviklingsarbejdet omkring at udbrede netværket af supercykelstier til hele regionen også ind under udvalgets politikudviklende opgaver.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Kollektiv trafik
- Strategisk trafikplanlægning, herunder arbejdet for en styrket koordinering af den kollektive trafik
- Letbanen
- Nye stationer og trafikale forbindelser
- Samlet trafik- og mobilitetsplan for hovedstadsregionen
- Bæredygtig og grøn mobilitet
- Supercykelstier
- Indsats for elbiler og andre grønne drivmidler
- Relationerne til Movia, Hovedstadens Letbane og DOT
- Relationer til STRING

Således vedtaget af regionsrådet ~~12. marts og 9. april 2019~~ den 24. september og 22. oktober 2019.

RESUMÉ

Region Hovedstaden

Kompetencecenter for Patientoplevelser

- At være en god tolk er en kompleks opgave med modsatrettede krav
- Tolkene er generelt venlige, men patienterne har ikke altid tillid til tolkenes diskretion
- Der er udsving i tolkenes kvalitet, og der efterlyses derfor stabilitet og sikkerhed for dygtige tolke i form af en certificering
- En dårligt tolket samtale er spild af ressourcer og af alles tid
- Tolk og kliniker skal oplæres i 'den gode tolkesamtale'
- Der mangler tolke med kendskab til sundhedsvæsenet og kroppens anatomi
- Serviceniveauet hos tolkeleverandøren er blevet bedre, men det kan være svært at rekvirere tolke med den rigtige dialekt pga. oversigter i SP
- Personalet og patienterne oplever at tolkene møder til tiden
- Et patientforløb forbedres, hvis den samme tolk går igen ved konsultationerne
- Klinikerne påpeger at familiære tolke ikke kan og bør erstatte den professionelle tolk
- Videotolkning kan sandsynligvis erstatte fremmødetolkning i mange situationer

58 %

Af patienterne er tilfredse med den tolkning, de har fået

52 %

Af patienterne oplever at tolken var god til at forklare det lægen/ sygeplejersken sagde

62 %

Af patienterne forstår tolkens dialekt

> De fleste tolke er gode, men jeg synes, at kvaliteten er svingende. Nogle gange kan det ikke rigtig forsvares, og det er spild af ressourcer, at starte en konsultation op, når den er dårligt tolket. Dårlig tolkning skulle være en sjælden undtagelse, men det er det ikke. Jeg vil tro, at det er hver 10. tolk.
>
> **Læge på hospital**

Region Hovedstaden

Tolkebistanden i RegionH Juni 2019

Tolkebistanden i Region H

Undersøgelse af brugernes oplevelser med tolkeydelser på hospital og i almen praksis



Have you used an interpreter today?
Help us by answering a questionnaire about your experience – your answers are anonymous!

هل استخدمت مترجما اليوم؟
نرجو منك مساعدتنا من خلال الإجابة على استبيان حول تجربتك - إجابتك سرية!

Bugün tercüman kullandınız mı?
Deneyiminizle ilgili anketi cevaplayarak bize yardımcı olabilirsiniz- cevabınız isimsiz olacaktır!

REGION

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser

Tolkebistanden i Region H

Undersøgelse af brugernes oplevelser med tolkeydelser på hospital og i almen praksis

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af Center for Sundhed – Økonomienheden, Region Hovedstaden

Chefkonsulent Rikke Gut
Specialkonsulent Mette Foged
Konsulent Marie Louise James

Enhedschef Marlene Willemann Würgler

© Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden, juni 2019

ISBN: 978-87-93048-60-7

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:
Chefkonsulent Rikke Gut
Kompetencecenter for Patientoplevelser
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
E-mail: kopa@regionh.dk

Indhold

Introduktion 4

Resultater 5

Fravalg af tolk 5
Servicen hos tolkeleverandøren 6
Sprog- og kulturforståelse 7
Tillid til tolken 8
Kontinuitet 9
Den gode tolkesamtale 9
Fejl og compliance 11
Fremtidig organisering af tolkebistanden 11

Konklusion 13

Klinikere og patienters forbedringsforslag 15

Om undersøgelsen 16

Baggrund 16
Formål 16
Metode 16
Rekruttering 18
Materiale 19

Bilag 1: Resultater fra patienttilfredshedsundersøgelsen 20

Introduktion

Antallet af tolkninger i Region Hovedstaden var i 2018 på 74.672. Der er stort set lige mange tolkninger på hospitaler og i speciallæge/almen praksis.

Formålet med denne undersøgelse er at belyse brugernes oplevelser med servicen og kvaliteten af de fremmedsprogstolkninger, som Region Hovedstadens tolkeleverandør leverer i almen praksis og på regionens hospitaler.

Brugerundersøgelsens resultater skal bidrage til en drøftelse af den fremtidige organisering af fremmedsprogstolkningen i regionens Sundhedsudvalg.

Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) har gennemført telefoninterview med i alt 11 klinikere. Fem læger, fem sygeplejersker og én sekretær fra såvel somatiske som psykiatriske hospitalsafdelinger samt seks alment praktiserende læger.

Til at indsamle patienternes oplevelser har KOPA gennemført en spørgeskemaundersøgelse, som er oversat til tre forskellige sprog (arabisk, tyrkisk og engelsk) ud af 89 sprog i alt. 58 patienter har besvaret spørgeskemaet. Under dataindsamlingen opstod der uformelle samtaler, hvoraf enkelte pointer indgår i afrapporteringen sammen med patienternes input fra kommentarfelterne. Se endvidere afsnittet ”Om undersøgelsen” for en uddybning af undersøgelsens baggrund, formål, metoder og materiale.

Resultater

Fravalg af tolk

Under dataindsamlingen spurgte flere patienter dataindsamleren, hvorfor tolkegebyret[1] er blevet indført, og hvem der har besluttet det. Det manglende kendskab bliver bekræftet af, at kun 25 % af patienterne i denne undersøgelse svarer, at de kender til reglerne om egenbetaling for brug af tolk.

Siden indførelsen af gebyr for fremmedsprogstolkning er antallet af tolkninger faldet væsentligt. Det er mest markant på praksisområdet, men det ses også på hospitalerne. Totalt set er tolkeaktiviteten, ifølge regionens opgørelser, faldet med 36 %, når de første fire måneder af 2018 sammenlignes med de første fire måneder af 2019.

Fald i antallet af tolkninger
Antal tolkninger jan-april 2018 og jan-april 2019

	Jan 2018	Feb 2018	Mar 2018	April 2018	2018 Total	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	April 2019	2019 Total
Hospital	3.966	3.428	3.432	3.420	14.246	2.842	2.382	2.831	2.336	10.391
Praksis	4.215	3.528	3.625	3.703	15.071	2.307	1.952	2.243	1.851	8.353
Total	8.181	6.956	7.057	7.123	**29.317**	5.149	4.334	5.074	4.187	**18.744**

Flere patienter fortæller, at de, efter indførelsen af tolkegebyret, tager pårørende med, der kan fungere som tolk. De foretrækker dog en professionel tolk, fordi deres pårørende heller ikke selv forstår dansk.

Klinikerne (læger, sygeplejersker og praktiserende læger) er enige i, at det er uhensigtsmæssigt, når pårørende fungerer som tolk. Dels kan deres dansk være begrænset, og dels er der diagnoser, der er svære at overbringe. Der er også emner, der er svære at tale om, særligt hvis det er et barn, der fungerer som tolk.

> *Det er svært at sige til en 12-årig pige "Sig til din mor at hun skal gå hjem og tabe sig". Det har jeg prøvet, og jeg har også prøvet at have en 12-årig pige, der sidder og græder, for hvordan siger man det til sin mor.* *Praktiserende læge*

Klinikere fortæller, at de efter indførelsen af tolkegebyret nu oftere taler engelsk ved konsultationer. Det er ikke optimalt, da patienterne ikke nødvendigvis er gode til engelsk, og da det også er et

[1] Den 1. juli 2018 trådte loven om gebyr for fremmedsprogstolkning i kraft. Loven betyder, at patienter, der har boet mere end tre år i Danmark uden at have opnået tilstrækkelige danskkundskaber, opkræves et gebyr ved tolkning i sundhedsvæsenet. Det er regionen, der opkræver gebyret.

fremmedsprog for klinikerne. Andre gange forsøger klinikerne sig på dansk, men de oplever det som fagligt uforsvarligt, hvis de har en fornemmelse af, at patienterne ikke forstår dem.

> *Jeg bliver nødt til at gå i gang på meget gebrokkent dansk, med tegnsprog og "Google Translate". Jeg kan ikke være sikker på, om de har forstået, at de fx selv skal holde øje med en indkaldelse. Det er i bund og grund mit ansvar, så man går hjem med en følelse af: 'Bare det her går godt. Bare jeg ikke har overset noget.' Det er rigtig ubehageligt. Og fagligt er det virkelig utilfredsstillende.* Praktiserende læge

Servicen hos tolkeleverandøren

Klinikerne oplever, at det fungerer fint, når de skal bestille en tolk. De kan stort set altid få en tolk til de ønskede tidspunkter, hvis de bestiller tolken nogle dage forud for konsultation. Dog kan det skabe problemer, hvis patienter har brug for tolk til et sjældent sprog, eller et sprog hvor der ikke er mange tolke.

De sekretærer, der bestiller tolkene, fortæller, at tolkeleverandørens oversigt over tolkede sprog og dialekter er fin. Derimod er der uoverensstemmelse med Sundhedsplatformens (SP) liste over sprog og dialekter. Det skyldes, at det i SP ikke er muligt at se og angive patientens dialekt. Der er også sprog, der ikke kan vælges (fx Sorani), hvilket besværliggør bestillingen af en tolk med den helt rigtige dialekt. Nogle afdelinger har opfordret SP til at udforme listerne, så de passer med tolkeleverandørens. Uoverensstemmelserne i listerne kan bevirke, at der ikke bliver bestilt en tolk med den rigtige dialekt, hvilket kan påvirke patienternes oplevelser.

Klinikerne fortæller, at det sjældent lykkes at få en akut tolkning i stand, fx på akutmodtagelser eller ved akut opstået sygdom i almen praksis. Hospitalerne benytter sig ind imellem af interne tolke i akutte situationer. Det vil sige læger og sygeplejersker, der kan tale patientens sprog. Nogle klinikerne påpeger dog, at det er forkert brug af ressourcer.

> *I en snæver vending bruger vi kollegaer, der kan tolke, hvis det er meget nødvendigt, at patienten får det at vide NU. Men jeg må alt andet lige sige, at jeg synes, at det er spild af ressourcer, hvis jeg beder en læge fra en anden afdeling om at stille op som tolk. Lægen er god til at være læge og ikke tolk.* Læge på hospital

I psykiatrien fremhæver klinikerne dog, at det er en fordel at bruge sundhedsprofessionelle som tolk, fordi psykiatriske patienters tilstand kan være svære at forstå og håndtere for en tolk uden erfaring på området.

> *Når en sundhedsfaglig kan tolke, kan de stille de relevante spørgsmål. Hvis en patient er psykotisk, kan de stille spørgsmål, for ikke at køre patienten op, fordi de kender til deeskalerende kommunikation.* Læge på hospital

Når det kommer til at møde op, oplever 82 % af patienterne, at tolkene fra tolkeleverandøren møder til den aftalte tid. Klinikerne fortæller, at hvis der er forsinkelser, så skyldes det oftere patienterne eller klinikerne, end det skyldes tolken. Ind imellem udebliver tolken dog helt. En opgørelse fra regionen viser, at der i de fire første måneder af 2019 har været klager over 125 udeblivelser fra en tolk (ud af 18.744 tolkninger). Langt de fleste interviewede klinikere har oplevet, at tolke ikke møder op, og det skaber irritation, da de som regel sætter ekstra tid af til patienter med tolk.

> *Det er meget forskelligt om tolkene overhovedet møder op, eller om patienterne møder op. Vi booker en dobbeltkonsultation. Når patienten ikke møder op, er det ærgerligt, men når tolken ikke møder op, er det endnu mere ærgerligt, så skal vi bare sende patienterne afsted igen. Og så er det 1,5 time, man har spildt på ingenting.* Læge på hospital

En kliniker har oplevet, at blandt andet tolkens udeblivelse blev fatalt for en alvorligt syg patient, da behandlingen blev udskudt.

> *Jeg havde en patient, som bestilte tid til en knude i lysken, og så kom tolken ikke, og jeg forstod ikke hvad problemstillingen var, så vi skulle have en ny tid. Det viste sig faktisk, at knuden var en metastase fra disponeret rektum cancer, og forløbet blev forsinket i 3 måneder. Noget af det var fordi, der var en tolk, der udeblev, og noget af det var, fordi patienten tog på ferie, før hun vidste, at det var alvorligt, så der gik alt muligt galt. Jeg har anmeldt det som en utilsigtet hændelse.* Praktiserende læge

Et par af de klinikere, der ofte bruger tolk, giver udtryk for, at samarbejdet med tolkeleverandøren er blevet bedre siden start. De er blevet bedre organiseret, gode til at finde løsninger og til at efteruddanne deres tolke.

> *Jeg synes, at det går fint. Hvis du havde spurgt mig, da vi startede med at have [tolkeleverandøren], så havde jeg nok sagt, at vi skulle have det gamle [tolkebureau] tilbage. Vi havde meget bøvl med dem i starten, men de er vokset med opgaven.* Sygeplejerske på hospital

> *[Tolkeleverandøren]Danmark er blevet bedre til at ringe og finde nye løsninger, fx at bruge telefontolkning. I starten var det ikke godt. Jeg tror simpelthen ikke, at de kunne skaffe de tolke de skulle. Og tolkene mødte ikke op. Det er ligesom, at de har fået opdraget lidt på tolkene.* Sekretær på hospital

Sprog- og kulturforståelse

Kultur er en referenceramme og 74 % af patienterne oplever, at det er vigtigt, at tolken kan formidle deres kultur til lægen eller sygeplejersken. I en del tilfælde oplever klinikerne, at det bidrager positivt til samtalen og til forståelsen mellem kliniker og patient, at tolken har kendskab til den samme kultur, som patienten og kan videreformidle denne. I andre sammenhænge kan den blive en barriere for klinikerens samtale med patienten, hvis tolken får en for stor rolle i samtalen og har holdninger til, hvad patienten kan og bør ud fra en kulturel sammenhæng.

> *Jeg havde en episode, hvor tolken skulle fortælle en patient, at hun kunne få abort. Så siger tolken, at det må hun ikke i deres kultur. Så måtte jeg sige: "Ud af min butik, det må man i Danmark". Hvad nu hvis hun ikke holder sin tavshedspligt.* Praktiserende læge

Sprog og kultur hænger uløseligt sammen. Der vil således være begreber, som ikke nødvendigvis findes på dansk eller på tolkesproget. Her kræver det en dygtig tolk, at kunne forklare henholdsvis læge og patient hvad modparten mener. At tolk og patient deler samme etniske baggrund er dog ikke ensbetydende med, at tolk og patient forstår hinanden. Hvis patienten er opvokset i et landligt område og aldrig har gået i skole, kan sprog og forståelsesramme være så markant forskellig fra en

ung tolks, at de kan have svært ved at forstå hinanden, selvom de har baggrund i den samme egn.

> *Mange tolke er opvokset i Danmark og ved ikke noget om at bo i en lille landsby i Tyrkiet. De kender ikke bonde-tyrkisk. Som bonde har de ikke det store sprog og en del er analfabeter. "Sort lever" og "hvid lever" for lunger. Men det er der nogle af de unge tolke, der ikke ved.* Praktiserende læge

Ifølge klinikerne er tolkene som oftest dygtige nok på dansk, men de og patienterne oplever, at det kan være problematisk, hvis tolk og patient ikke har samme dialekt, da det skaber forståelsesproblemer.

> *Jeg har oplevet, at de talte samme sprog, men kom fra vidt forskellige steder, så de ikke forstod hinanden, og hvor tolken sagde: "Jeg kan kun sige det meget overordnet, fordi dialekten er så forskellig".* Sygeplejerske på hospital

Patienterne udtrykker frustration over tolkenes manglende ordforråd på deres dialekt. Det gælder såvel kurdisk som arabisk. 62 % af patienterne svarer, at de i meget høj grad eller i høj grad forstod tolkens dialekt, mens 60 % af patienterne oplever, at tolken i meget høj grad eller i høj grad er dygtig nok på deres sprog.

Når det kommer til tolkninger på små sprog, er nogle klinikere tilbøjelige til at acceptere en ringe tolkekvalitet, da udvalget af tolke er begrænset.

> *Jeg har en patient med en sjælden dialekt fra Afrika, hvor der måske er en eller to på Sjælland, der tolker, og der må man sige, at det må man acceptere, at det bliver så godt, som det kan. Og der må jeg se på tolken i stedet for på patienten, for at sikre mig, at tolken forstår hvad jeg siger.* Læge på hospital

Tillid til tolken

65 % af patienterne oplever, at tolken ved deres seneste besøg var venlig, og 45 % af patienterne har i meget høj grad eller i høj grad tillid til tolken som person, mens 27 % svarer, at de i mindre grad eller slet ikke har tillid til tolken. Nogle klinikere oplever også, at der ikke altid er tilstrækkelig tillid mellem patient og tolk. Det resulterer i, at patienter ikke altid fortæller, hvordan de egentlig har det, når der er en tolk til stede. Årsagerne til dette beskriver klinikerne som, at patient og tolk kender hinanden, eller fordi "rygterne løber hurtigt i de små indspiste miljøer hvad tabubelagte sygdomme angår".

> *Det er jo nogle små lokalsamfund, så jeg har oplevet, at de måske kender hinanden i en anden sammenhæng, og nu er det jo en gynækologisk obstetrisk afdeling, og det er ikke altid, at man er interesseret i, at det man foretager sig på den her afdeling, det kommer ud i ens lokalsamfund.* Læge på hospital

Nogle klinikere oplever, at de kan være nødt til at aflyse en tolkesamtale, fordi patienten frabeder sig den fremmødte tolk og 9 % af patienterne angiver, at de har oplevet, at tolken brød sin tavshedspligt inden for det seneste år.

At tolken har samme køn, er ofte et kriterie for tillid. For 61 % af patienterne er det vigtigt, at tolken har samme køn som dem selv[2]. Ifølge flere klinikere finder patienter det især svært, at tolken er af det modsatte køn, hvis konsultationen omhandler fx underliv eller seksualitet, og når patienten skal tage noget af tøjet af for at blive undersøgt. Her spørger klinikerne patienterne, om de ønsker, at tolken bliver i rummet og står med ryggen til, eller om tolken skal gå uden for døren, mens patienten bliver undersøgt. Hvis patienten slet ikke kan forstå dansk, foretrækker klinikerne, at tolken bliver i rummet, og sidder med ryggen til, så de kan oversætte hvad patienten skal gøre, og hvad patienten svarer.

> *Jeg har brug for tolkning af fx: "Prøv at knib sammen". "Prøv at slappe af". Jeg kan ikke lave en ordentlig undersøgelse, hvis patienterne ikke forstår, hvad de skal gøre undervejs, og hvis jeg ikke kan spørge: "Gør dette her ondt?". "Kan du strække?". "Kan du bøje?". Man får også nogle gode oplysninger under selve undersøgelsen.* Praktiserende læge

Kontinuitet

Kontinuitets betydning for patienternes tryghed er et kendt fænomen i sundhedsvæsnet. Patienter og klinikere påpeger, at det giver tryghed, når det er den samme tolk, der er til stede igennem et patientforløb, hvis kontakten mellem parterne er god. Enkelte gange lykkes det, men generelt er det ikke de samme tolke patienterne møder i deres forløb. Det er dog muligt at bestille den samme tolk på afdelingerne, men en del klinikere kender tilsyneladende ikke til denne funktion.

Der er heller ikke kontinuitet i de tolke der kommer på afdelingen. Dette ærgrer klinikerne, da gentagelse og erfaring betyder, at tolken fx kan få kendskab til specialet (og den anatomi der er tilknyttet), de kliniske arbejdsgange, samt regler mm. hvis de kommer på afdelingen flere gange.

> *Vi havde en tolk på et tidspunkt, der spurgte, om det var ok, at han lige talte med patienten. Han prøvede at forklare, hvorfor han skulle være her [på lukket afdeling], og patienten synes jo ikke, at han skulle være her. Det gav noget rigtig fint og var rigtig rart. Han kendte også reglerne for tvangstilbageholdelse og havde noget baggrundsviden.* Sygeplejerske på hospital

Den gode tolkesamtale

Når patienterne spørges til deres samlede indtryk af tolkesamtalen, svarer 58 % at de i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med den tolkning de har fået. 20 % svarer, at de i mindre grad eller slet ikke er tilfredse. I kommentarfelterne skriver patienterne at der er stor forskel på tolkene.

Der er ingen tvivl om, at det er en kompleks opgave at være en god tolk. Der stilles mange forskelligrettede krav til tolkenes færdigheder, og de mange forventninger til tolkenes kunnen, kan gøre det svært for dem at navigere i.

En del klinikere fremhæver, at det er vigtigt, at de løbende bliver informeret om, hvad der bliver talt om, hvis tolken og patienten taler sammen. Hvis tolken ikke oversætter løbende, afbryder de fleste

[2] Det er muligt at vælge tolkens køn ved bestilling hos tolkeleverandøren.

klinikere dem og spørger, hvad de taler om og forsøger at sætte rammen for samtalen. Dog er der klinikere, der ikke formår dette, og de oplever, at tolk og patient bruger tiden til at tale sammen udenom klinikeren.

> *Der er nogle tolke, der er rigtig dårlige. De lader bare patienten tale uden at afbryde, man kan jo godt afbryde med sit kropssprog, og sige 'pause, nu skal jeg oversætte'. Så de dårlige tolke, det er dem der ikke afbryder patienten og som ikke styrer samtalen, men i stedet koger en ti minutters enetale ned til tre sætninger.* Praktiserende læge

Klinikerne oplever, at en tolk er god, hvis tolken har en autoritet og bryder ind og måske er med til at "opdrage" patienten. Klinikerne har nemlig brug for at få specifikke oplysninger, og det får de ved, at patienter svarer på deres spørgsmål.

> *Jeg er utrolig afhængig af en dygtig tolk, som kan stoppe patienten og lige sige til mig: "Hun svarer ikke på spørgsmålet. Nu stopper jeg hende lige igen, og stiller det igen". Det oplever jeg næsten aldrig. Jeg oplever, at patienten får lov til at snakke 'blablablablabla', og så oversætter tolken det som: "hun sagde det samme som før". Så siger jeg prøv at stille spørgsmålet en gang til. Når man så har gjort det tre gange, så sidder alle og ser desorienterede ud, og så er tiden gået. Og så er der fire uger til næste tid.* Praktiserende læge

52 % af patienterne oplever, at tolken i meget høj grad eller i høj grad, er god til at forklare det, som lægen eller sygeplejersken siger. Samtlige klinikere oplever, at tolkningen er god, hvis tolken oversætter, det patienten siger, ordret og fx siger: "Jeg har ondt i maven" fremfor "hun har ondt i maven". Det gør klinikerne mere sikre på, at tolken ikke selv fortolker eller omformulerer det, de oversætter. Tolken skal også oversætte eventuelle patientsvar, der ikke giver mening for tolken, fordi det godt kan have værdi for lægen. Det gælder særligt indenfor psykiatrien, hvor en præcis og ordret gengivelse er af stor betydning, da fx de små nuancer kan påvirke udfaldet af en psykiatrisk test.

> *Det er sindssygt svært og især på psykotiske patienter, men det er meget svingene om det bliver oversat korrekt. Jeg havde en patient engang, der kiggede ned på gulvet og sagde "jeg ser små djævle". Der gik lige lidt tid før tolken forstod, hvad han sagde.* Sygeplejerske på hospital

Langt de fleste klinikere foretrækker, at tolken indgår som et relativt usynligt bindeled mellem patient og kliniker, og at det er patienten, der er i centrum. Dog nævner nogle klinikere, at det giver en bedre samtale, hvis tolken også er en formidler af budskaber og ikke bare er en "oversætterma-skine". Det vil sige, at tolken gerne må udtrykke sig fx omsorgsfuldt, bestemt, spørgende. Det er også en ekstra bonus hvis tolken kan oversætte det nonverbale.

> *Vi havde en patient, som havde en tolk, som kom fra præcis samme område og som var utrolig dygtig til at videregive det, der blev sagt. Og som havde tolket mange gange før for den patient. Vi havde et indtryk af, at han havde et kendskab til patienten, og at der var en tillid. Det gav nogle bedre samtaler. Tolken beskrev måden patienten snakkede på sprogligt, i forhold til hvordan han oplevede patienten værende i sit forløb. Han kunne sige, at sprogligt var det blevet værre. Det var en kompetence.* Sygeplejerske på hospital

Klinikerne oplever, at tolkene er professionelle, hvis de sikrer sig, at de har forstået det lægen eller sygeplejersken siger korrekt, inden de oversætter det til patienten. Det kan fx være hvis en læge

spørger patienten om han/hun tænker på, at "gør noget ved dig selv" og tolken sikrer sig ved at spørge, om det handler om selvmordstanker. Det virker også professionelt, når tolkene informerer klinikerne om, at de vil oversætte det lidt anderledes, hvis det omhandler noget kulturelt.

> *Jeg ville egentlig ønske, at tolkene hyppigere bad os forklare yderligere. Det er en tryghed for mig, for så ved jeg, at de ikke forsøger at forklare noget, de ikke selv helt forstår.* Sygeplejerske på hospital

Klinikere foretrækker, at tolkene løbende spørger ind til indhold og kontekst, fremfor at de gør det til sidst i samtalen, da det giver anledning til bekymring angående kvaliteten af den hidtidige tolkning. Det er dog en hårfin balance, for hvis tolkene stiller for mange spørgsmål om ting, som klinikerne oplever som almen viden, anser de tolkene for inkompetente.

Flere klinikere beretter, at den gode tolkesamtale ofte er et resultat af gensidig uddannelse og samarbejde mellem tolk og kliniker. Tolkekontinuitet er således vigtig for kvaliteten af den tolkede samtale.

Fejl og compliance

18 % af patienterne angiver, at de har oplevet, at der er sket en fejl, som kan tilskrives tolkningen. Langt de fleste af de interviewede klinikere siger, at de aldrig har oplevet, at der er opstået fejl, der kan tilskrives mangelfuld tolkning. Nogle har dog oplevet misforståelser, som fx har ført til, at patienten skulle komme til flere besøg, således at behandlingen blev fordyret og forsinket.

> *Jeg har mange patienter, der kommer tilbage og ikke lige har forstået det. Der er mange faktorer, der spiller ind. Det kan godt være, at tolken har oversat det, men at patienten ikke lige forstod det.* Sygeplejerske på hospital

Nogle klinikere oplever, at tolken bygger videre på deres sætninger og begynder at forklare patienten noget, som er forkert. Til gengæld pointerer klinikerne, at deciderede fejl opstår, når der IKKE er en tolk til stede.

I forhold til at følge den aftalte behandling oplever klinikerne ofte, at patienterne ikke gør, som de har aftalt ved konsultationerne. Klinikerne kan ikke sige, om det har noget med tolkningen at gøre, men de tror det ikke, da etnisk danske patienter også undlader at følge klinikerens anbefaling, fordi det er svært - fx at udfylde et væske/vandladningsskema eller tabe sig.

Fremtidig organisering af tolkebistanden

I forhold til problemstillingen om hvorvidt tolkene fremover skal være fysisk tilstede eller tilstede pr. video eller telefon, er der tale om et hypotetisk spørgsmål, da langt de fleste patienter og klinikere kun har prøvet fremmødetolkning.

78 % af patienterne angiver således også, at de foretrækker fremmødetolkning i samtaler med læge/sygeplejerske. Klinikernes første indskydelse er da også, at de i fremtiden vil foretrække fremmødetolkning, men efter lidt refleksion siger flertallet at videotolkning formentlig, i langt de fleste tilfælde, kunne være et godt alternativ, da de kan få øje på en del gevinster.

Gevinsterne ved videotolkning mener klinikerne først og fremmest vil være, at regionen og patienterne sparer penge, da videotolkning er betydelig billigere end fremmødetolkning for de patienter, der selv skal betale (191 kr. mod 334 kr.). Klinikerne tror også, at videotolkning vil kunne bruges

mere fleksibelt, således at det er muligt at få akut tolkning og tolkning til små eller sjældne sprog.

De klinikere, der har erfaring med videotolkning, oplever desuden, at der er færre aflysninger og at tolkene fylder mindre i samtalen, end når de er fysisk til stede ved konsultationerne. Videotolkning kan også give mere anonymitet til såvel patient som til tolk.

> *Det er egentlig rigtig rart at bruge videotolkning, hvor tolken ikke er til stede i rummet. Det fylder lidt mindre, når de ikke sidder der, og der er også mulighed for at slå kameraet fra, hvis patienterne ønsker større anonymitet. Så er det bare med lyd. Vi kan godt anbefale teletolkning herfra, både ud fra et økonomisk, et praktisk og pragmatisk synspunkt. Det gør også det meget nemmere at booke [akutte] tolke. Sygeplejerske på hospital.* Sygeplejerske på hospital

Klinikerne oplever at ulemperne ved fremmødetolkningen er, at der nogle gange er dialoger i venteværelset mellem tolk og patient Det betyder, at tolkenes personlige sfære overskrides, fordi de bliver spurgt ind til deres hjemegn/region, eller måske deres familie. Klinikerne oplever, at nogle tolke kommer til at føle, at de har et "etnisk hjælpebehov". Det vil sige, at de bør hjælpe patienten ud over tolkningen efter konsultationen. Dette mener klinikerne vil undgås ved videotolkning.

Til gengæld er gevinsterne ved fremmødetolkning, at kropssprog også kan læses. Klinikerne forestiller sig også, at fremmødetolkning er det eneste rigtige at bruge ved samtaler, hvor der er mange personer til stede.

Konklusion

Tolkeopgaven er kompleks

Det er en kompleks opgave at være en god tolk på hospitaler og i almen praksis. Der stilles mange forskelligrettede krav til tolkenes færdigheder, og de mange forventninger kan gøre det svært at navigere i. Klinikere og patienter har en række kriterier, som beskriver den gode tolk, og som rækker ud over de sproglige færdigheder. Overordnet set er der efterspørgsel på tolke, der forstår at tolke det patient og kliniker siger direkte. De skal samtidig kunne omskrive eller forklare de ord, der ikke kan oversættes direkte og have kendskab til sundhedsområdet. Derudover skal tolken forholde sig følelsesmæssigt neutral til samtalens indhold og kunne styre patienten i samtalen, når det er nødvendigt, samtidig med at de ikke skal fylde for meget. De skal formidle det usagte, og de skal spørge ind efter behov - men ikke for meget. Nogle tolke er gode til at finde den rette balance, men det er dog de færreste nuværende tolkesamtaler, der lever op til alle disse kriterier. Derfor er der brug for at uddanne og certificere tolkene. Samtidig vil det være hensigtsmæssigt hvis klinikere og tolke afsatte fem minutter til supervision og sparring efter hver tolkning, dels for at øge tolkens kvalifikationer men også for at kompetenceudvikle klinikeren i 'den tolkede samtale'.

Tolkene er venlige men ikke alle er tillidsskabende

Generelt oplever både klinikere og patienter, at tolkene er venlige, men patienterne har ikke altid tillid til tolken som person. Årsagen kan være frygt for rygtedannelse i nogle miljøer - særligt angående tabubelagte sygdomme. Indimellem kan der opstå fejl eller misforståelser, som kan tilskrives tolkningen. Det kan blandt andet føre til at patienten skal komme til flere besøg, således at behandlingen bliver fordyret og forsinket.

Kontinuitet er vigtigt og kan godt ske over video

Der er som regel ikke kontinuitet i de tolke, der kommer på afdelingen. Dette er ærgerligt, da gentagelse og erfaring betyder, at tolken fx kan få kendskab til specialet og de lokalspecifikke arbejdsgange, hvis de kommer på afdelingen flere gange. Det er dog muligt at bestille den samme tolk, men denne mulighed synes klinikerne ikke at kende til.

De klinikere der har prøvet videotolkning kan få øje på en række gevinster ved dette. Dels kan regionen (og patienter der selv skal betale) spare penge, da videotolkning er betydelig billigere end fremmødetolkning. Det er (formentlig) muligt at bruge i akutte situationer eller til små eller sjældne sprog, da det er mere fleksibelt. Ved videotolkning fylder tolken mindre i samtalen, end når han/hun er fysisk til stede ved konsultationerne. Det kan give mere anonymitet til såvel patient som til tolk. Dog er videotolkning mindre velegnet ved fx samtaler, hvor der er flere personer til stede.

Tolkeleverandørens serviceniveau er blevet bedre

Serviceniveauet hos tolkeleverandøren er blevet bedre siden start. De er blevet gode til at finde løsninger på forskellige udfordringer, og det er stort set altid muligt at få en tolk til de ønskede tidspunkter, hvis tolken bestilles nogle dage forud for konsultation. Tolkene møder generelt til tiden, men indimellem er der udeblivelser, og så er tiden spildt for patient og kliniker.

På grund af uoverensstemmelser i oversigten over tolke i Sundhedsplatformen, taler patient og den bestilte tolk ikke altid samme dialekt, hvilket forringer kvaliteten af tolkningen betydeligt.

Patienter fravælger tolk af økonomiske årsager

For patienter, der har boet mere end tre år i Danmark, har egenbetalingen betydet, at antallet af tolkninger i regionen er faldet væsentligt, fordi patienter tager familiemedlemmer med i stedet. Det er uhensigtsmæssigt, da pårørende ikke altid behersker tilstrækkeligt dansk, og særligt uheldigt hvis et barn bruges som tolk. Klinikerne oplever derfor konsultationer med familiære tolke som fagligt uforsvarlige.

Klinikere og patienters forbedringsforslag

Certificér tolkene[3]	Tolkene skal ikke bare kunne tale dansk og fremmedsproget, de skal også have de rette kvalifikationer til at tolke, fx kompetence i at styre en samtale og at oversætte ordret. Lige nu stilles der ingen krav til certificering og tolke-titlen er ubeskyttet. Dette medfører en varierende kvalitet. Der er behov for en professionalisering og standardisering af tolke og deres tolketeknik.
Uddan tolkene med speciale indenfor krop og sundhed	Mange klinikere og patienter peger på behovet for tolke, der har specifikt kendskab til krop og sundhed. Foruden behovet for certificering af tolke, er der et yderligere behov for specialisering. Hvis tolkene kender til fx kroppens anatomi vil det forbedre tolkningen. Viden om psykiatri er også vigtigt, da samtalerne her kan være særligt komplekse.
Genovervej tolkegebyret	Med indførelsen af tolkegebyret fravælger mange patienterne tolk og tager i stedet deres pårørende med. Dette forringer kvaliteten af konsultationen, da en del pårørende ikke taler og forstår tilstrækkeligt dansk. I øjeblikket oplever klinikerne, at de bruger mange ressourcer på at finde ud af reglerne om, hvorvidt patienterne kan fritages fra gebyr.
Oplys om muligheden for kontinuitet af tolke	Klinikere på både hospitaler og i almen praksis vil gerne have tolkekontinuitet i såvel det enkelte patientforløb som på afdelingerne/i praksisserne. Kontinuiteten betyder, at tolken er bekendt med konteksten – både med patientens situation og afdelingens/klinikkens problemstillinger og arbejdsgange. Det resulterer i øget kvalitet og tidsoptimering, men kan også få betydning for, hvor hurtigt man kan få en kendt tolk ud. Det er muligt for afdelingerne/klinikkerne at bestille en specifik tolk, men de færreste klinikere kender til denne funktion. Kontinuitet kan sikres ved at etablere eget tolkebureau eller undlade at skifte tolkebureau.
Sats mere på videotolkning - særligt til tolkningerne på små sprog og til akutte tolkninger -det er fleksibelt og billigere	Ikke alle tolkede samtaler egner sig til video, dog siger de klinikere, der har stor erfaring med videotolkning, at de i langt de fleste situationer foretrækker video frem for fremmøde eller telefon. Satser man mere på videotolkning, vil det give en bedre udnyttelse af de sproglige kompetencer, og højne kvaliteten, hvis tolke fra små sprog opererer nationalt og tolker gennem video. Det kan være svært at udrede akutte patienter eller give patienter informationer om videre forløb uden en tolk. Dette bør i højere grad være muligt, evt. via video, da patientsikkerheden er på spil. Installation af videoudstyret koster noget at få etableret, men udgifterne til tolk via video kan spare patienter og regionen penge. Det er ligeledes muligt at få en videotolk med kortere varsel. Når det er sagt, foretrækker 78 % af patienterne, at tolken er fysisk til stede ved samtaler med læger og sygeplejersker.
Sørg for løbende supervision og gensidig udvikling	Flere klinikere efterlyser plads til en løbende supervision og sparring med tolkene. De peger på, at der skal afsættes tid til dette efter hver tolkning, dels for at øge tolkens kvalifikationer og hjælpe tolken ved svære situationer men også for at kompetenceudvikle klinikeren i 'den tolkede samtale'.
Ensret listen i SP med tolkeleverandørens liste over sprog og dialekter	Listen over sprog og dialekter i Sundhedsplatformen skal være den samme som tolkeleverandørens liste. Bestilling af rette dialekt er afgørende for, om konsultationen kan gennemføres.

[3] Fra national side er der pr. 1/3-2019 blevet indført et certificeringsforløb for fremmedsprogstolke. Dette var dog ikke effektueret da udbuddet med tolkeleverandøren blev indgået og nærværende undersøgelse gennemført.

Om undersøgelsen

Baggrund

Region Hovedstadens kontrakt med tolkeleverandøren udløber den 30. september 2020. Inden Sundhedsudvalget beslutter, om Region Hovedstaden skal etablere eget tolkekorps eller gå i fælles udbud med andre regioner, ønsker Sundhedsudvalget bl.a. at inddrage erfaringer fra brugerne i Region Hovedstaden. Derudover inddrages erfaringer fra Region Syddanmark, som har hjemtaget fremmedsprogstolkningen (november 2017). Årsagen til, at Region Syddanmark har oprettet eget tolkekorps, er på grund af manglende forsyningsstabilitet og lav kvalitet i opgaveløsningen[4].

Antallet af tolkninger i 2018 i Region Hovedstaden var på 74.672. Der er stort set lige mange tolkninger på hospitaler (39.645) og i praksis (35.027). Der skelnes mellem tre typer af tolkning henholdsvis fremmødetolkning, videotolkning og telefontolkning. Det er lægen, som bestiller tolkningen og afgør, i hvilken form den skal udføres. 81 % af tolkningerne omfattet fremmødetolkning, mens de resterende 19 % vedrører teletolkning (telefon 11 % og videotolkning 8 %). Fokus i nærværende undersøgelse er brugernes oplevelser af fremmødetolkning.

Der tolkes på i alt 89 sprog i regionen. De tre mest tolkede sprog i Region Hovedstaden er arabisk (39,0 %), tyrkisk (13,3 %) og urdu (6,3 %).

Regionens tolkeleverandør skal registrere klager[5], hvis brugerne er utilfredse med den udførte tolkning. Ud af 74.672 udførte tolkninger i 2018 blev der klaget 1.500 gange svarende til 2,0 % af fremmedsprogstolkningerne. Klagerne omhandler primært forsinkelser og udeblivelser.

Kompetencecenter for Patientoplevelser har indsamlet erfaringer fra patienter, praktiserende læger og klinikere i Region Hovedstaden til brug for drøftelsen i Sundhedsudvalget.

Formål

Formålet med denne undersøgelse er at høre om brugernes oplevelser med servicen og kvaliteten af den fremmedsprogstolkning (fremmødetolkning), der leveres af tolkeleverandørens medarbejdere. Brugergruppen udgøres af patienter, læger og sygeplejersker på hospitaler samt praktiserende læger.

Brugerundersøgelsens resultater skal bidrage til en drøftelse i Sundhedsudvalget af den fremtidige organisering af regionens fremmedsprogstolkning.

Metode

Ved udviklingen af undersøgelsens design er der søgt inspiration i en række danske og internationale publikationer om oplevelser af tolkebistand. Resultaterne fra denne undersøgelse er i høj grad sammenfaldende med de øvrige undersøgelsers resultater.

[4] Region Hovedstaden har ikke samme tolkeleverandør som Region Syddanmark havde.

[5] Med den nuværende kontrakt har man etableret et elektronisk bestillings- og klagesystem. Dette skal bruges, når afdelinger hhv. skal bestille en tolk eller ønsker at klage over en specifik tolkning. Foretages bestillingen eller klagen telefonisk da registreres det i bestillings- og klagesystemet. I forbindelse med bestillingen af tolke, er det eksempelvis muligt at rekvirere eller frabede en specifik tolk samt bede om at tolken er af specifikt køn

Anvendt litteratur

Hadziabdic, E. , Heikkilä, K. , Albin, B. and Hjelm, K. (2011), *Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare.* Nursing Inquiry, 18: 253-261. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00542.x

Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K., & Hjelm, K. (2014). *Family members' experiences of the use of interpreters in healthcare.* Primary Health Care Research & Development, *15*(2), 156-169. doi:10.1017/S1463423612000680

Itani, N., Khalil, M., & Sodemann, M. (2017). *Language Skills and Level of Experience among Arabic-Speaking Healthcare Interpreters in Denmark: an Explorative Study.* Diversity and Equality in Health and Care, 14(6), 283-289.

Knudsen, A H. (2015) *Evaluering af teletolkning i almen praksis*. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse (nu KOPA)

Nørredam, Marie (2016). *Er vi parat til at håndtere kulturel diversitet i det danske sundhedsvæsen?,* Leder i Ugeskr Læger 178/2 25. januar 2016

Sodemann, M., et al. *De blinde vinkler i samtalen med indvandrerpatienten,* Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Odense Universitetshospital https://docplayer.dk/68723635-De-blinde-vinkler-i-samtalen-med-indvandrerpatienten.html

Sodemann M, Kristensen TR, Sångren H et al. *Barrierer i lægesamtalen med indvandrerpatienten.* Ugeskrift Læger 2015;177:02150105.

Vikkelsø L S Institut for Menneskerettigheder (2014). *Lige adgang til Sundhed – En analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minioritetsbaggrund*. https://menneskeret.dk/sites/menneskeret.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/lige_adgang_til_sundhed_pdfa.pdf

Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter

Patienternes oplevelser af tolketilbuddet er indsamlet via et spørgeskema oversat til tre sprog (arabisk, tyrkisk og engelsk). Spørgeskemametoden er valgt, for at patienterne anonymt og frit kan angive deres oplevelser med tolk uden at skulle anvende tolk. Spørgeskemaet har et omfang på 13 spørgsmål samt et fritekstfelt, hvor patienterne kan uddybe deres svar eller angive øvrige forhold, som spørgeskemaet ikke dækker over.

Det viste sig at være vanskeligt at rekruttere patienter, der benytter fremmedsprogstolk, mens de var på hospitalet. Derfor blev alternative dataindsamlingssteder taget i brug. Spørgeskemaerne er således indsamlet på:

- Indvandremedicinsk klinik på Hvidovre Hospital (2 dage)

- Gynækologisk obstetrisk ambulatorium på Hvidovre Hospital
- Endokrinologisk afdeling på Herlev Hospital
- Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri på Psykiatrisk Center Ballerup
- Lægepraksis klinik i Brøndby
- Muhabet (aktivitetssted for mennesker, som er psykisk syge og traumatiserede, med fokus på flygtninge og indvandrere på Nørrebro)
- Kulturhuset BuQetten (aktivitetshus for kvinder i Hvidovre)
- Tyrkisk kulturforening i Albertslund
- Vestegnenes sprog og kompetencecenter i Glostrup (3 dage)

I forbindelse med dataindsamlingen uden for hospitalsregi, blev patienterne bedt om at tænke på den seneste tolkebistand hos egen læge eller på et hospital i Region Hovedstaden fra regionens specifikke tolkeleverandør.

I spørgeskemaet indgår spørgsmål om fremmedsprogstolkning i såvel almen praksis som ved konsultation/indlæggelse på hospitaler. Patienten svarede ud fra sin seneste oplevelse med tolk hos egen læge eller på hospital og udfra regionens specifikke tolkeleverandør.

Spørgeskemaet er blevet oversat til tyrkisk, arabisk og urdu og genoversat til dansk ved to forskellige oversættelsesfirmaer for at sikre, at der bliver spurgt på den tiltænkte måde. Oversættelsen fra urdu til dansk var dog af en så ringe karakter, at den ikke kunne anvendes.

Patienterne kunne både besvare spørgeskemaet på en IPad og i en papirversion. Langt hovedparten foretrak at svare på papir. Patienternes svarede anonymt.

Interview af klinikere

KOPA har gennemført 11 telefoninterview med hospitalslæger, sygeplejersker og en sekretær fra afdelinger der jævnligt har patienter der bruger tolk:

- Indvandremedicinsk klinik – Hvidovre Hospital
- Gynækologisk afdeling – Hvidovre Hospital
- Urologisk afdeling – Herlev Hospital
- Hæmatologisk afdeling – Herlev Hospital
- Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri – PC Ballerup
- Intensivt afsnit B1- PC Amager

Desuden har KOPA gennemført telefoninterview med seks praktiserende læger.

Rekruttering

Indledningsvis foretog konsulenter fra KOPA exit polls på forskellige hospitalsafdelinger og psykiatriske centre og i en almen praksis. Her blev patienter, der havde brugt tolk, opfordret til at besvare spørgeskemaet. Denne fremgangsmåde viste sig at være vanskelig, dels fordi antallet af patienter, der benytter tolk, er minimal, dels fordi nogle patienter i målgruppen er analfabeter og ikke kunne læse spørgeskemaet. Endelig lå dataindsamlingen under Ramadanen, hvilket betød at færre patienter med muslimsk baggrund mødte op på hospitalerne. Spørgeskemaindsamlingen er derfor suppleret med indsamling på sprogskoler, på væresteder og i kulturforeninger for målgruppen.

Praktiserende læger er rekrutteret via en nyhed i Praksisnyt, hvor de selv meldte deres deltagelse til telefoninterview til KOPA. Sideløbende tog KOPA direkte kontakt til praktiserende læger, der er nøglepersoner i forhold til emnet.

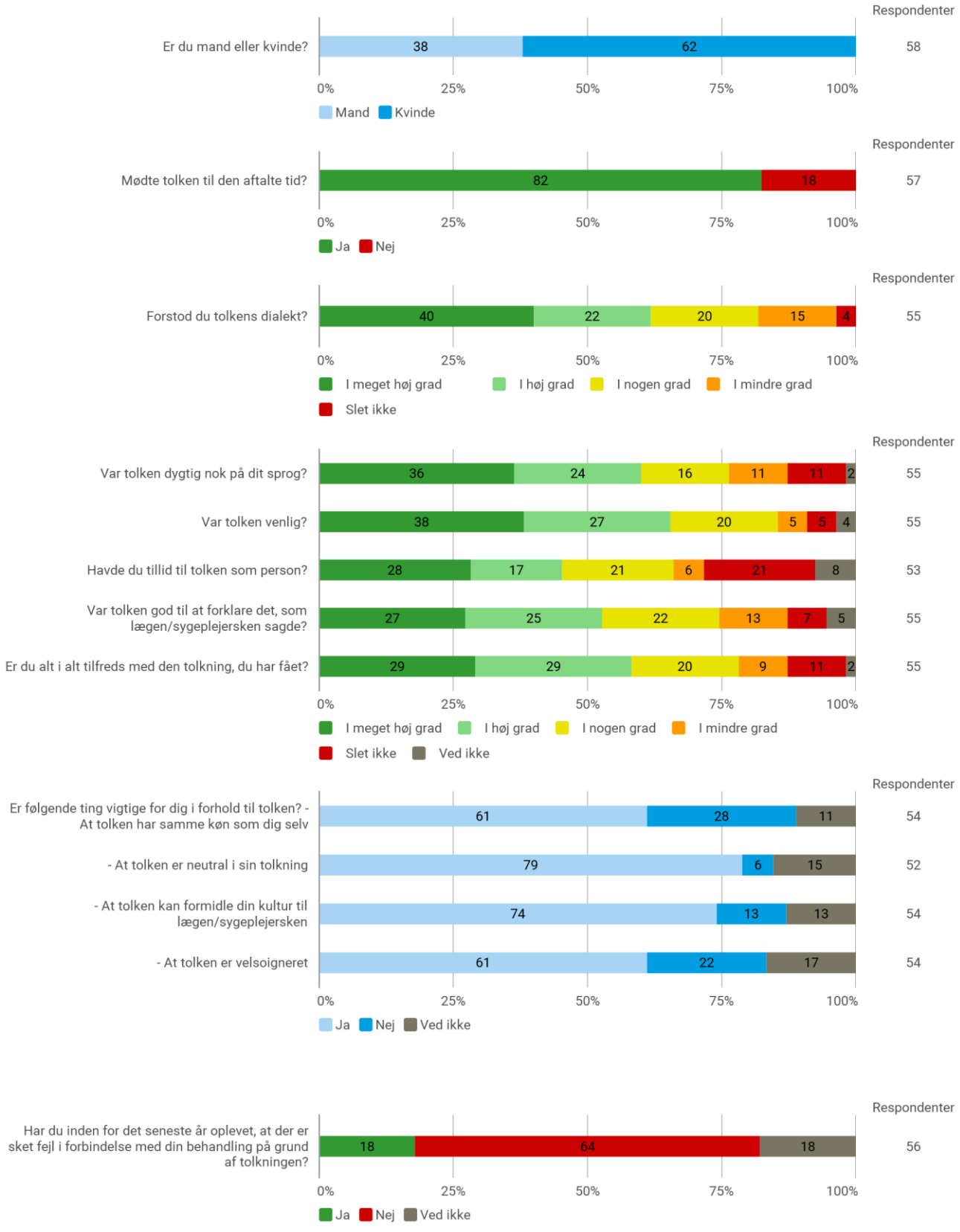
Læger og sygeplejersker på hospitalet er rekrutteret via udvalgte afdelingsledelser efter tilsagn fra hospitalsledelsen.

Materiale

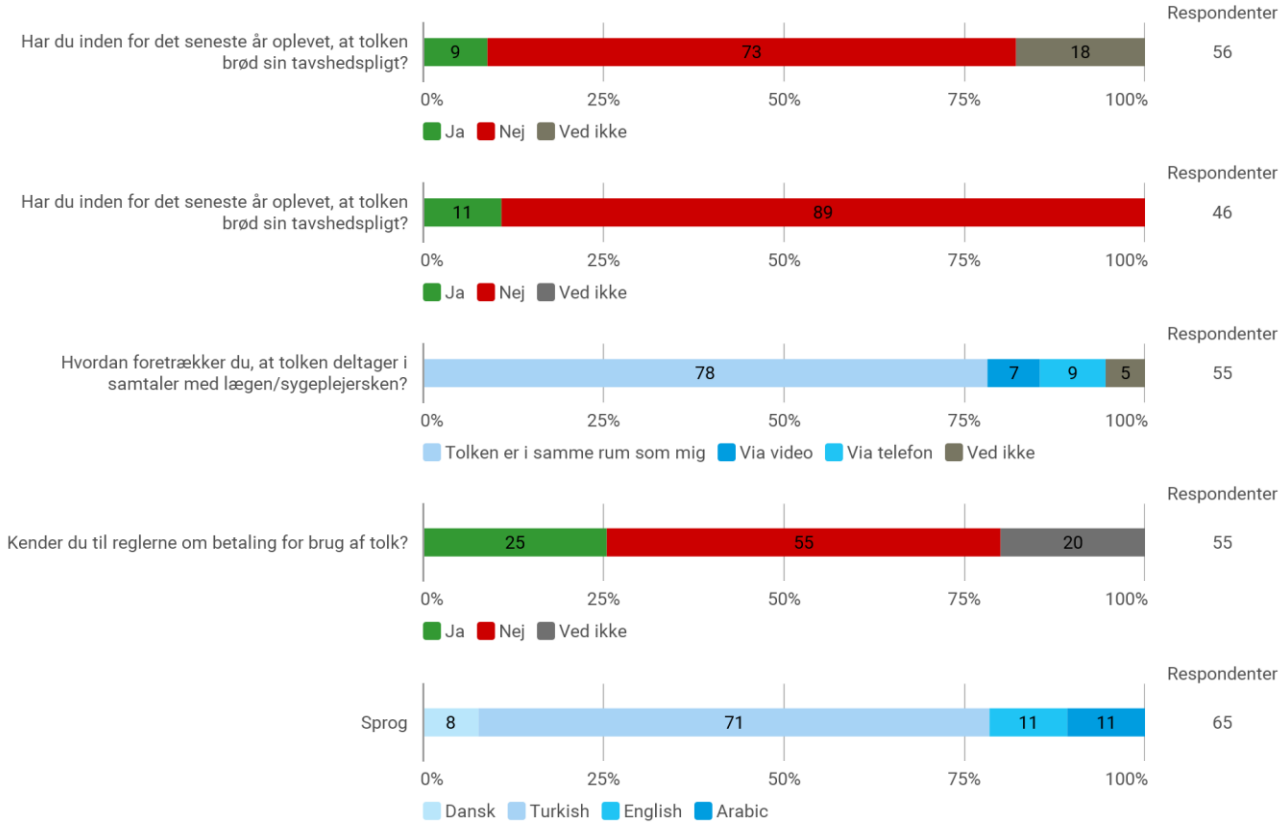
58 patienter har besvaret et spørgeskema. 38 % er mænd og 62 % er kvinder. 71 % har besvaret et spørgeskema på tyrkisk, 11 % på arabisk, 11 % på engelsk og 8 % på dansk (med hjælp fra tredje person).

Der er i alt gennemført telefoninterview med 17 klinikere. 6 praktiserende læger og 11 hospitalsansatte læger og sygeplejersker samt en sekretær. Tre var fra psykiatrien mens 7 var ansat på somatiske afdelinger.

Bilag 1: Resultater fra patienttilfredsheds-undersøgelsen



Bilag 1: Resultater fra patienttilfredshedsundersøgelsen



Kompetencecenter for Patientoplevelser
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 38649966
E-mail: kopa@regionh.dk
www.patientoplevelser.dk

Bilag: Oversigt vedrørende de fire modeller for den fremtidige tolkning

Tabel 1: Oversigt vedrørende de fire modeller:

Model/Indhold	**1. Udbud**	**2. Eget tolkekorps**	**3. Netværksmodel**
Leverandør	Ekstern leverandør	Egne tolke til hospital + ekstern leverandør	Ekstern leverandør
Model	Udbud	Egen ansættelse + udbud	Udbud
Tid	Ca. 1 år	Minimum 1 år, men forventeligt væsentligt mere.	Ca. 1 år
Kvalitet	Afhænger af krav i udbud.	Regionen tester selv sine tolke. Ved udbud er kvaliteten afhængig af de stillede krav.	Afhænger af krav i udbud. Kvalitet ses bl.a. af brugernes rating
Økonomi (mio. kr.)*	**20 - 26 mio. kr.** Udbudsmodellen vurderes alt efter udbudsstrategi og krav til leverandører, at kunne rummes inden for et budget på 20-26 mio. kr.	**32 - 40 mio. kr.** inkl. etableringsomkostninger. Tolkeaktiviteten er ca. den samme i de to regioner. Erfaringen fra Region Syddanmark er, at tolkecenteret er budgetteret til ca. 22 mio. kr. i 2019. Såfremt der også tilbydes fremmødetolkning på hospitalerne vurderes udgiften at stige til ca. 30 mio. kr. Derudover kommer udgifter til praksisområdet, samt etableringsudgifter til tolkecenteret på ca. 5,0 mio. kr. (Region Syd's tal). Den samlede udgift vurderes at være på 32 - 40 mio. kr.	**28 - 32 mio. kr.** Der er p.t. et begrænset antal tolkeleverandører, som kan tilbyde software, hvor tolkene kan koble sig på et digitalt netværk. På baggrund af priserne hos en tolkeleverandør med dette produkt vurderes udgiften at ligge på mellem 28 - 32 mio. kr.
Omfang	Leverandør har ansvar for levering af tolke til både hospital og praksis	Egne tolke på hospitaler omfatter ca. 8 hovedsprog. Ekstern leverandør til praksis og til hospital	Leverandør har ansvar for levering af tolke til både hospital og praksis

*) Tallene vedrørende økonomien er behæftet med betydelig usikkerhed.

Bilag: Politisk proces i sundhedsudvalget vedrørende tolkesagen

Sundhedsudvalget har tidligere behandlet sagen:

- I november 2017 drøftede udvalget muligheden for at oprette et regionalt tolkekorps som i Region Syddanmark, hvor det netop var besluttet at hjemtage fremmedsprogstolkningen på hospitaler i dagtid.

- I maj 2018 blev udvalget orienteret om status, hvor det blev besluttet, at muligheden for at hjemtage fremmedsprogstolkningen udsættes, indtil der foreligger brugbare erfaringer fra Region Syddanmark.

Region Syddanmarks tolkekorps startede i oktober 2018 og er efterfølgende udrullet til samtlige hospitaler i marts 2019. Region Syddanmark har endnu ikke gennemført en evaluering af tolkekorpset.

- I februar 2019 tog udvalget til efterretning, at administrationen forlænger kontrakten med TolkDanmark med yderligere et år til september 2020, idet det ikke vurderedes at være realistisk at etablere et nyt tilbud for tolkning på under et år og der ikke forelå brugbare erfaringer fra Region Syddanmark.

Bilag 5 til note vedr. økonomi

Baggrunden for den høje udgift til tolkning i 2017 vedrørende Praksis er, at regionens tidligere tolkeleverandør Social-Medicinsk Tolkeservice ikke sendte alle regninger ind løbende. Efter ophør af kontrakten pr. 1. februar 2017 modtog praksisadministrationen regninger for 13,4 mio. kr. fra den tidligere tolkeleverandør. Administrationen indhentede som følge heraf en ekstern juridisk vurdering vedrørende betalingsforpligtigelsen for de forsinkede regninger. Advokatfirmaet konkluderede, at regionen havde pligt til, at betale de forsinkede regninger for tolkeydelser, der var leveret frem til kontraktophør.

Bilag 1

Uddybende beskrivelse af signaturprojektet "Klimatilpasning på tværs"

Beskrivelse af initiativet
Vi er nødt til at tilpasse os et ændret klima. Vi ved at skaderne efter klimahændelser koster borgerne og samfundet milliarder af kroner.
I de kommende år skal der investeres massivt i klimatilpasningsløsninger. Men mange projekter strander, fordi der ikke kan opnås enighed om, hvem der skal betale for løsningen og hvordan den kan finansieres. Vi ved også, at håndtering af de ændrede vandmængder kræver samarbejde på tværs. Det gælder både mellem forskellige faglige discipliner, men også på tværs af administrative grænser.

Derfor er der behov for at udvikle et projekt, der adressere samarbejdet på tværs i relation til vandoplande og større, sammenhængende kyststrækninger. Samtidigt skal projektet anvise veje for betalingsmodeller og finansieringsmuligheder. Projektet skal også ses som en hjælp til borgerne, fordi vi ved, at den enkelte grundejer tit kommer i klemme og ikke kan løfte opgaven med klimatilpasning alene.

Formålet med projektet er at sikre, at vi kommer tættere på en klimasikret region. Men også, at investeringer i klimatilpasning skaber merværdi i form af bl.a. attraktive bymiljøer og rekreative løsninger. Og at løsningerne bliver udviklet i tæt samarbejde mellem forskellige aktører som kommuner, forsyninger, vidensinstitutioner og klimatilpasningsnetværk. Flere klimatilpasningsnetværk arbejder i øjeblikket på et tættere samarbejde, og projektet skal være med til at understøtte en konsolidering på området.

Resultatet af projektet vil være metoder til samarbejde om vandoplande og kyststrækninger, som andre kommuner/regioner kan få glæde af. Desuden et forslag til hvordan udgifter til klimatilpasningsløsninger kan fordeles mellem borgerne og offentlige myndigheder.

Den samlede effekt at projektet vil være, at der bliver taget hul på arbejdet med de større sammenhængende klimatilpasningsprojekter, og at fremtidige projekter ikke strander fordi der mangler konkrete erfaringer med samarbejde på tværs af faggrænser og administrative skel, eller manglende modeller til bidragsfordeling og anvisninger af finansieringsmuligheder.

Endelig vil projektet bidrage aktivt til at understøtte arbejdet med FN's verdensmål.

Mulige leverancer
Projektets fokusområde er særligt hjælp til tværgående samarbejder til gavn for borgerne i Region Hovedstaden.

- Udvikling af betalingsmodel/bidragsfordeling/finansieringsmuligheder for klimatilpasningsprojekter.

- Samarbejde om vandoplande og større, sammenhængende kyststrækninger
- Borgerrettede aktiviteter.

Partnerkredsen
Partnerskabskredsen er ikke på plads endnu, men der er god indledende dialog med en række kystkommuner og kommuner i vandoplande. Desuden er der dialog med flere af de store forsyningsselskaber i regionen. Derudover planlægges dialog med vidensinstitutioner, forskellige klimatilpasningsnetværk og kommunerne i hovedstadsregionen, som kan være med til at kvalificere indholdet af projektet.

Økonomi
Indsatser som led i projektet finansieres af den ramme på 3 mio. kr., som afsættes til det samlede signaturprojekt. Der søges at skabe en medfinansiering fra den kommende partnerkreds både som "rigtige penge" og medarbejdertimer, som matcher regionens bidrag.

Forventet varighed
Ultimo 2019 – ultimo 2021.

Bilag 2

Uddybende beskrivelse af signaturprojektet "Fremtidens tekniske og digitale kompetencer"

Beskrivelse af initiativet
På uddannelsesområdet er fokusområderne at sikre, at borgerne har de fornødne STEM-kompetencer (Science, Technology, Engineering, Math, dvs. tekniske og digitale kompetencer), og at alle borgere får et attraktivt uddannelsestilbud - især de udsatte unge.
Sikring af Fremtidens STEM-kompetencer i hovedstadsområdet er forudsætningen for at sikre hovedstadsregionens styrkepositioner inden for bl.a. life science, energi og klima. Tekniske og digitale kompetencer bliver i stigende grad en del af alle job og nødvendige for at kunne begå sig på arbejdsmarkedet og sikre borgere kompetencer til at skabe sig et godt liv. At borgerne har STEM-kompetencer bidrager også til, at de grønne kompetencer i hovedstadsregionen fastholdes og udvikles. Det skyldes, at mange fag og brancher, hvor der er behov for STEM-kompetencer, er med til at udvikle grønne løsninger og teknologier. Det er vigtigt, for det er med til at sikre, at hovedstadsregionen også på dette område bidrager til at imødegå klimakrisen.

Signaturprojektet understøtter Den Nationale Teknologipagt, hvor der er fokus på, at flere skal interessere sig for STEM, flere skal uddanne sig indenfor STEM og at flere skal anvende STEM i job.

I dag vælger alt for få gymnasieelever en STEM-uddannelse og på de videregående uddannelser er kun 30 % kvinder. Manglen på STEM-kompetencer bliver væsentlig reduceret, hvis flere kvinder i fremtiden vælger en STEM-uddannelse. Samtidig vil flere kvinder få mulighed for at begå sig på arbejdsmarkedet i fremtiden.

Mulige leverancer
En styrket indsats med særlig fokus på gymnasieelever, potentialer og motivation for videre uddannelses- og karrieremuligheder inden for STEM-områderne skal understøtte at flere vælger en STEM-uddannelse. Der kan igangsættes flere forskellige indsatser som led i signaturprojektet, fx med fokus på:

- Valg af studieretning i gymnasiet
- Skole – virksomhedssamarbejde
- Afholdelse af større STEM-events

Ovenstående eksempler skal konkretiseres nærmere i tæt dialog og samarbejde med relevante aktører på området; skoler, virksomheder og interesseorganisationer.

Partnerkredsen
Partnerkredsen er endnu ikke på plads, men der er dialog med centrale aktører inden for området så som Naturvidenskabernes Hus og Engineer the Future omkring et samarbejde.

Økonomi
Indsatser som led i projektet finansieres af den ramme på 4,7 mio. kr., som afsættes til det samlede signaturprojekt.

Forventet varighed
Ultimo 2019 – 2022

Videre proces
Administrationen arbejder på den videre konkretisering af projektet. Bl.a. i forhold til at få partnerkredsen og ekstern medfinansiering på plads. Det endelige projekt set-up med partnerkreds, ekstern medfinansiering samt fordeling af den afsatte ramme på 4,7 mio. kr. på eventuelle delprojekter vil blive forelagt til godkendelse i Udvalget for forskning, innovation og uddannelse inden udgangen af 2019.

Bilag 3

Uddybende beskrivelse af delprojekt 1 af signaturprojektet "Smarte og grønne transportløsninger"

"Mobility as a Service – skal gøre kollektiv trafik attraktiv for nye kunder i hele Norden"

Beskrivelse af initiativet

Udviklingen af den kollektive trafik i hovedstadsområdet halter bagefter andre metropolområder som fx Stockholm og Helsinki. Her er man længere fremme, når det handler om at sammenkæde forskellige transportformer på rejsen, hvor det er nemt og gnidningsløst at få information og betale, når rejsende fx vil kombinere bycykel, flextrafik, delebil eller taxi med den kollektive trafik.

Region Hovedstaden har sammen med en række nordiske partnere d. 28. juni 2019 søgt Nordisk Råds innovationsfond (Nordic Innovation) om at fælles nordisk projekt, som skal styrke en fælles nordisk platform for Mobility-as-a-service (MaaS).

Formålet er at udvikle og teste mobility-as-a-service på tværs af landegrænser via roaming. Dvs. at hvis man først har oprettet en mobilitets-aftale i et land, så kan man også benytte den i andre geografier.

Projektet har tre ben:

1. Efterprøvning af konceptet over for mulige brugere (primært bilister) og test af mobility-as-a-service roaming, hvor Greater Copenhagen er testområde.
2. Skabelse af et fælles nordisk datagrundlag for MaaS-løsninger. Dvs. standardisering og samarbejde med aktører om at få skabt datagrundlaget, som indeholder både offentlige og private udbydere af kollektiv trafik, delemobilitet eller andre mobilitetsydelser.
3. Vidensdeling omkring MaaS-løsninger og vidensdeling af projektresultaterne.

MaaS er udpeget som en konkret indsats i regionens trafik- og mobilitetsplan og understøtter Greater Copenhagens mål om et sammenhængende kollektivt trafiksystem.

Projektet er med forbehold for, at Nordisk Råds innovationsfond giver støtte til projektet. Dette afklares ultimo august 2019.

Udvalgte leverancer

- Vidensgrundlag for hvordan vi i Norden kan skabe optimale rammer for nye multimodale mobilitetsløsninger i vores region (herunder MaaS).

- Herunder viden om nødvendigt datagrundlag og standarder, samt integration mellem private og offentlige aktører både i Danmark og i de andre nordiske lande.
- Dialog og test med relevante aktører (fx Movia, Rejseplanen m.fl.) om at skabe rammer for et åbent økosystem for mobilitetsdata og mobiltetsservices – som kan udmøntes i konkrete beslutninger.
- Informationsmateriale, møder og konference – som skal kommunikere om projektet og resultater.

Partnerkredsen

Partnerkredsen bag projekt består af:

- ITS Nordics (forening af offentlige og private aktører indenfor intelligente transportsystemer) – projektleder / leadpartner
- Forskningsinstitutter: RISE Viktoria (SE), TØI (NO)
- MaaS operatører: Kyyti (FI), UbiGo (SE)
- Øvrige nøgleaktører: ITS Finland, ITS Norwey, ITS Sweden, Region Hovedstaden

Desuden indgår følgende parter i projektet – dog uden direkte finansiering af projektøkonomi og projekttimer:

- Trafikselskaber: Ruter, Östgötatrafiken, Entur, HSL/LMJ, Samtrafiken, Movia og evt. Rejseplanen
- Øvrige: Linköping Kommune, Dutch Ministry of Infrastructure, Aalto University, VTT, K2, CabOnline, Frogne, GreenMobility.

Økonomi

Region Hovedstaden afsætter 1 mio. kr. af de regionale udviklingsmidler til projektet. Midlerne fordeles med knap 750.000 kr. til (100.000 €) til leadpartneren i det fælles nordiske projekt samt godt 250.000 kr. til videreudvikling og afledte test af Mobility as a service i selve Region Hovedstaden og i Greater Copenhagen-området, herunder også kommunikation, konference mv.

Finansiering af det fælles nordiske projekt "Mobility as a service"	
Nordic Innovation	400.000 € (knap 3 mio. kr.)
Region Hovedstaden	100.000 €* (knap 0,75 mio. kr.)
Øvrige partnere	300.000 €
Samlet projektbudget	800.000 € (knap 6 mio. kr.)

Udover kontant medfinansiering af projektet stiller Region Hovedstaden sammen med Movia viden og erfaring til rådighed for projektet.

Varighed

Oktober 2019 – september 2022 (3 år)

Bilag 4

Uddybende beskrivelse af delprojekt 2, 3, 4 og 5 af signaturprojektet "Smarte og grønne transportløsninger"

Administrationen arbejder på den videre konkretisering af de nedenfor beskrevne delprojekter. Bl.a. i forhold til at få partnerkredsen og ekstern medfinansiering på plads. De endelige projekt set-up samt forslag til fordeling af den afsatte ramme på 4 mio. kr. på delprojekterne vil blive forelagt til godkendelse i Trafikudvalget inden udgangen af 2019 efter bemyndigelse fra regionsrådet.

2: "Intelligente trafikstyring og trafikinfo til at reducere trængsel og fremme grøn transport"

Beskrivelse af initiativet
Ansvarsområdet for signalanlæg i Danmark har historisk været placeret i amterne. Efter nedlæggelsen af amterne er ansvarsområdet flyttet ud i kommunerne med det resultat, at kommunerne i dag, sammenholdt med en teknologisk udvikling med mange nye muligheder, ofte ikke har de fornødne kompetencer til at navigere i markedet og lave intelligent efterspørgsel på området.
Den teknologiske udvikling på området accelererer netop i disse år og markedet viser nye bevægelser. For at tilbyde en særlig beslutningsstøtte til beslutningstagere i kommunerne samt demonstrationsstøtte til aktører i markedet, som netop tilbyder en række nye intelligente løsninger, vil et living lab (fysisk afprøvning på et vejareal), som en samlet, neutral ramme have en særlig værdiskabende funktion. En mulighed for at udbuds- og efterspørgselssiden kan mødes med formål om større gennemsigtighed, samarbejde på tværs af relevante led i værdikæden, fremvisning og afprøvning af såvel fysiske løsninger ligeså vel som nye samarbejdskonstellationer.

Der er på den baggrund i dag et uudnyttet potentiale i samordning af trafiksignaler og trafikledelse på tværs af regionen. Indsatsen kan evt. forankres og styres fra Trafiktårn Øst, hvor Vejdirektoratet og Københavns Kommune allerede har etableret et samarbejde. Københavns Kommune har desuden taget initiativ til at udvikle en strategisk trafikmodel for hele hovedstadsområdet, der kan give input til optimering af trafiksignaler og til beslutninger om fremkommelighedstiltag for fx busser og cykler. Derudover har Vejdirektoratet udpeget konkrete strækninger i Hovedstadsområdet, hvor der gode potentialer for bedre trafikstyring på tværs af myndighedsgrænser.

Projektet spiller ind i indsatsområdet "Intelligent signalstyring" i Trafik- og mobilitetsplanen for hovedstadsregionen, og bidrager til at løfte det tværgående strategiske indsatsområde i planen "datadeling og udnyttelse af data".

Mulige leverancer

- Etablering af testområde med løsninger i skalaen 1:1 hos DOLL Living Lab, Hersted Industripark, hvori der indgår en dialog og afprøvning med markedet inden for signalstyring.
- Analyse og anbefalinger af governance-strukturer for, hvordan kommunerne kan forpligte sig på at samarbejde om trafikstyring og trafikledelse på tværs af kommunegrænser på det overordnede vejnet. Kombineret med kommunale workshops, hvor trafikmedarbejdere fra hovedstadsregionens kommuner kan give deres input ift. behov, samt at vi kan plante nogle idéer om tværkommunale samarbejder.
- Analyse og anbefalinger af, hvordan det nationale adgangspunkt for data (som Vejdirektoratet har ansvar for) kan understøtte fremtidens trafikstyring, trafikprognoser og datadeling – og evt. kobles til det tilsvarende svenske nationale adgangspunkt.

Partnerkredsen
Gate21, Københavns Kommune, kommuner langs letbanen, DTU og Vejdirektoratet. Det er endnu ikke afklaret, hvem der skal være leadpartner på projektet.

Økonomi
Der er dialog med projektets partnere om projektets økonomi. Region Hovedstadens bidrag til projektet tages af den ramme på 4 mio. kr. som afsættes til det samlede signaturprojekt "Smarte og grønne transportløsninger".

Projektet kan evt. forsætte næste år i Greater Copenhagen geografien og geares med Interreg ØKS-midler.

Forventet varighed
Ultimo 2019 til medio 2020.

3: "Udbredelse og udvikling af dele- og samkørselstjenester"

Beskrivelse af initiativet
Projektet har fokus på at udnytte den store transportkapacitet, som i dag findes i form af tomme bilsæder. Det skal derfor være attraktivt og nemt at opbygge partnerskaber omkring dele- og samkørselstjenester, og der skal være gode faciliteter for dem, som vælger at indfri deres transportbehov via sådanne ordninger. Fremme af deletransport kan både være med til at reducere trængslen på de mest belastede vejstrækninger i regionen og være et supplement til den kollektive trafik især i yderområderne og til store arbejdspladser eller til erhvervsområder, som ikke ligger stationsnært. Med projektet går Region Hovedstaden forrest med at udbrede og udvikle disse nye tjenester med målrettede kampagner på arbejdspladser i regionen herunder regionens egne virksomheder.
Projektet understøtter det strategiske udviklingsområde om udbredelse og udvikling af dele- og samkørselstjenester i Trafik- og mobilitetsplanen for hovedstadsregionen.

Mulige leverancer
Der findes i dag en del dele-tjenester, såsom GoMore, MyDrive og Green Mobility – som er drevet af kommercielle firmaer – ofte tæt knyttet til de store byer og til bykernen, da kundegrundlaget er højest. For at få udbredt – især samkørsel i forstæderne og uden for bykernerne vil regionen sætte gang i udviklingen af digitale løsninger, som kan skabe et udbud af samkørsel, som ikke nødvendigvis er bynært. Derfor vil projekt have fokus på, at:

- Støtte udvikling af samkørselstjenester, hvor regionens medarbejdere får adgang til afprøve samkørsel.
- Støtte udvikling af samkørsel og deletjenester, så de blive tilgængelige digitalt og fysisk, som en del af den samlede kollektive rejse.
- Udvikle og afvikle en kampagne for samkørsel i Region Hovedstadens geografi.

Partnerkredsen
Der dialog med FDM, NaboGo og evt. partnergruppen bag Moving People (private og offentlige aktører), som ledes af Gate21 – om projekt, med Region Hovedstaden er projektejer.

Økonomi
Som led i den videre dialog med mulige partnere vil projektets økonomi blive afklaret. Region Hovedstadens bidrag til projektet tages af den ramme på 4 mio. kr. som afsættes til det samlede signaturprojekt "Smarte og grønne transportløsninger". Der arbejdes endvidere på at afsøge mulighederne for at geare projektet med midler fra EU-Interreg ØKS-programmet.

Forventet varighed
Ultimo 2019-2021

4: "Tværgående samarbejde om udvikling og organisering af den kollektive transport"

Beskrivelse af initiativet
Formålet med projektet er at sikre en struktur for et forpligtende samarbejde i DOT-regi, så der kan arbejdes på at skabe en fælles retning for den fremtidige kollektive transport. Derudover er det målet at sikre en fælles prioritering af det kollektive hovednet, knudepunkter og en sammenhængende indsats på tværs af ejere, trafikselskaber og aktører.
Lovmæssigt er der ikke noget til hinder for, at der i DOT-regi sker en mere strategisk planlægning og koordinering af den kollektive trafik. Det nuværende samarbejdsforum bag DOT kan med en række ændringer – som loven giver hjemmel til – gøre det muligt at geare DOT-samarbejdet til at løfte en større opgave – her er Transport for London en inspiration.

Koordinering mellem aktørerne (stat, regioner og kommuner) er kompliceret. Det skyldes ikke alene trafikkens omfang, men også trafikselskabernes meget forskellige ejerkredse, organisering og strategier. Samt divergente forretningsstrategier og incitamentsstrukturer mellem private og offentligt ejet kollektive trafikselskaber.

Samarbejde på tværs af kommuner og regioner på Sjælland med forankring i en politisk organisering med repræsentanter fra regioner og kommuner vil i højere grad kunne følge op på strategien i DOT og komme med nye indspil til trafikselskaberne. Således kan man arbejde sammen om at definere en fælles vision og strategi for den fremtidige kollektive transport i hovedstadsområdet om, hvordan man kan gøre kollektiv trafik førstevalg for flere.

Denne fælles vision og fortælling kan også danne afsæt i beslutninger med konkrete tiltag og investeringer, der kan styrke det kollektive hovednet og arbejde hen mod at samle trafikselskaberne og trafikledelsen på tværs af kommunegrænserne og forskellige transportformer.

Den samme politiske organisering kan også pege på konkrete indsatser, som kan lette trængslen eller gøre kollektive rejser mere attraktive – og emner som kørselsafgift, supercykelstier, delemobilitet, Parker & Rejs-anlæg, Mobility as a Service og udviklingen af Rejsekort/Rejseplanen vil kunne tages op – og danne grundlag for politiske diskussioner og prioriteringer i regioner og kommuner.

Som led i projektet opdateres den analyse og række af anbefalinger, som Struense&Co kom med om "Transport for Greater Copenhagen" (2016) – da der sidenhen er er kommet ny lovgivning og et nyt regeringsgrundlag.

Mulige leverancer
Projektets fokusområde er at skabe debat og fælles anbefalinger til organiseringen af den kollektive trafik i hovedstadsområdet ved at levere:

- Mulighedsanalyser med anbefalinger – med udgangspunkt i "Transport for Greater Copenhagen".
- Kommunikation til at skabe dialog og handleplan med nøgleaktører.
- Endelige anbefaling – og handlepapir.

Opgaven sendes i udbud evt. i delt op på leverancer

Partnerkredsen
Den politiske styregruppe i Movias geografi (som består repræsentanter fra: Region Hovedstaden, Region Sjælland, KKR Hovedstaden, KKR Sjælland, Københavns Kommune, Movias bestyrelsesformand)

Økonomi
Region Hovedstadens bidrag til projektet tages af den ramme på 4 mio. kr. som afsættes til det samlede signaturprojekt "Smarte og grønne transportløsninger".

Forventet varighed
Ultimo 2019 – ultimo 2020.

5: "Tværgående datasamarbejde og skalering af digitale prototyper, som mindsker trængsel og styrker klimaindsatser" (forprojekt)

Beskrivelse af initiativet
Der udvikles i disse år flere digitale løsninger i samarbejde mellem kommuner og regioner i Greater Copenhagen, bl.a. i Region Hovedstadens fyrtårnsprojekt, *Den Regionale Datahub*, som blev igangsat i samarbejde med kommunerne i Loop City i september 2017. Den Regionale Datahub favner nu 21 deltagende kommuner, og der er udviklet 13 prototyper, som ved brug af data har demonstreret positive gevinster i forhold til at mindske trængsel, øge klimaberedskab og effektivisere regionens og kommunernes drift.
Den Regionale Datahub udløber med udgangen af 2019, og der er derfor behov for at udbrede de bedste prototyper, som kan indgå i større samarbejder og partnerskaber om at løse regionale samfundsudfordringer til gavn for regionens borgere. Samtidig er der behov for at udvikle endnu flere smarte digitale løsninger og sætte et fælles fodslag for et tværgående datasamarbejde i større skala i regionen. Dermed kan løsningerne tænkes bedre sammen, f.eks. når det gælder fælles standarder for at indsamle og dele data, så data kan bruges i fælles digitale værktøjer og visualiseres eller samles på digitale platforme eller data kan modtages fra sensorer over en fælles digital infrastruktur.

Formålet med forprojektet er, at:

1. Igangsætte et samarbejde som dels kan skalere de løsninger, som er udviklet i Den Regionale Datahub og eventuelt udvikle nye digitale løsninger, som kan imødekomme flere af de identificerede udfordringer, der er i regionen.
2. Igangsætte et forarbejde, som kan forberede og starte et tværgående datasamarbejde, som også er forankret på højere og eventuelt politisk beslutningstagerniveau.

Mulige leverancer

- Der etableres ét eller flere partnerskaber for de mest succesfulde prototyper, der er udviklet i Den Regionale Datahub.
- Der udvikles eventuelt nye prototyper, som kan bidrage til at løse flere regionale udfordringer.
- Der igangsættes et forarbejde, som kan udgøre en forberedelse og opstart på et datasamarbejde og udgøre et grundlag for en større indsats, som kan forankre et tværgående datasamarbejde på både teknisk, direktør og eventuelt politisk beslutningstagerniveau.
- På det tekniske niveau er der bl.a. behov for at samarbejde om, hvordan data kan deles og bruges på tværs af flere løsninger, som udvikles ikke kun i Region Hovedstaden, men også i resten af landet, Europa og international.
- Politisk er der behov for inspiration fra eksperter og en dialog, som kan rammesætte arbejdet med at dele data i regionen, som kan udvikle et økosystem for data og digitale løsninger samt sætte retning ved udmøntning af midler til konkrete beslutninger.
- Der vil blive gennemført diverse videndelingsindsatser, møder, workshops mv., som kan resultere en større dataindsats på både teknisk og politisk beslutningstagerniveau.

Partnerkredsen
Udover Region Hovedstaden forventes følgende partnere at indgå i projektet: Gate 21 og en række kommuner (bl.a. Vallensbæk Kommune, Københavns Kommune, Egedal Kommune). Derudover arbejdes på deltagelse af private aktører, som bl.a. er involveret i de digitale prototyper.
Desuden er det forventningen af flere andre partere – som bidrager til projektet uden direkte finansiering af projektøkonomi og projekttimer – bidrager og følger projektet, bl.a. andre aktører, som kan være dagsordenssættende for deling af data mv.

Økonomi
Region Hovedstadens bidrag til projektet tages af den ramme på 4 mio. kr. som afsættes til det samlede signaturprojekt "Smarte og grønne transportløsninger".

Forventet varighed
Ultimo 2019 – ultimo 2020



Trafik- og mobilitetsplan for hovedstadsregionen

Region Hovedstaden

PART OF GREATER COPENHAGEN

Møde i Forretningsudvalget d. 17-09-2019

Læsevejledning

Planen består af følgende kapitler:

Kapitel 1 er et indledende kapitel og beskriver rammer, grundlag og mål for trafik- og mobilitetsplanen.

Kapitel 2 giver et overblik over de megatendenser, som kan påvirke fremtidens mobilitet. Kapitlet beskriver også de usikkerheder, der er forbundet med udviklingen, fx usikkerheden om, hvordan befolkningsvæksten vil fordele sig i hovedstadsområdet, og hvordan førerløse biler og delebiler vil påvirke fremtidens mobilitet.

Kapitel 3 opsummerer konklusioner af de gennemførte analyser, der undersøger flere fremtidsscenarier i tre trafikale hovedudfordringer, som planen skal imødegå: Trængslen stiger og øget transportbehov på tværs, den kollektive transports konkurrenceevne er under pres og CO_2-aftrykket fra transporten stiger.

Kapitel 4 udpeger det regionale trafik- og mobilitetsnet bestående af knudepunkter og korridorer, der går på tværs af transportformerne. Her skal sikres bedre sammenhæng, effektivitet og pålidelighed gennem målrettede indsatser.

Kapitel 5 beskriver de strategiske udviklingsområder, der er behov for at fokusere på for at imødegå de tre hovedudfordringer.

Kapitel 6 viser et katalog af forslag til konkrete indsatser, der kan bringes i spil i det videre arbejde med mobiliteten i hovedstadsområdet. Hver indsats understøtter ét eller flere af de strategiske udviklingsområder.

Kildeliste findes bagest i rapporten.

Trafik- og mobilitetsplanen er udarbejdet af Region Hovedstaden med bistand fra Rambøll og Urban Creators samt sparring fra en lang række interessenter og en dedikeret partnergruppen af følgende 20 kommuner: Allerød, Ballerup, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Hillerød, Helsingør, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk.

April 2019.

Region Hovedstaden

PART OF GREATER CoPENHAGEN

Indhold

1 En helhedsplan for regional mobilitet **4**
1.1 Trafik- og mobilitetsplanens mål 5
1.2 Afsæt i eksisterende planer 5
1.3 Hvordan er trafik- og mobilitetsplanen blevet til? 7
1.4 Fokus på pendlerrejser 8

2 Tendenser og fremtidens mobilitet **10**

3 Hovedstadsområdets trafikale udfordringer – nu og i fremtiden **13**
3.1 Tre udfordringer for fremtidens mobilitet 14
3.2 Undersøgelse af alternative scenarier for fremtiden 19

4 Et sammenhængende, effektivt og pålideligt trafik- og mobilitetsnet **21**
4.1 Det regionale trafik- og mobilitetsnet 22

5 Strategiske udviklingsområder **31**
5.1 Fremtidens kollektive transport som førstevalg for flere 33
5.2 Trafikinformation og mobilitetsservice med brugeren i centrum 35
5.3 Knudepunkter der skaber sammenhæng 37
5.4 Flere cykelpendlere 39
5.5 Attraktiv deletransport 41

6 Indsatser **43**

Bilag **57**

Kilder **69**

1 En helhedsplan for regional mobilitet

Bedre rammer for et sammenhængende hverdagsliv
Denne trafik- og mobilitetsplan er et fyrtårnsprojekt under Region Hovedstadens vækst- og udviklingsstrategi (ReVUS) fra 2017. Planen har særligt fokus på at sikre en bedre mobilitet til borgere, der er bosat i hovedstadsregionen samt pendlere udefra, når presset på det samlede transportnet i regionen er størst.

Planen giver et fælles overblik og forståelse af de trafikale udfordringer i hovedstadsregionen. Gennem analyser og debat med centrale aktører har arbejdet med planen identificeret strategiske udviklingsområder og indsatser, der kan reducere den stigende trængsel og skabe et sammenhængende transportsystem. Planen skal danne grundlag for at igangsætte partnerskaber mellem offentlige aktører og invitere private aktører med ind for at udvikle fremtidens løsninger.

Indsatserne i planen skal bidrage til at skabe bedre rammer for sammenhængende hverdagsliv uden unødig spildtid i den daglige transport og bidrage til en grøn omstilling af persontransporten. God mobilitet for regionens borgere og pendlere udefra er også med til at skabe gode rammer for et fleksibelt arbejdsmarked, bosætning og handel – og giver bedre adgang til uddannelser, behandlingstilbud og fritidsaktiviteter.

20 % flere rejser i 2035
Som landets eneste region klarer halvdelen af borgerne i hovedstadsregionen hverdagens gøremål uden en bil[1)] – og andelen af cykel- og kollektive rejser er markant større her i forhold til resten af landet. Men det er også i hovedstadsområdet, at trængslen er størst og den stiger i takt med befolkningstilvæksten på 20.000 borgere om året frem mod 2035. Det betyder, at der allerede i 2025 samlet set vil bo op mod 2,2 mio. indbyggere i hele hovedstadsregionen.

Væksten i indbyggere og arbejdspladser betyder, at der skal håndteres 20 % flere rejser i 2035, hvilket lægger et pres på hele trafiksystemet. Hvis der ikke gøres noget, kan det betyde mere trængsel på vejene, og det er dyrt for samfundet. I 2015 spildte 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. Og selvom der i analyserne er indlejret planlagte og foreslåede infrastrukturprojekter, så er konklusionen, at det ikke vil være muligt alene at bygge sig ud af trængselsproblemerne på vejene.



En helhedsorienteret tilgang
Trafikale behov og tilbud varierer over regionens forskellige geografier. Samtidig har regionen en høj indpendling ude fra, såvel fra det øvrige Sjælland som fra Skåne. Dette betyder, at der skal flere forskellige løsninger til for at skabe god mobilitet på tværs af regionen.

Fremtidens trængselsproblemer skal løses med en mere helhedsorienteret og tværgående tilgang til trafikplanlægning, der tager udgangspunkt i det enkelte menneskes rejsebehov. Her sættes "mobilisten" i centrum og fokus på behovet for at kunne vælge forskellige transportformer og kombinationer af transportmidler alt efter behov og ønsker.

En væsentlig faktor for at få mobilitet i hovedstadsregionen til at fungere optimalt er, at det kollektive trafiksystem er et attraktivt tilvalg for flest mulige pendlere på daglig basis, ligesom bilparken skal udnyttes bedre gennem deletransport. For pendlere i busser og tog, er det afgørende for rejsens attraktivitet, at helt basale elementer skal være i orden, altså at bussen og toget kommer til tiden, at man kommer hurtigt frem samt overskuelig prisstruktur og nemme skift mellem ruter. Men skal det stå mål med fx en biltur eller en cykeltur, så er den samlede kundeoplevelse afgørende, så pendlere kommer til at føle den samme frihed, kontrol og fleksibilitet uanset transportform.

Tendenserne viser, at fremtidens metropoler kommer til at tilbyde fleksible mobilitetsløsninger og forretningsmodeller, der tilpasser sig transportbehovet for den enkelte. Det betyder, at der kommer flere delebiler, nye taxatjenester, flexture, samkørselsordninger, on demand tilbud og førerløse køretøjer. Nye transportløsninger og flere aktører på markedet gør også transportområdet mere komplekst, hvilket kan være svært for pendleren at navigere i. For at imødegå udfordringerne, gribe nye muligheder og skabe attraktive mobilitetsløsninger for borgere, besøgende og virksomheder, skal der derfor dannes nye samarbejder, partnerskaber og alliancer på tværs af såvel region, kommuner som sektorer, trafikselskaber og aktører.

1.1 Trafik- og mobilitetsplanens mål

Trafik- og mobilitetsplanen er en langsigtet plan, der frem til 2035 skal bidrage til, at hovedstadsområdet kommer til at hænge bedre sammen trafikalt. Planen er første skridt til den samlede mobilitetsplanlægning for hovedstadsområdet, og er blevet efterspurgt som et nødvendigt grundlag for at imødegå fremtidens udfordringer med øget transportbehov og stigende trængsel.

Trafik- og mobilitetsplanens overordnede mål er at udpege strategiske udviklingsområder og konkrete indsatser, der kan bidrage til:

- at imødegå den stigende trængsel og understøtte god mobilitet for borgere, arbejdstagere og besøgende i regionen
- at borgere skal kunne pendle mellem bolig og arbejde/uddannelse på tværs af regionen uden unødig spildtid på en måde, der bidrager til en sund, attraktiv og klimavenlig hovedstadsregion.

Trafik- og mobilitetsplanen har fokus på pendlerrejser og skal sikre en sammenhængende, effektiv, grøn og pålidelig mobilitet i fremtiden.

1.2 Afsæt i eksisterende planer

Trafik- og mobilitetsplanen præsenterer indsatser, som kan skabe bedre sammenhæng i planlægningen på tværs af myndighedsgrænser og udnytte de teknologiske muligheder. Grundlæggende bygger planen på og understøtter de eksisterende aktuelle planer (såvel Region Hovedstadens egne som andre myndigheders), målsætninger og strategiske net.

Desuden indgår KKR Hovedstaden og Region Hovedstadens fælles udpegede infrastrukturprojekter som et centralt grundlag for planen. Disse omfatter syv VIP-projekter og tre andre projekter, der skal undersøges nærmere. Projekterne løser hver især konkrete trafikale udfordringer og sigter mod at øge kapaciteten eller forbedre rejsetiden på vej- og banenettet, se figur 4.6 i kapitel 4.

Planen bygger videre på en lang række planer, samarbejder og initiativer – bl.a.:

- Greater Copenhagen – herunder det fælles trafikcharter
- Fingerplan 2017
- Movias Forretningsplan, Mobilitetsplan samt Bynet 19
- Trafikplan for den statslige jernbane 2017–2032
- Det strategiske vejnet
- Visionsplan for Supercykelstier 2017–2045
- Strategi for DOT – Din Offentlige Transport – 2017–2020
- Strategi for Rejseplanen
- Initiativer om grøn mobilitetsplanlægning bl.a. Moving People

VIP-infrastrukturprojekterne

Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden er enige om følgende syv prioriterede infrastrukturprojekter, vedtaget på KKR Hovedstadens møde d. 13. september 2016 og på Regionsrådet møde d. 15. november 2016:

- Færdiggørelse af Hillerød- og Frederikssundsmotorvejene – de nuværende landeveje er stærkt trafikerede og folk holder i lange køer.
- Forbedringer af Kystbanen – der er store tekniske udfordringer og lav kundetilfredshed.
- Ring 5 syd – motorvejsforbindelse fra Frederikssundsvej til Køge – afgørende for at forbedre fremkommeligheden omkring hovedstadsområdet.
- Automatisering af S-tog – giver markant bedre betjening for passagerne med højere frekvens, punktlighed og færre aflyste afgange.
- Letbane fra Gladsaxe til Nørrebro – skaber en grøn kollektiv trafikforbindelse mellem metroen og den kommende letbane i Ring 3.
- Østlige ringvej – vil aflaste trafikken i indre København, sikre bedre adgang fra det nordlige Sjælland til Københavns Havn og Københavns Lufthavn.
- Direkte togforbindelse fra Roskilde til Kastrup Lufthavn – vil aflaste Københavns Hovedbanegård og skabe bedre adgang fra det vestlige hovedstadsområde til Kastrup Lufthavn.

Derudover er region og kommuner enige om, at der er brug for at kigge nærmere på følgende tre yderligere projekter:

- Ombygning af Hillerød station så passagerer fra hele Nordsjælland kan komme direkte til Nyt Hospital Nordsjælland
- Forlængelse af metroen fra Ny Ellebjerg til Hvidovre Hospital og Rødovre Centrum, samt forlængelse fra Ny Ellebjerg til Bispebjerg
- Forlængelse S-banen fra Farum til Hillerød.

1.3 Hvordan er trafik- og mobilitetsplanen blevet til?

Planen er blevet til i dialog med en partnergruppe bestående af 20 kommuner, KKR Hovedstaden og Region Hovedstaden. Der er i forbindelse med arbejdet gennemført en række analyser. Partnergruppen og et panel af eksperter har løbende givet deres input til flere af analyserne, diskuteret resultaterne og har bidraget til at skabe et fælles overblik over dagens og fremtidens mobilitetsudfordringer.

Der er mange aktører der har bidraget til analyser og udviklingen af planen. Følgende aktører har givet input til arbejdet: Cyklistforbundet, Dansk Industri, Supercykelstisekretariatet, Dansk Erhverv, Vognmandslauget, Horesta, Concito, Rådet for bæredygtig trafik, IDA, DTU Transport, Roskilde Universitet, Gate21, Øresundsinstituttet, Niels Buus, Københavns Universitet, Aalborg Universitet, Vejdirektoratet, Trafik- Bygge og Boligstyrelsen, Banedanmark, DOT, Movia, DSB, Metroselskabet og Hovedstadens Letbane.

Analysearbejdet bag Trafik- og mobilitetsplanen:

I forbindelse med udviklingen af planen er gennemført følgende analyser:
- *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet*, Atkins og MOE Tetraplan 2018
- *En analyse af konkurrenceforhold målt ved rejsetid*, Incentive 2018
- *Mobilitet i hovedstaden*, Rambøll 2018
- *Bedre trafikinformation og fælles trafikledelse i hovedstadsregionen*, KPMG 2018
- *Fremtidens Kollektive Transport, et diskussionsoplæg*, Urban Creators 2018
- *Fremtidens Kollektive Transportknudepunkter – Del 1*, Urban Creators 2018
- *Fremtidens Kollektive Transportknudepunkter – Del 2*, Atkins og MOE Tetraplan 2018
- *Fremtidens kollektive transportknudepunkter – Del 3*, Urban Creators 2018
- *Inspirationskatalog til Trafik- og Mobilitetsplanen for Region Hovedstaden*, Urban Creators 2018

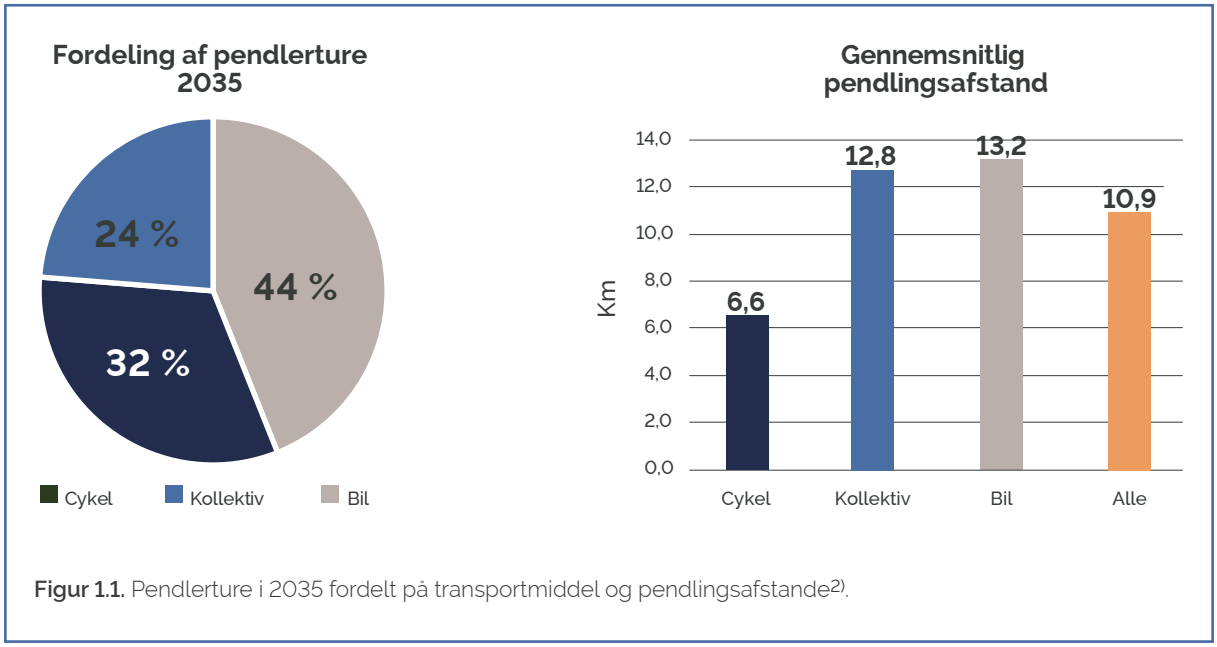
Tidligere har regionen gennemført følgende analyser:
- *Transport for Copenhagen*, Stuensee & Co december 2015
- *Større sammenhæng i den kollektive trafik i Greater Copenhagen*, Stuensee & Co 2016
- *Megatendenser – Fremtidens kollektive transport i hovedstadsområdet*, Urban Creators 2017
- *Hvordan får vi mere og bedre kollektiv trafik for pengene?* af Lektor Per Homann Jespersen, Roskilde Universitet (RUC) et al. 2017.

Analyserne findes på Region Hovedstadens hjemmeside.

1.4 Fokus på pendlerrejser

Trafik- og mobilitetsplanen har fokus på regionale pendlerrejser. Det omfatter rejser til arbejde og uddannelse, som samtidig er rejser på tværs af kommunegrænserne, rejser til og fra regionen fra det øvrige Sjælland og Sverige samt rejser gennem regionen.

I 2035 forventes der ifølge trafikmodelberegninger at være 1,9 mio. pendlerture pr. døgn og modellen beregner den gennemsnitlige pendlingsafstand til at være ca. 11 km.



Figur 1.1. Pendlerture i 2035 fordelt på transportmiddel og pendlingsafstande[2)].

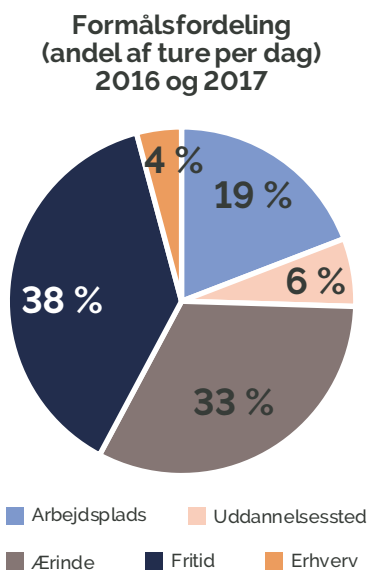


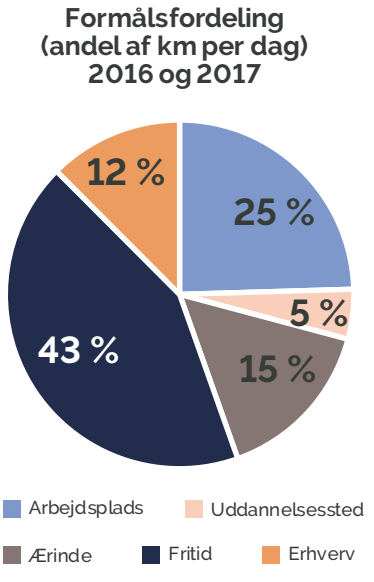
Ses der på dagens trafik, så viser DTU's transportvane-undersøgelsen (TU), at pendlerrejserne udgør 25 % af alle ture i hovedstadsregionen og 30 % af de kørte km.

Ærindeture udgør 33 % af turene, men kun 15 % af de kørte km. Ærindeture er fx ture, hvor man henter/bringer andre, køber ind, besøg hos offentlige myndigheder, læger mv. En stor del af disse ture vil være lokale ture, som fremadrettet med fordel vil kunne indgå som en del af pendlerturene, hvis der sker en hensigtsmæssig lokalisering af de pågældende funktioner i forhold til det overordnede trafik- og mobilitetsnet. Slutteligt er der fritidsturene, der udgør hele 38 % af turene i regionen og 43 % af de kørte km. Fritidsture er fx ture til idræt, kultur, besøg og sommerhus. Næsten 85 % af disse ture er under 10 km og er derfor i høj grad lokale ture. Fritidsture er også mere spredt tidsmæssigt end pendlerture, ligesom destinationerne også er mere spredte.

Pendlerturene udgør således kun en fjerdedel af alle ture i regionen, men det er alligevel væsentligt at fokusere på disse ture. Dels er pendling afgørende for, at arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner kan fungere, dels er det i myldretiderne, hvor pendlingen foregår, at trængslen er størst og fremkommeligheden er dårligst. Transportmiddelvalget for pendlerture påvirker også transportmiddelvalget for de øvrige ture. Hvis man har behov for at have en bil til den daglige pendling, så er der stor sandsynlighed for, at bilen også i højere grad anvendes til fritidsture/ærindeture og omvendt.

Muligheden for lettere at komme til arbejde og uddannelse er afgørende for at gøre regionen attraktiv for både indbyggere og erhvervsliv. Transporten af varer og gods er også afhængig af god fremkommelighed på vej- og banenettet, og påvirkes af trængsel, primært forårsaget af personpendlertrafikken. Indsatser for at reducere pendlertrafikken vil således også gavne godstrafikken.





Figur 1.2. Andel og km ture pr. dag i regionen i 2016/2017 (TU-data).

2 Tendenser og fremtidens mobilitet

For større infrastrukturprojekter går der typisk 10–15 år fra beslutningen bliver taget, til anlægget står klar. Herefter skal anlægget typisk kunne holde i 50–100 år. Det stiller krav til, at beslutningstagerne kan prioritere og investere ud fra en forståelse for den 'usikre' fremtid og for, hvad der kommer til at påvirke fremtidens mobilitet. Et blik på tendenserne kan medvirke til at give indsigt i usikkerheder forbundet med fremtidens udvikling.

I perioden frem til 2035 vil der ske store forandringer i samfundet, som vil påvirke transportbehovet. Analysen "Megatendenser og fremtidens kollektive transport i hovedstadsområdet" udpeger *urbanisering, hastig teknologisk udvikling og klimaforandringer,* som de vigtigste megatendenser for transportområdet. Derudover fokuseres der også på *livsstils-, adfærds- og holdningsændringer* som en vigtig tendens.

Tendens 1: Urbanisering
Alt tyder på, at hovedstadsområdet vil fortsætte med at vokse og tiltrække nye beboere og arbejdspladser. Urbaniseringen forstærkes af globaliseringen, hvor de centre, der er bedst forbundet internationalt (bl.a. med lufthavn), har den største befolkningsvækst. Hvordan væksten i befolkning og antal arbejdspladser på længere sigt vil fordele sig i regionen, er svært at forudsige, men har stor betydning for mobilitetens udfordringer og løsninger.

Vil den nuværende vækst i København fortsætte, eller vil vi i højere grad se en forskydning mod forstæderne? Her kan udviklingen i boligpriser og befolkningens bopælspræferencer blive afgørende. Hvis væksten fortsætter i de tætteste byområder, skaber det øget grundlag for højklasset kollektiv transport i disse områder. Til gengæld giver det en stor udfordring i at betjene yderområderne, hvor kundegrundlaget bliver mindre.

Tendens 2: Fart på den teknologiske udvikling
Flere eksperter peger på, at den teknologiske udvikling med blandt andet førerløse biler, big data, delebiler og elbiler vil ændre transportområdet drastisk i de kommende år. Den teknologiske udvikling danner grundlag for introduktion af nye mobilitetstilbud på markedet. Disse vil være drevet på forretningsmæssige vilkår. Det betyder oftest, at nye koncepter (fx bybiler) vil blive introduceret der, hvor der er flest kunder. Spørgsmålet er derfor, om yderområder, hvor befolkningskoncentrationen er lav, vil få ligeså stor gevinst af den teknologiske udvikling? De nye teknologiske muligheder kan både true den kollektive transports markedsandel og skabe helt nye muligheder for at samtænke de nye services med den kollektive transport. Nedenfor er fremhævet betydningsfulde teknologiske nybrud indenfor transportområdet.

Førerløs teknologi
Der er tre spor i udviklingen af førerløs teknologi, der er interessant i forhold til fremtidens mobilitet i hovedstadsområdet. Det ene spor er den gradvise automatisering af privatbiler, hvor det allerede i dag er teknologisk muligt for føreren at slippe rattet og lade bilen køre førerløst. Der er stor usikkerhed forbundet med, hvornår fuldt førerløse biler for alvor vinder indpas i salget af nye biler i Danmark, formentlig er det først omkring 2040–2045. I en tidshorisont frem til 2035 forventes førerløse biler derfor kun delvist at påvirke mobiliteten.

Det andet spor er biler, der udvikles som førerløse fra starten – bl.a. førerløse taxaer, der bliver testet flere steder i USA[3)].

Det tredje spor er førerløs kollektiv trafik, hvor regeringen har taget en beslutning om, at S-tog skal være førerløse i fremtiden, ligesom trafikselskaberne igangsætter de første forsøg med førerløse busser.

Delebiler og samkørsel
I Danmark er der en voksende interesse for delebiler og samkørsel, og tjenester som DriveNow, LetsGo, GoMore og GreenMobility er allerede veletablerede i hovedstadsområdet. Samtidig er der en tendens til, at der sidder færre personer i hver bil, og samkørselsturene udgør kun en meget lille del af det samlede antal kørte kilometer i Danmark. En af udfordringerne er, at der ikke er noget økonomisk incitament for chaufføren i at medtage passagerer på de korte ture. Det er derfor usikkert, hvor meget deletransport vil vokse i fremtiden.

Mobility as a Service (MaaS)
MaaS er et koncept, hvor brugerne ikke har ejerskab til transportmidlet, men i stedet abonnerer på en transportservice. Brugeren kan via en app planlægge og betale rejser på tværs af udbydere og transportformer. Udvikling af MaaS koncepter sker i hele verdenen, men på forskellige niveauer. Det kan ske både som fuldt abonnement og som forskellige grader af det, fx en multimodal rejseplanlægger eller pay-as-you-go MaaS. Her er transporttilbuddene samlet på én platform, hvor brugeren booker og betaler via platformen for de transportydelser, de vælger.

E-mobilitet
I 2018 udgjorde elbiler og opladningshybridbiler 1,9 % af det samlede bilsalg[3]. Det er den højeste andel siden 2. halvår 2015, lige inden der blev lagt afgifter på elbiler. Prisen på batterier forventes at falde markant de kommende år og elbilen kan derfor prismæssigt blive et konkurrencedygtigt alternativ til benzin- og dieselbiler indenfor en ti-årig periode[4].

Elcyklen er også i vækst. I 2016 stod den for 11 % af det danske cykelsalg[5]. Dette tal var kun 4 % i 2011. Nye typer elcykler, der kan køre 45 km/t, vinder også frem på markedet.

Stigende e-handel
Butikshandelen i bymidterne har i mange år været presset af stadig større butiksenheder og decentralisering af handelen til perifert beliggende centre. Væksten i e-handel øger denne tendens, hvor selv større byer må kæmpe for at holde liv i deres hovedgader. Det er usikkert, hvilken effekt e-handel vil have på borgernes transportbehov. Men der ses et potentiale for at samtænke kollektive transportknudepunkter med detailhandel for at styrke den kollektive transports bymæssige opkobling og understøtte nye mødesteder.

Tendens 3: Klimaforandringer
Transportsektoren står for mere end 1/3 af CO_2 udledningen i Danmark[6]. Der er en stor usikkerhed forbundet med udviklingen i befolkningens klimabevidsthed. Markedet for elbiler udvikler sig eksplosivt i disse år, men der er stadig et stykke vej for omstillingen af den private bilpark samt den kollektive transport. Overordnet set er gang, cykel og kollektiv trafik de mest klimavenlige transportformer.

Tendens 4: Livsstils-, adfærds- og holdningsændringer
Udover ovenstående langsigtede megatrends ser vi også en række nye tendenser i mobilitetsadfærden, som dels skyldes nye teknologier, men også livsstils- og holdningsændringer. Flere steder i udlandet bliver der kørt færre kilometer i bil og færre unge tager kørekort. Hvis der er tale om et permanent skift i både ejerskab og brugen af biler, bør tendensen slå først igennem herhjemme hos de yngre generationer i byerne, hvor de alternative transportmuligheder er bedst. Tal fra Transportvaneundersøgelsen for de 18–29-årige indikerer dog ikke et faldende bilbrug for disse aldersgrupper i hovedstadsområdet. Det er derfor usikkert, om fremme af deletransport og Mobility As a Service alene kan vende udviklingen, så bilejerskabet falder i fremtiden.



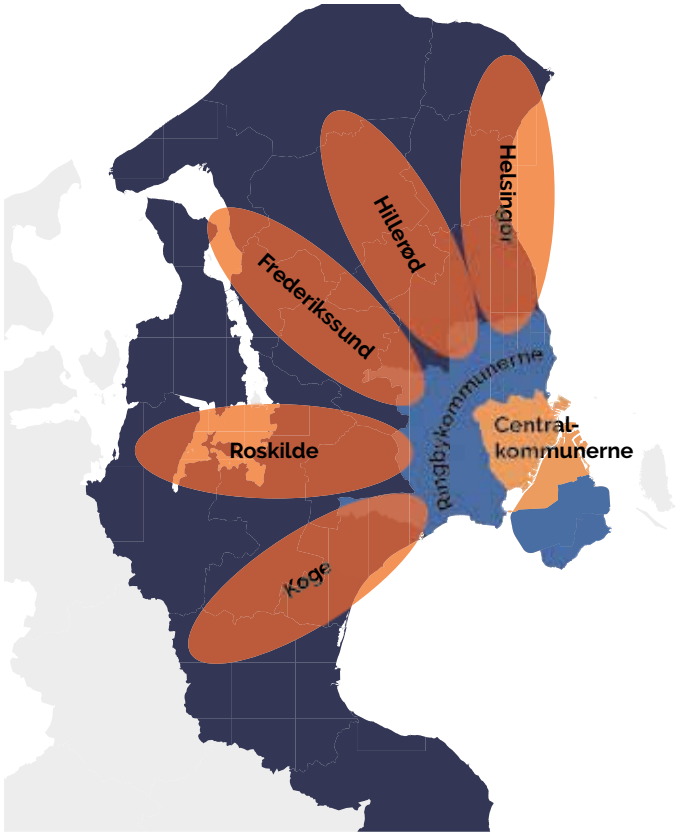
3 Hovedstadsområdets trafikale udfordringer – nu og i fremtiden

Region Hovedstaden har gennemført en analyse af trafikudviklingen[7], der tager udgangspunkt i den gældende prognose for befolkningstilvækst og placering af nye arbejdspladser frem til 2035.

På baggrund af de gennemførte analyser er der særligt tre udfordringer for fremtidens mobilitet, som trafik- og mobilitetsplanens indsatser skal være med til at imødegå:

- Trængslen på vej- og banenettet stiger, der kommer et øget transportbehov på tværs af fingrene
- Den kollektive transports konkurrenceevne er under pres
- CO_2-aftrykket stiger.

I de følgende afsnit er udfordringerne beskrevet. Tal og illustrationer stammer fra analysen. I analysen arbejdes der med en geografisk opdeling af hovedstadsområdet i centralkommuner, ringbyen, fingerbyen og øvrige områder (som vist på figur 3.1). I beskrivelser og vurderinger tages der udgangspunkt i denne opdeling.



Ringbykommunerne:
Lyngby-Tårbæk, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Ballerup, Glostrup,Rødovre, Brøndby, Hvidovre, Vallensbæk, Albertslund, Ishøj, Tårnby og Dragør

Centralkommunerne:
København og Frederiksberg

Figur 3.1. Geografisk opdeling af hovedstadsområdet i centralkommuner, ringbyen, de fem fingre og øvrige områder[7].

3.1 Tre udfordringer for fremtidens mobilitet



Udfordring 1

Trængsel på vej- og banenettet stiger, og der kommer et øget transportbehov på tværs af fingrene

Trængslen på de største korridorer i myldretiden er allerede steget betydeligt siden Trængselskommissionens betænkning fra 2013.

Befolkningstilvækst og økonomisk vækst betyder, at der skal håndteres 20 % flere rejser i 2035. Hvis trængslen ikke skal stige, skal en del af væksten optages i den kollektive transport, der allerede er presset på kapaciteten flere steder.

Der allerede i dag et stort rejsebehov på tværs af fingrene – dette vil stige i fremtiden.

Trængsel på vejnettet i dag

Trafikberegninger viser, at trafikanterne i hovedstadsområdet i 2015 samlet set spildte ca. 16,7 mio. timer i trafikken pga. kø-kørsel. I 2010 var dette tal 13,5 mio. timer. Trængselsudfordringer i hovedstadsområdet er således steget betydeligt siden Trængselskommissionens betænkning. For morgenmyldretiden viser analysen, at især bilrejsende, der skal via Hillerød-, Køge-, og Helsingørfingrene ind til ringbyen eller centralkommunerne, tilbringer mere end 30 % af deres samlede rejsetid i kø.

Trængsel i myldretiderne er primært en udfordring i de tætte bydele og i kommunerne i ringbyen. Som følge af dette er der en tendens til, at bilisterne vælger at undgå de mest belastede hovedveje og søger mod de mindre veje mellem korridorerne. Dette gælder særligt mellem Roskilde og Frederikssundkorridoren, men også vejnettet mellem Roskilde og Køge, samt Roskilde og Ringsted, er stærkt belastet i myldretiderne.

Trængsel på banenettet i dag

Trængslen på banenettet betyder, at der er flere strækninger, hvor kapaciteten på skinnerne i myldretiden stort set er udnyttet fuldt ud (se figur 3.2). Trængsel for banetrafikken handler også om, at der er flere tog i myldretiden, som er overbelagte, dvs. hvor passagerne ikke kan få en siddeplads. Analysen af belægningen af siddepladserne viser, at de største udfordringer for fjern- og regionaltogene med overbelagte tog er i Roskilde-fingeren. Men også Kystbanen er udfordret.

Når den en nye bane mellem København og Ringsted åbner i 2019 frigives kapacitet til den lokale og regionale togtrafik på strækningen Roskilde-København (Ny Ellebjerg), hvilket vil afhjælpe de nuværende kapacitetsproblemer på denne strækning.

For S-togene er andelen af overbelagte afgange i myldretiden især koncentreret på de dele af banenettet, der ligger inden for centralkommunerne (København og Frederiksberg) og ud til ringbyen.

Rejser med Metro er ofte kortere og derfor betyder det ikke lige så meget for passagererne at få en siddeplads. I Metroen er kapacitetsgrænsen på flere delstrækninger i myldretiden dog nået, hvilket medfører, at der er afgange, hvor toget er fyldt og passagerer må vente til næste afgang, der typisk er indenfor 2–4 min.

Trængsel på vej- og banenettet i fremtiden
Væksten i befolkning og arbejdspladser samt den økonomiske vækst medfører, at der vil blive foretaget ca. 20 % flere rejser i hovedstadsområdet i 2035 i forhold til i dag. Det øger presset både på vej- og på banenettet.

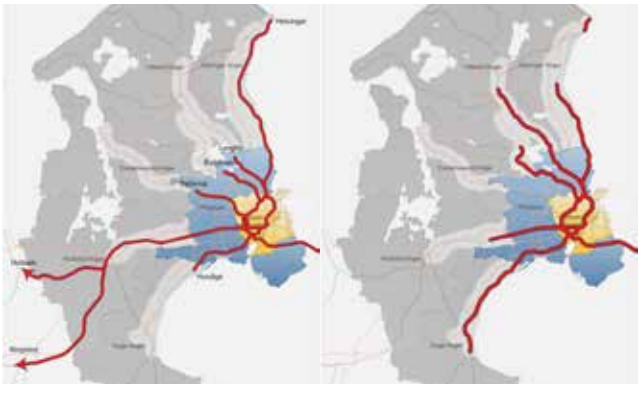
Trængslen på vejnettet i centralkommunerne og på de store tværgående vejforbindelser i ringbyen vil således fortsat være en udfordring.

I den kollektive trafik vil der også være passagerstigninger både på metronettet, regionaltognettet og i mindre grad på S-tognettet. En stigning i antal passagerer i den kollektive transport betyder også, at stationerne skal kunne håndtere mange flere passagerer i fremtiden.

Større rejsebehov på tværs
Selvom centralkommunerne stadig er et vigtigt rejsemål, går trafikken i højere grad på kryds og tværs i hele hovedstadsområdet. En fortsat sammenlægning af offentlige funktioner, som fx hospitaler, skoler, ungdoms- og videregående uddannelser samt en større arbejdsdeling i området, kan betyde, at dette rejsemønster fortsætter i fremtiden.

Trafikanalysen viser, at rejsebehovet på tværs af fingrene (men ikke i ringbyen) er 204.000 bil- og kollektiv ture i døgnet. Til sammenligning er rejsebehovet mellem fingerbyerne og centralkommunerne (København og Frederiksberg) ca. 317.000 ture i døgnet.

Den kommende letbane på Ring 3 understøtter trafikken på tværs i ringbyen, men det er en udfordring at sikre gode kollektive forbindelser på tværs af fingrene længere ude i geografien.



Figur 3.2. Figuren til venstre viser banestrækninger med flere overbelagte tog i myldretiden og figuren til højre viser banestrækninger, der i dag har en høj kapacitetsudnyttelse, dvs togene kører tæt på skinnerne[8)].



Udfordring 2

Den kollektive transports konkurrenceevne er under pres

For rejser på tværs af fingrene og i yderområderne er den kollektive transport udfordret pga. lange rejsetider sammenlignet med bilen.

Kundetilfredsheden i den kollektive transport ligger lavt i hovedstadsområdet sammenlignet med andre storbyregioner.

Private forretningskoncepter vinder frem og kan udfordre den kollektive transport, hvis ikke private og offentlige løsninger spiller sammen.

Koordinering og sammenhæng i den kollektive transport vanskeliggøres af, at opgaverne er fordelt på flere trafikselskaber, og der er en stor ejerkreds.

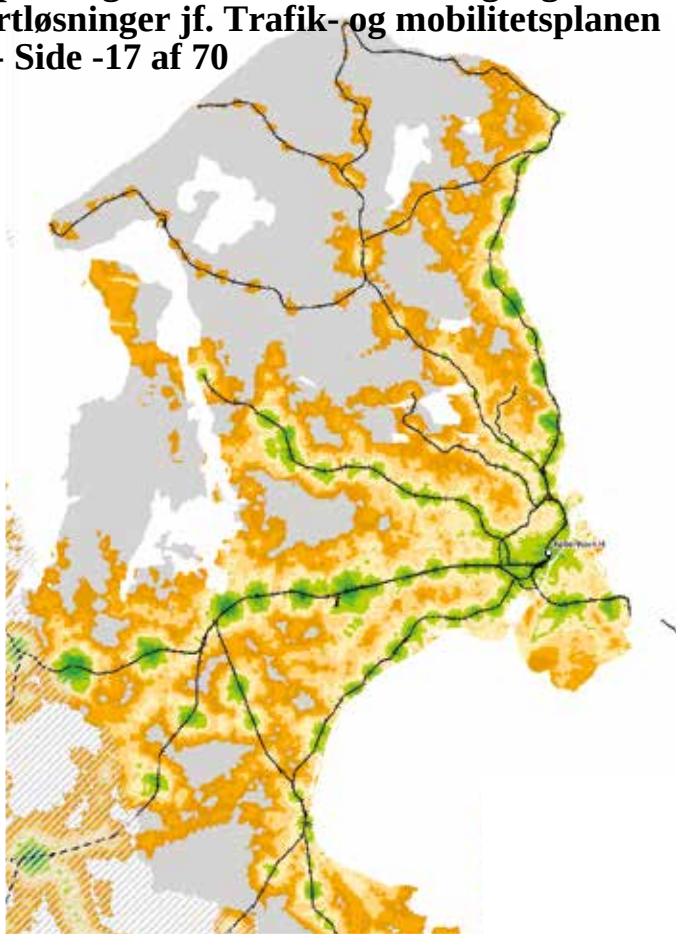
Konkurrenceforhold mellem kollektiv transport og privatbilisme målt på rejsetid
Trafikanalysen viser, at den kollektive transport har meget lange rejsetider sammenlignet med bilen til og fra yderområderne. Bilen er derfor det oplagte valg for de fleste af de rejser, der starter eller slutter i disse områder.

På figur 3.3a ses forskellen i rejsetid mellem en kollektiv rejse og en bilrejse til København H i myldretiden. Bortset fra områderne tæt på destinationen, er det omkring stationerne på regional- og fjerntogsnettet, at den kollektive rejse er hurtigere end bilrejsen. Her er det togets relativt høje rejsehastighed, som slår igennem.

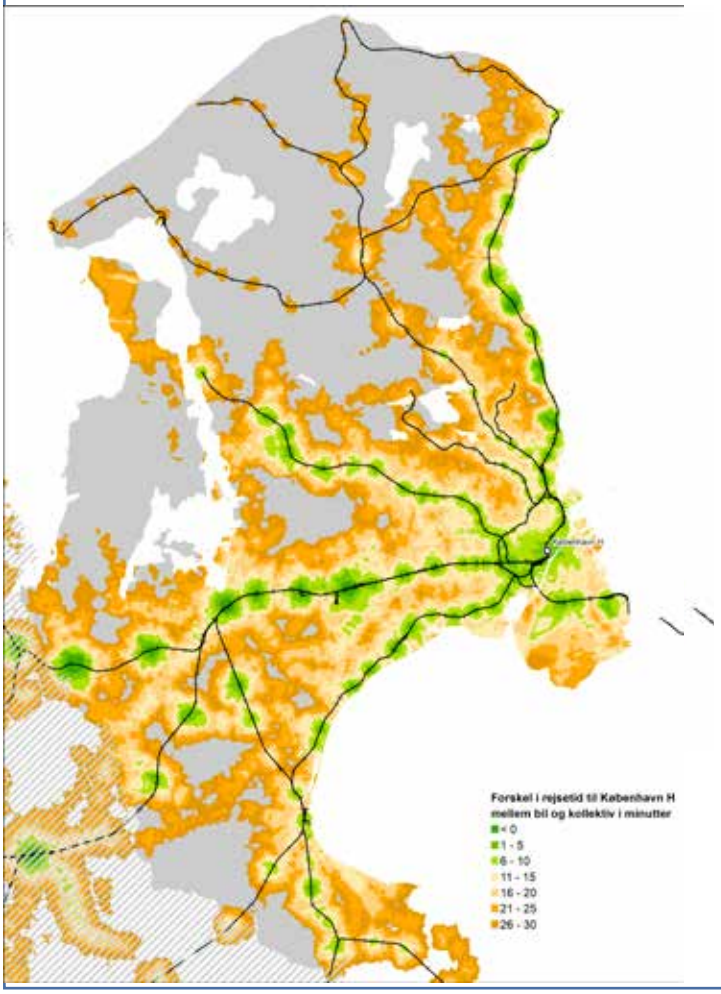
Helt den samme effekt ses ikke omkring S-togsstationerne, da S-toget på grund af de mange stop har en lavere rejsehastighed. Dog står S-toget stærkt i de fingre/korridorer, hvor den parallelle vejforbindelse er trængselsramt fx i Frederikssundkorridoren.

Kombineret med cyklen (Figur 3.3b) er den kollektive transport betydeligt hurtigere, når det gælder dør-til-dør-transport. Dette ses ved, at de grønne områder er betydeligt større på figuren. Cykel som tilbringertransportform udvider det kollektive hovednets attraktion.

Fælles for figur 3.3a og 3.3b er, at der ikke er indregnet parkeringstid for bilerne. For at afspejle trængslen er der indregnet en generel reduktion i rejsetider med bil på vejnettet i Københavns-området.



Figur 3.3a. Forskel i rejsetid mellem kollektiv transport og bil fra alle steder i hovedstadsområdet til København H med gang som tilbringertransport[9].



Figur 3.3b. Forskel i rejsetid mellem kollektiv transport og bil fra alle steder i hovedstadsområdet til København H med cykel som tilbringertransport[9].



Udfordring 3

CO_2-aftrykket stiger

Transportsektoren har ikke opnået de samme CO_2-reduktioner som andre sektorer (fx bygge- og boligbranchen).

Trafikken stiger og det tager lang tid at udskifte bilparken til grønne drivmidler.

Forventet stigning i salg af elektrificerede køretøjer frem mod 2030
Transportsektoren står for mere end 1/3 af CO_2-udledningen i Danmark. Udledningen kommer primært fra vejtransport, hvoraf udledninger fra personbiler udgør halvdelen. Transporten er en af de sektorer, hvor Danmark endnu ikke for alvor har formået at reducere udledningen af drivhusgasser.

Som led i EU's klimapolitik skal Danmark frem mod 2030 mindske udledningen af drivhusgasser med 39 % i forhold til 2005. Forpligtelsen omfatter de såkaldt ikke-kvoteomfattede sektorer, dvs. især transport, landbrug og individuel boligopvarmning[10].

Salget af elektrificerede køretøjer (elbiler, plug-in hybridbiler og brintbiler) forventes at stige frem mod 2030, som følge af teknologisk udvikling og faldende teknologiomkostninger, og forventes i 2030 at udgøre 22 % af det samlede nybilsalg under fravær af nye tiltag. Dette centrale skøn bevirker, at elektrificerede køretøjer vil udgøre 7 % af den samlede bestand af person- og varebiler i 2030[11].

Omstilling af transportsektoren til grønne drivmidler tager derfor relativt lang tid. Der er derfor også behov for andre tiltag til at understøtte klimavenlig transport.



3.2 Undersøgelse af alternative scenarier for fremtiden

Som beskrevet i kapitel 2 er der en række usikkerheder, der gør det vanskeligt at pege på hvilken vej udviklingen vil gå. Disse usikkerheder er blevet undersøgt gennem en scenarieanalyse[12)], der bl.a. ser på effekterne af en række infrastrukturprojekter (se figur 4.6 og 4.7). Analysen ser bl.a. på tre forskellige scenarier for, hvor væksten i befolkning og arbejdspladser kommer til at ske. Alle byvækstscenarier peger på stigende trængsel. Samtidig viser analysen, at det ikke er muligt at bygge sig ud af trængselsproblemerne, ligesom at førerløse køretøjer og delebilsordninger heller ikke vil løse udfordringerne.

Trængslen stiger i alle byvækstscenarier

Der kommer mere trængsel uafhængigt af, om befolkningsvæksten primært sker i centralkommunerne, i ringbyen eller stationsnært i fingerbyen.
Der er stort set ikke forskel i det overordnede billede af, hvor trængselsproblemerne vil være størst for de tre byvækstscenarier.

Der er usikkerhed forbundet med at beskrive, hvor befolkningsvæksten sker i fremtiden. Udfordringerne beskrevet tidligere i dette kapitel tager udgangspunkt i en fremskrivning af den nuværende situation, hvor størstedelen af væksten sker i centralkommunerne. Dette er det mest sandsynlige scenarie, men for at vise hvad andre fordelinger af den forventede befolkningsvækst i hovedstadsområdet betyder for de trafikale udfordringer, er der gennemført beregninger af to andre scenarier for befolkningstilvæksten.

I det ene scenarie er det forudsat, at byvæksten foregår stationsnært i ringbyen – i stedet for i centralkommunerne. Dette scenarie medfører endnu flere ture mellem fingrene og ringbyen, men til gengæld færre ture mellem fingrene og centralkommunerne. Det samlede trængselsbillede er stort set det samme, som i fremskrivningen af dagens situation.

I det andet scenarie forudsættes, at størstedelen af væksten i arbejdspladser og befolkning foregår stationsnært i fingrene – i stedet for i centralkommunerne. Det giver flere ture på tværs af korridorerne sammenlignet med ringbyscenariet, og forstærker dermed udfordringerne i forhold til håndtering af trafikken på tværs. Det samlede trængselsbillede forbliver dog det samme som fremskrivningen af dagens situation.

Vi kan ikke bygge os ud af trængslen

De udpegede infrastrukturprojekter både på vej- og bane kan ikke løse de fremtidige trængselsudfordringer.
Vejprojekter som fx Ring 5 Syd og en Østlig Ringvej har en stærkt aflastende effekt på dele af vejnettet, men øger også bilkørsel i forhold til en situation, hvor der kun realiseres store baneprojekter.

Scenarieanalysen undersøger effekten af en længere række af infrastrukturprojekter på den fremtidige trafik. Både allerede besluttede, finansierede projekter og suppleret med en række foreslåede projekter[13)]. Bortset fra projektet med førerløse S-tog er der tale om rene infrastrukturprojekter.

Analysen viser, at den øgede kapacitet, som vejprojekterne giver på vejene i myldretiderne, hurtigt bruges op, bl.a. fordi trafikken flytter sig fra andre tidspunkter til myldretiderne. Uden for myldretiderne skaber vejprojekterne betydeligt mere kapacitet, som slår igennem på det samlede tidsforbrug. Vejprojekterne får ikke kun trafikanterne til at foretage flere bilture, men bilerne kører også bety-

deligt flere kilometer. Vejprojekter får størst betydning i områderne uden for ringbyen, hvor vejprojekterne bidrager til en overflytning af trafik fra det sekundære vejnet til det højklassede vejnet (motorvejsnettet). Dette giver en aflastning på det kommunale vejnet uden for ringbyen og centralkommunerne.

Førerløse biler og delebilsordninger vil ikke løse trængselsudfordringerne
Det er svært at forudse, hvordan fremtidige forretningskoncepter for førerløse biler og delebiler vil

> Selvom førerløse biler forventes at kunne udnytte vejenes kapacitet bedre, bidrager de samlet set til øget trængsel.
> Flere husholdninger vil anskaffe sig bil, og personer, der i dag ikke kan køre bil, kan anvende en førerløs bil i fremtiden.
> Delebiler betyder, at den samlede vognpark kan udnyttes bedre, men antallet af ture i bil forventes at stige og vil derfor ikke reducere trængselsudfordringerne.

påvirke borgernes transportvalg. Region Hovedstaden har gennemført en trafikberegning af scenarier, der belyser betydningen af hhv. førerløse biler og delebilsordninger i en fremtid, hvor disse ikke er tænkt sammen med den kollektive transport.

Førerløse biler
Scenariet med førerløse biler bygger på følgende forudsætninger:
- Der er næsten lige mange almindelige og førerløse biler i 2035
- Rejsetiden i førerløse biler opleves kun halvt som tabt tid i forhold til at køre i en almindelig bil, fordi rejsetiden bedre kan udnyttes til andre formål som arbejde, samtaler m.m.
- Især yngre personer køber og kører med førerløse biler
- Især husstande med mellemhøj og høj indkomst køber førerløse biler
- Især husstande, som har en stor afstand mellem bopæl og arbejde, køber førerløse biler
- Alle førerløse køretøjer er privatejede.

Analysens resultater peger på, at der generelt foretages flere ture i bil, og at bilturene vil være længere. Bilejerskabet vil stige, og der vil generelt sidde færre personer i hver bil. Desuden viser beregningerne, at førerløse køretøjer forventes at få flere personer til at fravælge at cykle og gå til den kollektive trafik.

Delebiler
Analysen indikerer, at delebiler giver flere personture med bil, mens brug af alle andre transportmidler falder. Især brug af kombinerede transportløsninger fx cykel i kombination med kollektiv trafik, falder relativt stærkt. Dette skyldes, at delebiler åbner mulighed for, at folk uden tidligere adgang til bil nu kan benytte bil på den samlede rejse.

I fremtidsscenariet med delebiler stiger den samlede biltrafik derfor væsentligt i hovedstadsområdet. Der bliver altså kørt flere kilometer i bil på vejnettet, men det sker med færre biler og dermed med en bedre udnyttelse af vognparken.

Det lavere bilejerskab medfører også færre parkerede biler, og dermed et mindre pres på byens rum.

4 Et sammenhængende, effektivt og pålideligt trafik- og mobilitetsnet

Der er behov for at styrke et regionalt trafik- og mobilitetsnet, der vil være rygraden i fremtidens mobilitet i hovedstadsområdet. Nettet vil samtidig definere arbejdet med at håndtere de tre udpegede hovedudfordringer for regionens mobilitet: Trængslen på vej- og banenettet stiger, og der kommer et øget transportbehov på tværs af fingrene, den kollektive transports konkurrenceevne er under pres og CO_2-aftrykket stiger.

Trafik- og mobilitetsnettet skal være med til at sikre en effektiv og sammenhængende transport med fokus på:
- den enkelte pendlers rejsebehov
- et samlet transportsystem på tværs af transportformerne
- muligheder for problemfrie skift mellem de enkelte transportmidler.

Planlægningen i hovedstadsområdet har i mere end 70 år været styret af fingerplanen, der løbende er blevet opdateret. Trafik- og mobilitetsnettet bryder ikke med denne historik, men supplerer fingerplanens fingre med styrkede tværforbindelser mellem fingrene og korridorer i forlængelse af fingrene i regionens nordlige dele. Dermed understøtter det regionale net det stigende rejsebehov på tværs af fingrene og mobiliteten i yderområderne.

Udgangspunktet for transportinfrastrukturen i trafik- og mobilitetsnettet er det trafiknet, vi har i dag for alle trafikantgrupper. De forudgående analyser til trafik- og mobilitetsplanen viser, at man ikke kan nøjes med at bygge sig ud af trængslen på nettet. Trafik- og mobilitetsnettet skal derfor også skabe rammerne for, at det i fremtiden bliver muligt at bruge nettet smartere og mere fleksibelt. Det kan fx være ved at bruge en højere grad af kollektiv transport og cykler, kombinere transportmidlerne, transportere os på andre tidspunkter end i myldretiden eller helt undgå ture ved en øget grad af samlokalisering.

Trafik- og mobilitetsnettet skal kunne tilbyde fleksible mobilitetsløsninger til trafikanterne, der omfatter alle de kendte og anvendte transportmidler, men også understøtte mindre anvendte løsninger som delebiler, samkørsel, førerløse busser etc. Nettet skal også i høj grad sammenbindes/suppleres af de nye fremtidige teknologiske muligheder og nye forretningsløsninger indenfor mobilitetsløsninger.

Trafik- og mobilitetsnettet er der, hvor der er behov for et regionalt fokus på at:
- forbedre sammenhængen i nettet
- give gode alternative rejsemuligheder til bilen
- udbedre de væsentligste flaskehalse og missing links.

4.1 Det regionale trafik- og mobilitetsnet

Det regionale trafik- og mobilitetsnet er defineret som et net bestående af knudepunkter og trafikkorridorer.

Trafikkorridorerne er de primære trafikårer mellem knudepunkterne samt til og fra regionen. Trafikkorridorernes centrale funktion er at sikre effektive muligheder for at transportere sig mellem knudepunkterne med forskellige transportmidler – bil, bus, tog og cykel. Transportudbuddet vil variere fra korridor til korridor afhængig af transportbehovet og infrastrukturen.

Gang skal i regional sammenhæng ses som en del af en rejsekæde og har derfor en vigtig funktion som til- og frabringer til den kollektive trafik. Gode gangforbindelser til knudepunkterne er et væsentligt fokusområde, for at gøre den kollektive trafik konkurrencedygtig. Analyser viser bl.a., at man er villig til at gå længere i et attraktivt bymiljø.

Knudepunkterne er stationer/terminaler, som har to primære funktioner, og vægten mellem disse er forskellige fra knudepunkt til knudepunkt:

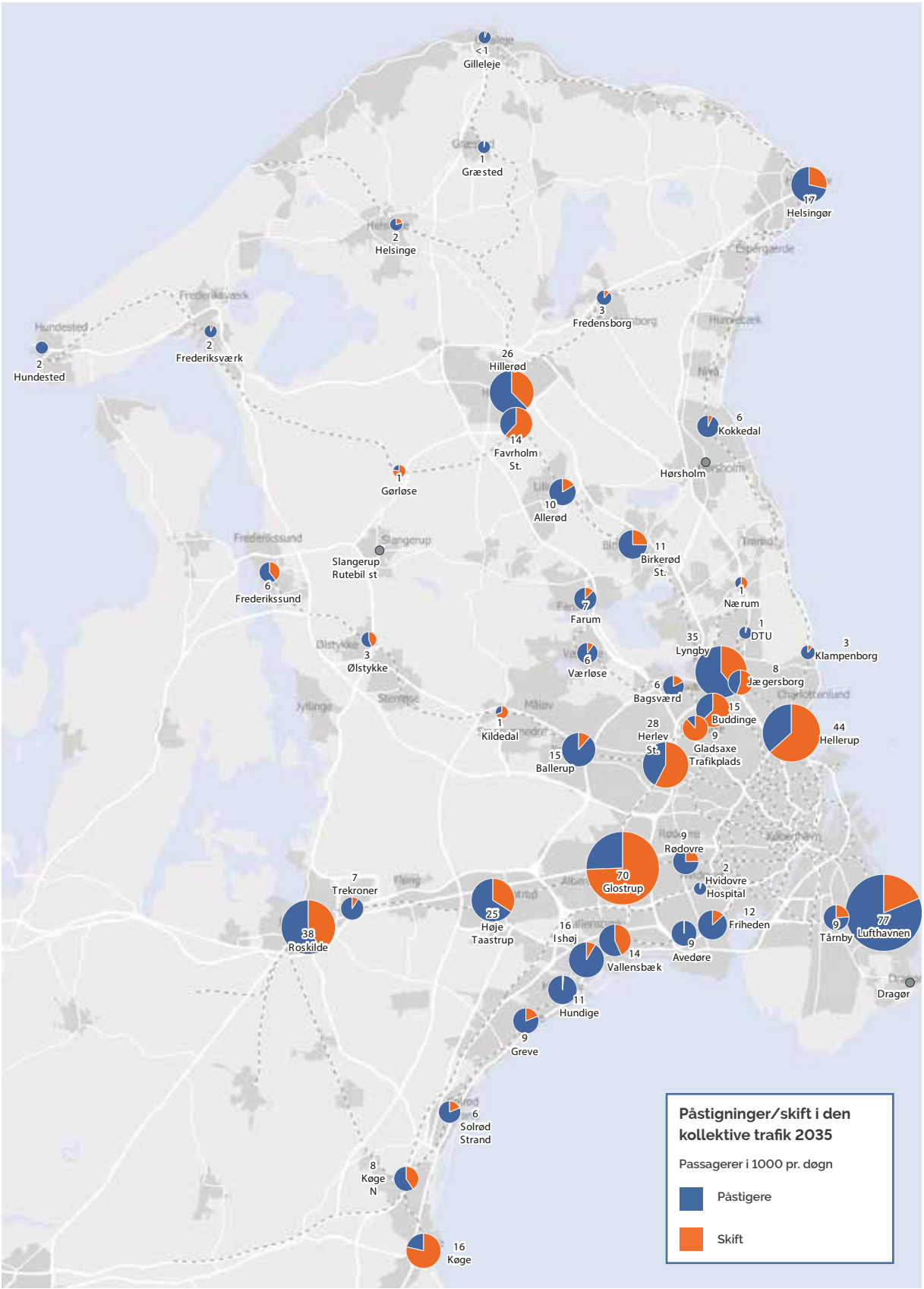
1. Knudepunktet er udgangspunkt og mål for en stor del af turene i regionen.
2. Knudepunktet giver mulighed for at skifte mellem transportmidler – både kollektiv og individuel – og er derfor et af de centrale elementer i at sikre muligheden for sammenhæng i transporttilbuddet på tværs af transportformer.

De knudepunkter, der indgår i trafik- og mobilitetsnettet er knudepunktsstationer fra Fingerplan 2017 suppleret primært med knudepunkter, hvor linjer i det strategiske kollektive net krydser. Knudepunkterne udenfor centralkommunerne ses på figur 4.1 med angivelse af forventede antal påstigere og skift i 2035. I centralkommunerne ligger knudepunkterne meget tæt, og de betjener et meget stort antal rejsende, se figur 4.2. Det er valgt at betragte centralkommunerne som ét samlet knudepunkt i trafik- og mobilitetsnettet.

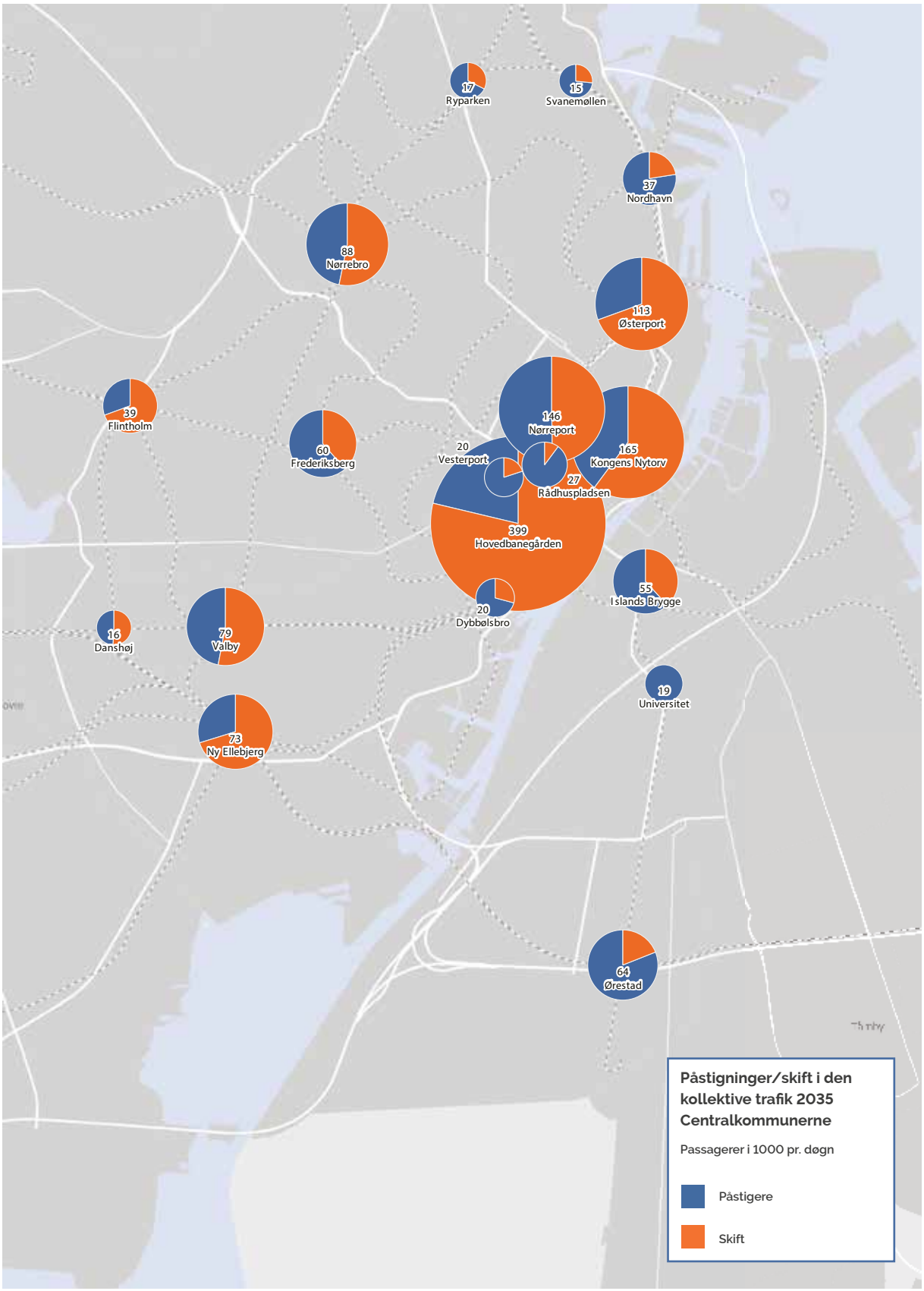
Udpegningen af trafik- og mobilitetsnettet er som nævnt baseret på den hidtil gældende planlægning og de overordnede trafiknet, som vi har i dag for alle trafikantgrupper illustreret i figur 4.3-4.5. I tillæg hertil indgår VIP-projekterne samt en række andre infrastrukturprojekter, som er udpeget i forarbejdet til trafik- og mobilitetsplanen og illustreres i figur 4.6 og 4.7. Figur 4.8 viser det samlede regionale trafik- og mobilitetsnet.

Trafik- og mobilitetsnettet indeholder, som nævnt, en række udpegede knudepunkter og transportkorridorer, som samlet udgør det regionale trafik- og mobilitetsnet. De stationer og trafiktilbud, som ikke indgår i det regionale trafik- og mobilitetsnet vil fortsat have en vigtig funktion til betjening af de mange lokale ture og som tilbringer til det regionale net. Således medfører udpegning af det overordnede regionale net ikke samtidig en nedprioritering af det øvrige net.

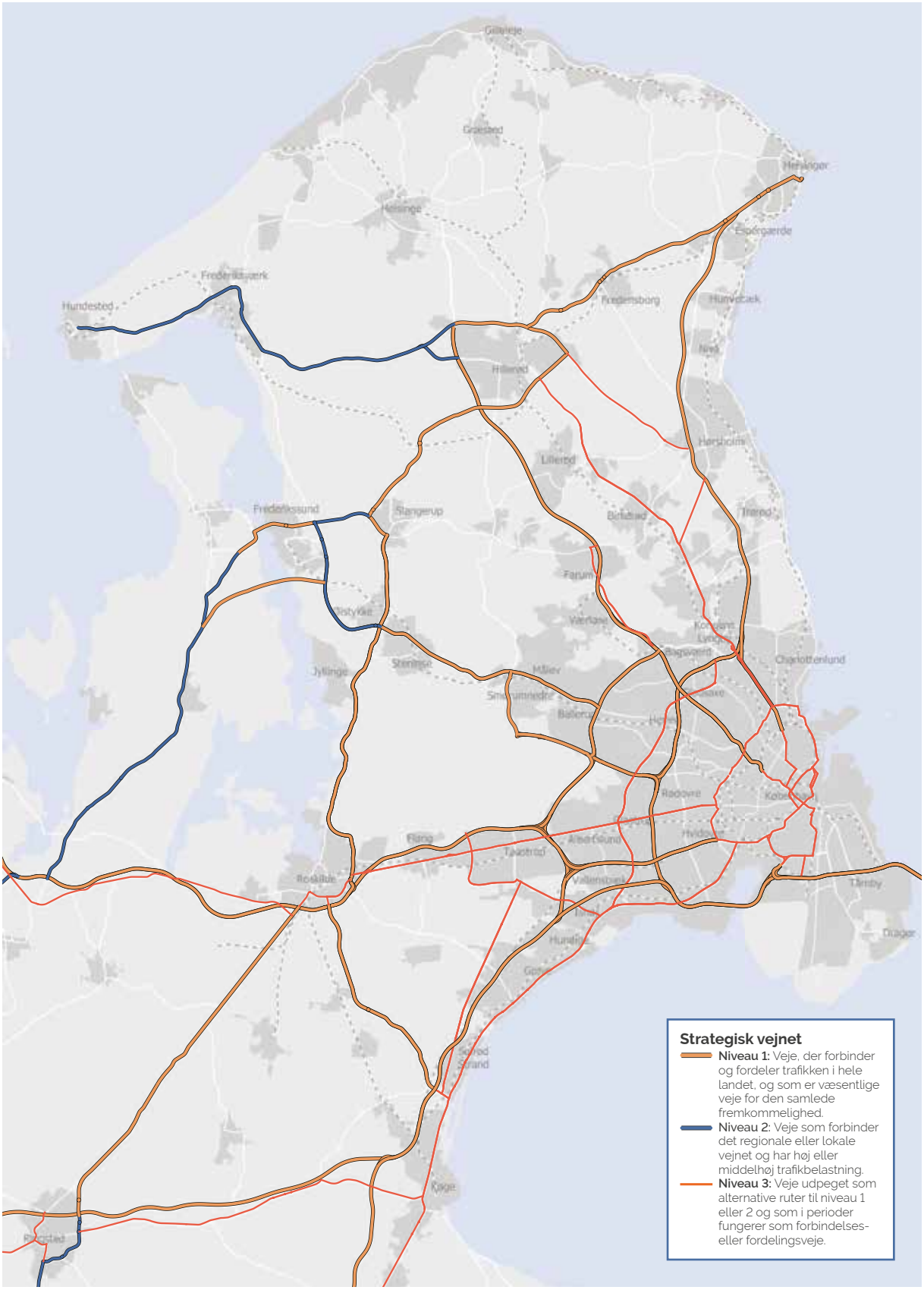
Baggrunden for udpegning af knudepunkter og trafikkorridorer er beskrevet mere detaljeret i bilag.



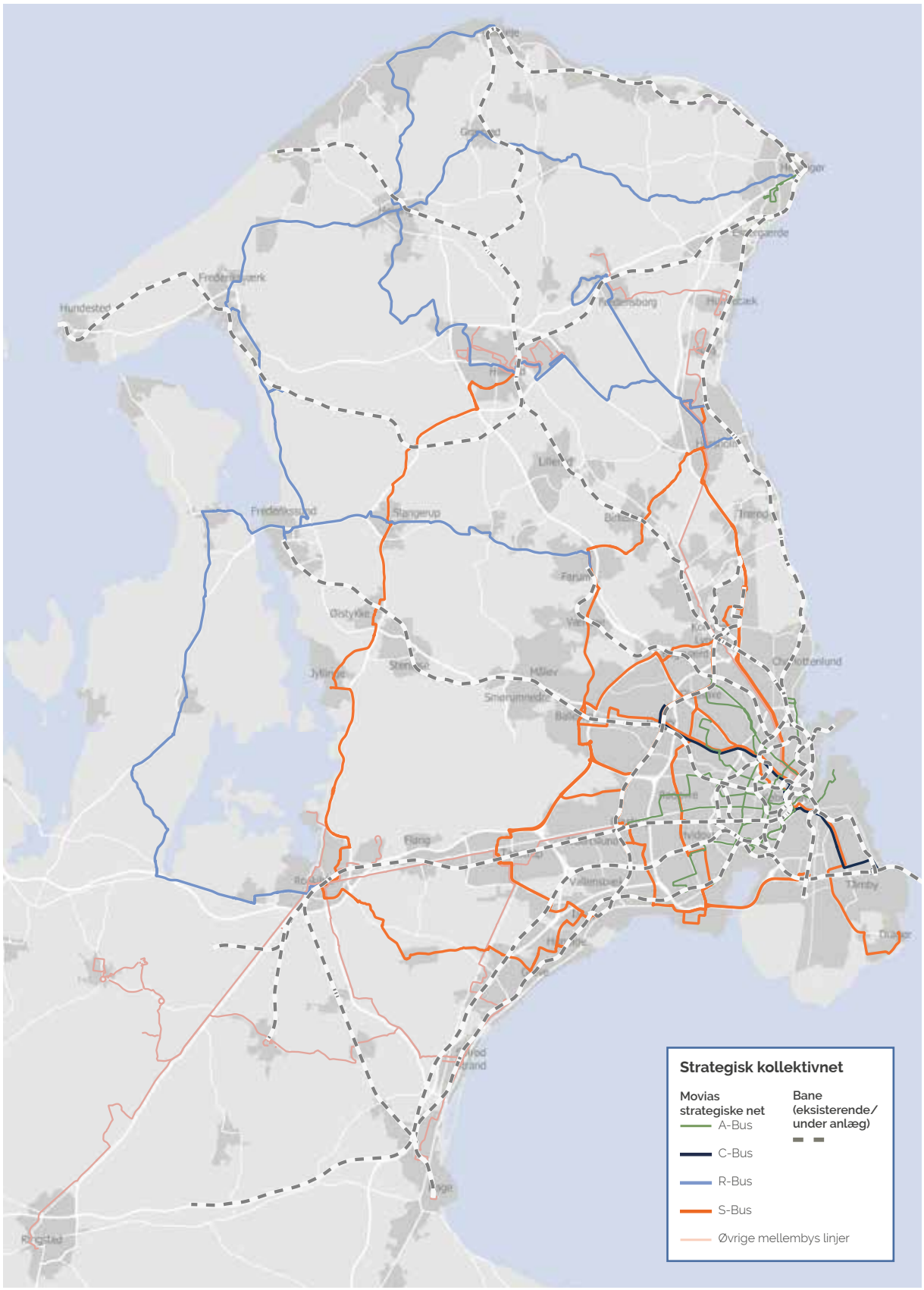
Figur 4.1. Antal påstigere samt passagerer, der skifter mellem to kollektive transportmidler (cirklens størrelse med tilhørende tal) samt andel skift i den kollektive trafik i infrastrukturscenariet 2035. Kortet viser knudepunkter udpeget som en del af trafik- og mobilitetsnettet. (Passagertal er alene angivet for togstationer)[14].



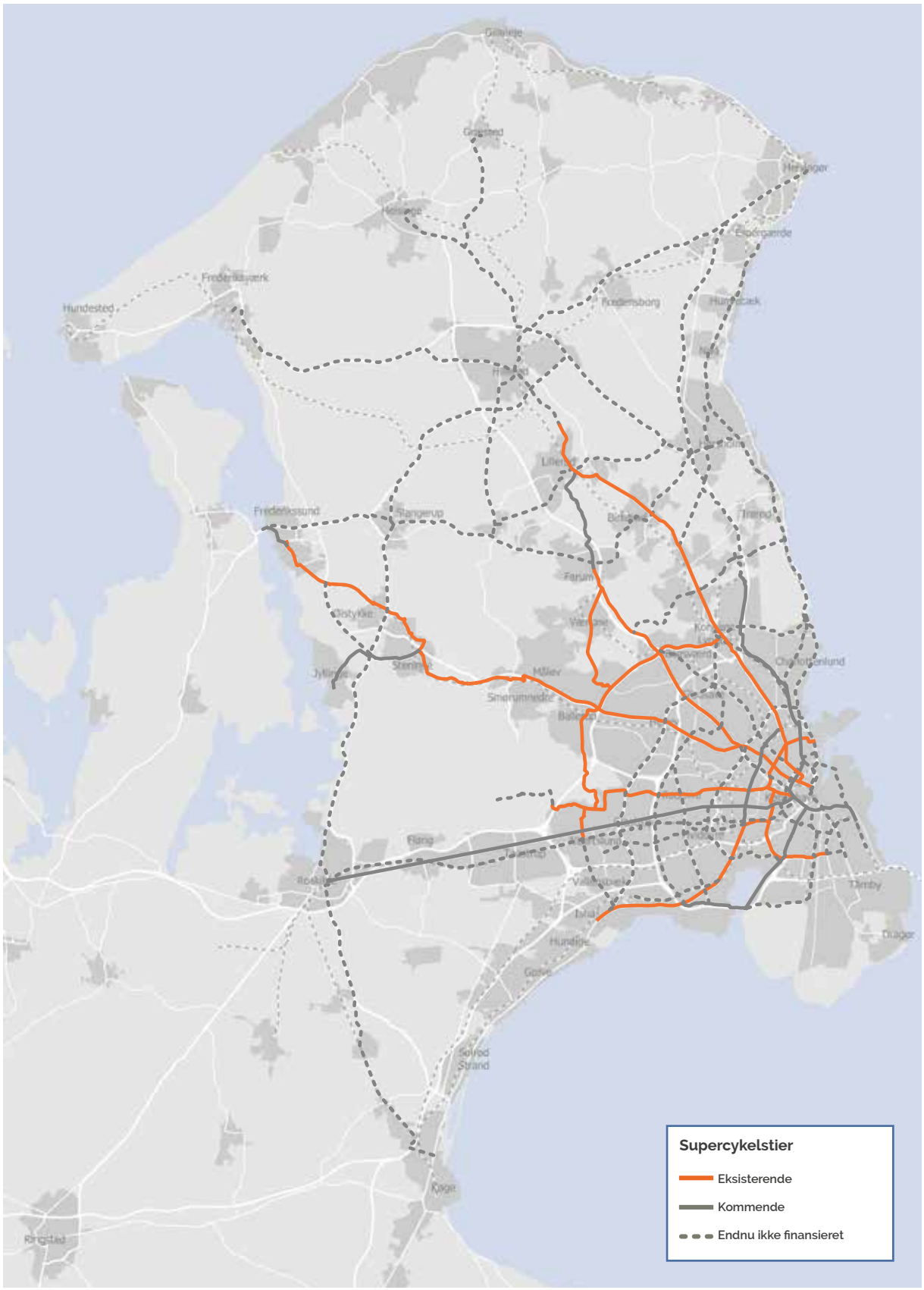
Figur 4.2. Antal påstigere samt passagerer, der skifter mellem to kollektive transportmidler (cirklens størrelse med tilhørende tal) samt andel skift i den kollektive trafik i infrastrukturscenariet 2035. De viste stationer er stations-knudepunkter i centralkommunerne udpeget i Fingerplan 2017[15].



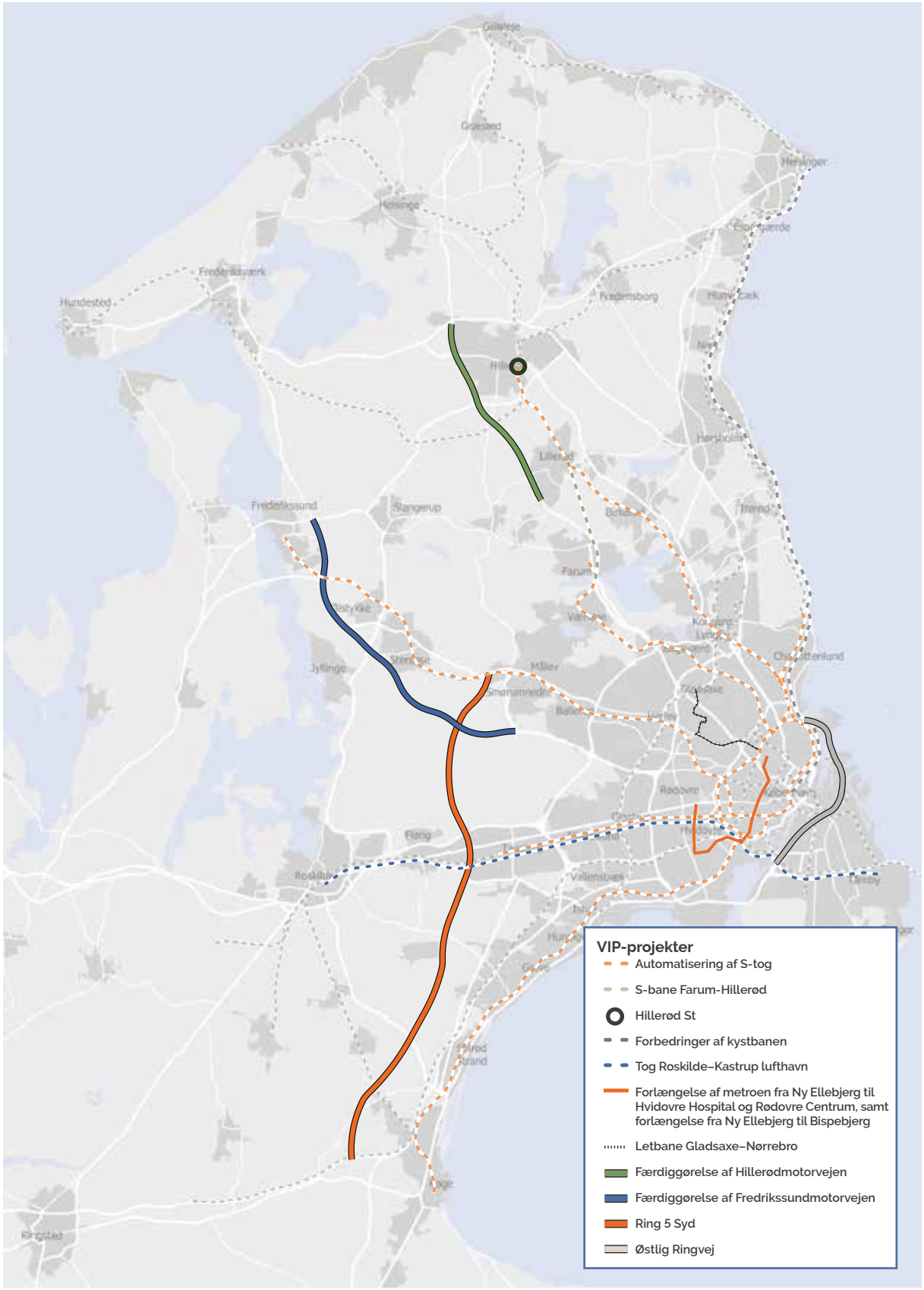
Figur 4.3. Det strategiske vejnet, som er udpeget af Vejdirektoratet sammen med kommuner og politiet, samt Frederikssundsmotorvejen og den nye fjordforbindelse ved Frederikssund. Udpegningen af det strategiske vejnet har taget udgangspunkt i vejenes trafikbelastning, deres trafikale betydning og dermed også deres samfundsøkonomiske værdi[16].



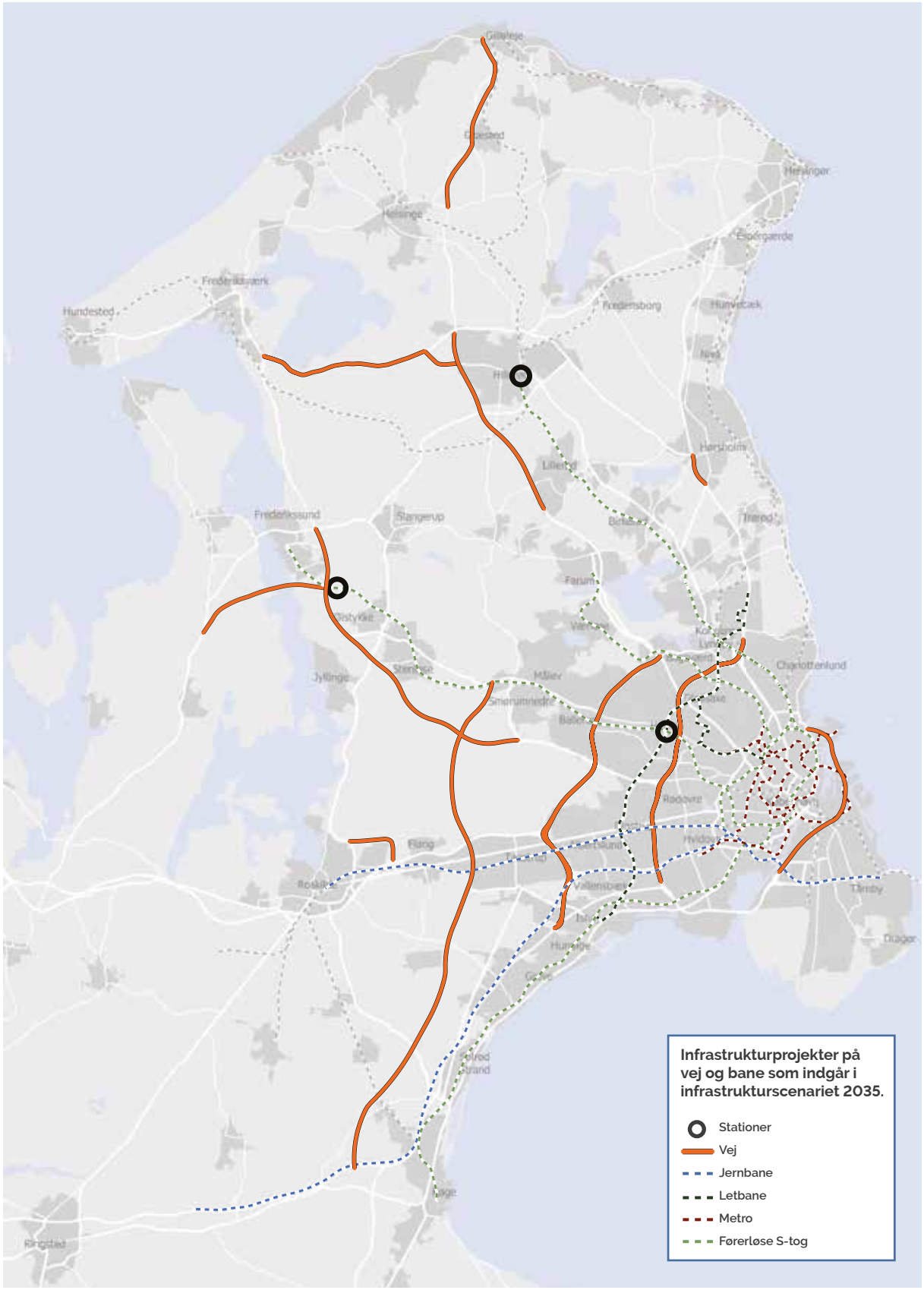
Figur 4.4. Det strategiske kollektive trafiknet består af Movias strategiske net samt de øvrige eksisterende baner inkl. baner under anlæg. Movias strategiske net er udpeget i Movias Forretningsplan 2016, og omfatter de vigtigste buslinjer og lokalbaner i Movias område, med ekstra høje krav til frekvens og forudsigelighed. Det strategiske net har stor betydning for mobilitet, bosætning, erhvervsudvikling mv. Det strategiske net tegner sig for ca. 70 % af kollektivpassagerne i Movias område[17].



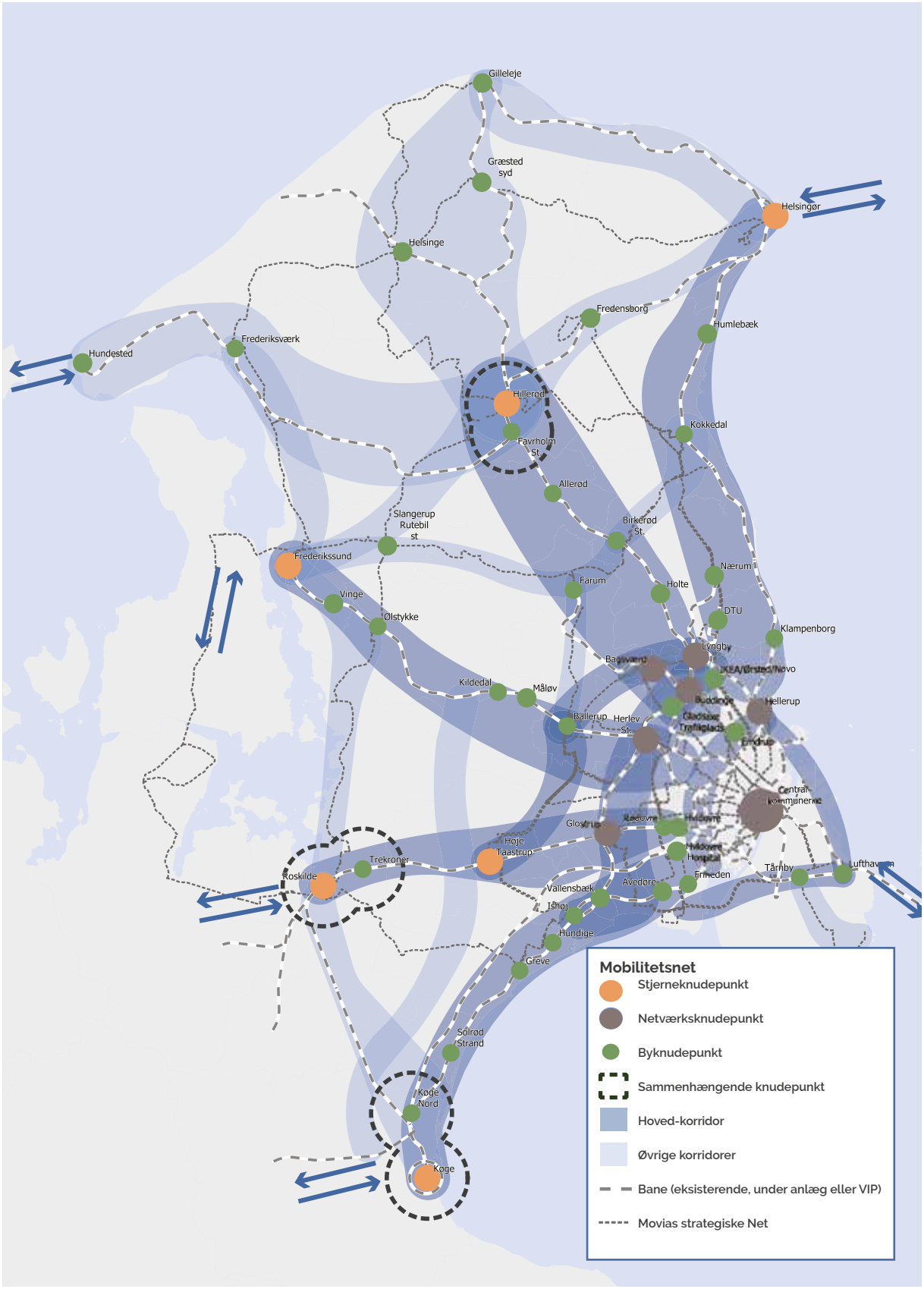
Figur 4.5. Eksisterende og planlagte supercykelstier (finansierede såvel som ikke-finansierede). Supercykelstierne er planlagt af Region Hovedstaden og et flertal af kommunerne, så de forbinder arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og boligområder i et sammenhængende net målrettet pendlerrejser[18].



Figur 4.6. VIP-projekterne er store infrastrukturprojekter, der løser konkrete trafikale udfordringer og sigter mod at øge kapaciteten eller forbedre rejsetiden. Projekterne er udpeget af KKR Hovedstaden og Region Hovedstaden, som arbejder på at sikre finansiering af projekterne især via statslige midler. Tre af projekterne (ombygning af Hillerød Station, forlængelse af metroen fra Ny Ellebjerg til Hvidovre Hospital og Rødovre Centrum, samt forlængelse fra Ny Ellebjerg til Bispebjerg og forlængelse af S-banen Farum-Hillerød) er der behov for at analysere nærmere.



Figur 4.7. Infrastrukturprojekter på vej og bane, der indgår i infrastrukturscenariet for 2035, som analysegrundlag for Trafik- og mobiltetsplanen. Projekterne omfatter allerede besluttede og finansierede projekter, VIP-projekterne (med undtagelse af forlængelsen af S-banen Farum-Hillerød), se figur 4.6 samt en række yderligere projekter.



Figur 4.8. Det regionale trafik- og mobilitetsnet, som består af knudepunkter og trafikkorridorer. Knudepunkterne skal give mulighed for effektive skift mellem transportmidlerne, og skaber dermed sammenhæng i nettet. Trafikkorridorerne skal give effektive muligheder for at transportere sig mellem knudepunkterne med forskellige transportmidler – bil, bus, tog og cykel. Den enkelte korridors bredde er tilpasset, så den omfatter korridorens infrastruktur.

5 Strategiske udviklingsområder

For at nå målet om at sikre en bedre sammenhængende og grønnere regional mobilitet med mindre trængsel og mere sundhed kræver det en overordnet plan og et godt samarbejde mellem Region Hovedstaden, hovedstadskommunerne og Staten. Det udpegede regionale trafik- og mobilitetsnet skal prioriteres, så det bedre kan håndtere den stigende trafik og bidrage til en grøn omstilling af persontransporten.

Infrastrukturprojekter og andre fysiske tiltag bidrager til at forbedre kapaciteten og skabe sammenhæng i trafik- og mobilitetsnettet, de kan også styrke den klimavenlige transport og knudepunkter – men de løser ikke de fremtidige trængselsudfordringer. Der skal mere til.

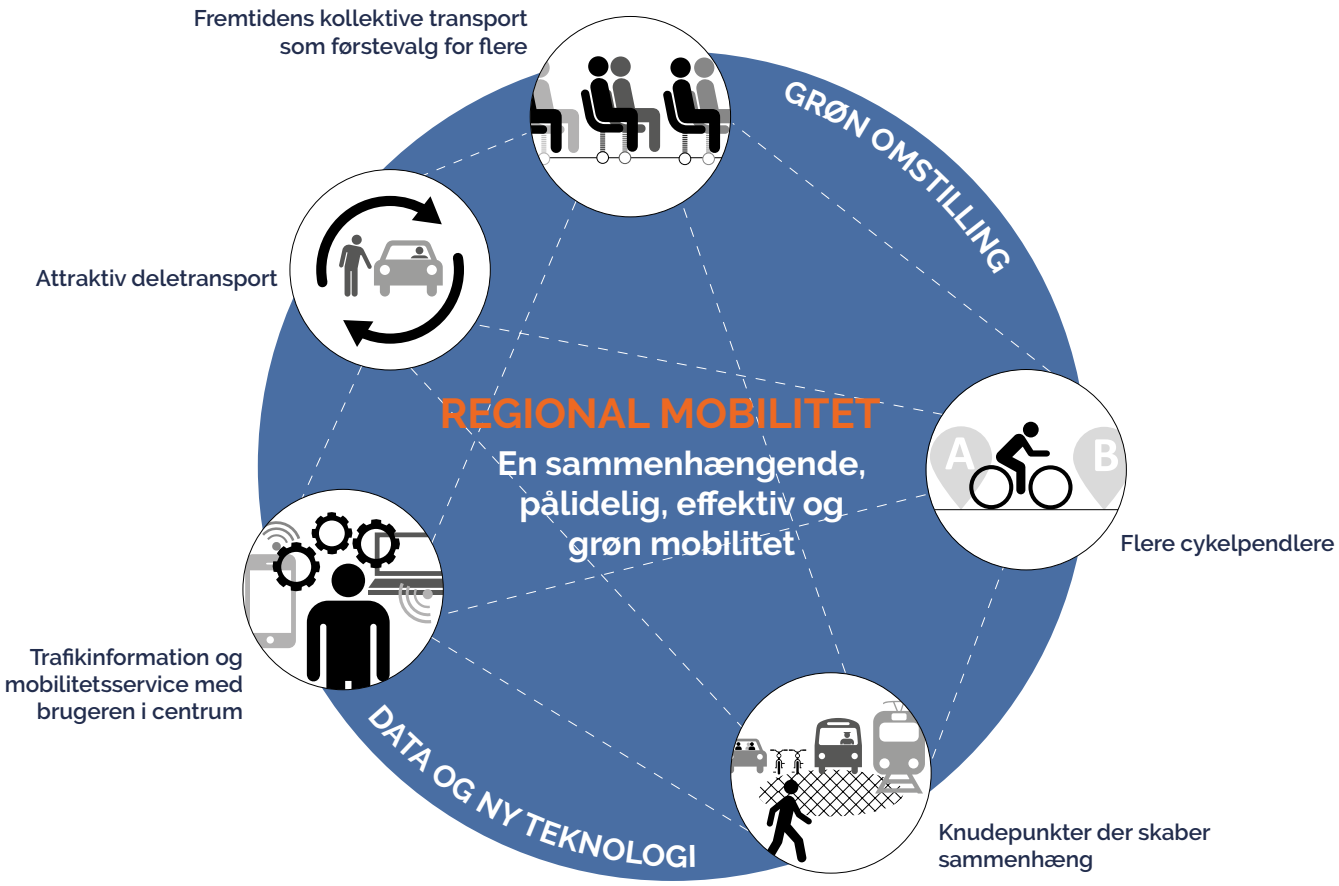
Data og ny teknologi kan give helt nye muligheder for at give borgerne en bedre service gennem et samlet mobilitetstilbud, og kan dermed bidrag til at påvirke adfærden. En bedre udnyttelse af ressourcerne – både bilparken (samkørsel) og selve infrastrukturen (trafikledelse) vil ligeledes kunne forbedre mobiliteten. Udnyttelse af ressourcerne handler også om, hvordan den kollektiv transport kan fungere bedre på tværs af geografi og organisationer.



Figur 5.1. Mulighedsrum for handlinger.

I dette kapitel er opstillet fem strategiske udviklingsområder for den regionale mobilitet i hovedstadsregionen. Udviklingsområderne er vigtige pejlemærker for, hvordan der kan sikres en sammenhængende, pålidelig og grønnere mobilitet i hovedstadsområdet. Udviklingsområder er defineret i dialog med kommunerne og partnerkredsen. De strategiske udviklingsområder supplerer og understøtter VIP-infrastrukturprojekterne, som kommunerne og regionen er enige om at prioritere (se figur 4.6, kapitel 4).

De fem strategiske udviklingsområder, som rammesætter mulighederne for fremtidens indsatser, der kan imødegå de centrale udfordringer er vist i figur 5.2



Figur 5.2. De fem udviklingsområder og deres sammenhæng.

De fem udviklingsområder er tæt forbundet og skal derfor tænkes sammen i den fremtidige udvikling af den regionale mobilitet. Udviklingen bør samtidig ske i sammenhæng med en gennemgående indsats, som handler om at udnytte tilgængelige *data og ny teknologi* fx til mere pålidelig rejseinformation både før og under rejsen. Desuden vil udviklingsområderne bidrage til *grøn omstilling*, når flere pendlere skifter bilen ud med nye kombinationer af kollektiv trafik, grøn delemobilitet, gang og cykel.

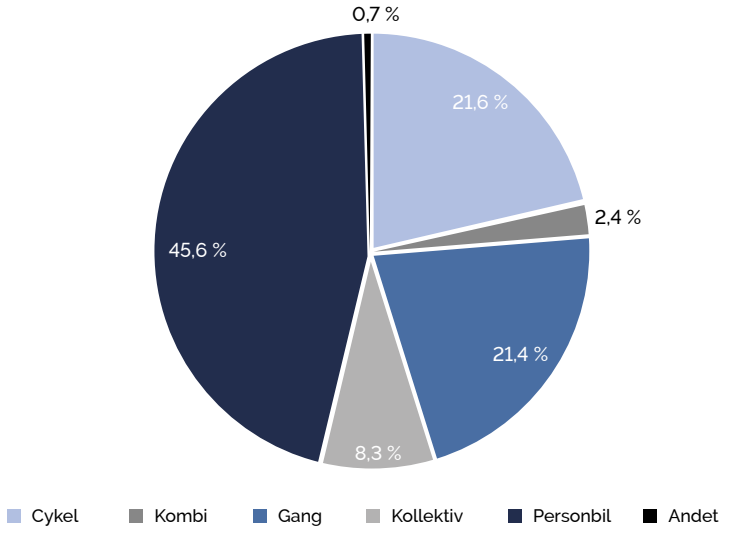
Til hvert af de fem strategiske udviklingsområder er der listet forslag til konkrete indsatser. Flere af indsatserne går på tværs af udviklingsområderne og bidrager således til at imødegå udfordringerne inden for flere områder. Indsatserne er beskrevet enkeltvis i kapitel 6. De fem strategiske udviklingsområder er beskrevet på de kommende sider.



5.1 Fremtidens kollektive transport som førstevalg for flere

Den kollektive transports styrke er, at den kan transportere mange personer effektivt, klimavenligt og på mindre plads, hvilket bliver afgørende i en fremtid med befolkningsvækst og øget pres på trafiksystemet.

Andelen af pendlere, som transporterer sig alene i bil, skal bringes ned, og den kollektive transport skal optage en del af væksten i transportbehovet i regionen.



Figur 5.3. Fordeling af transport opgjort på ture i 2016[19].

Den teknologiske udvikling har skabt grundlag for nye mobilitetstjenester og forretningsmodeller, som allerede i dag udvisker grænsen mellem traditionel kollektiv transport og private transportformer fx delebiler, delecykler, samkørselstjenester og fjernbusser. Fremkomsten af de mange nye transporttilbud viser, at danskerne efterspørger flere valgmuligheder. De private tilbud understøtter samtidig den samlede rejse fra dør til dør, som den offentlige kollektive trafik ikke på egen hånd kan tilbyde – og kan derfor være et vigtigt redskab til at få flere bilpendlere til at skifte bilen ud med et rejsekort eller MaaS-abonnement.

Udviklingen giver derfor flere muligheder for at samtænke de nye transportformer med den kollektive transport, så der som et reelt alternativ til bilen tilbydes en effektivt, pålidelig og sammenhængende dør-til-dør transport til fremtidens mobilister.

Den kollektive transport er i dag udfordret af en stor ejer- og aktørkreds, der gør det vanskeligt at koordinere strategiske udviklingsprojekter og skabe sammenhæng på tværs af trafikselskaberne. Kundetilfredsheden ligger desuden relativt lavt sammenlignet med de andre storbyregioner i Norden, og bilen er stadig den foretrukne transportform i store dele af hovedstadsområdet.



Fokus for indsatsen er derfor både at udvikle transportudbuddet, styrke samarbejdet og organiseringen, og forbedre de kunderettede aktiviteter.

Målbillede

"Jeg cykler næsten hver dag et par kilometer ned til S-toget, når jeg skal på arbejde. Jeg behøver ikke at planlægge min rejse i det daglige. Når jeg har stillet cyklen ved stationen ved jeg, at der altid kommer et tog inden for få minutter. Hvis min app på telefon varsler regn, vælger jeg dog ikke at cykle til stationen, derfor booker jeg en delebilstur med fast lav pris via samme mobilitets-app, og kommer tørskoet hen til S-toget."





Udviklingsområdet peger på følgende indsatser:

Indsats 1	Styrket kollektivt hovednet.
Indsats 2	Tværgående samarbejde om udvikling af den kollektive transport.
Indsats 3	Mobility as a Service (MaaS).

Indsatserne er nærmere beskrevet i kapitel 6

Mulige aktører

Der er en lang række mulige aktører, som er relevante for dette udviklingsområde. Her kan bl.a. nævnes: Staten, Region Hovedstaden, kommuner og trafikselskaber, aktører inden for kollektiv transport og udbydere af mobilitetstjenester og services. Også Rejseplanen/Rejsekort og DMI har her en vigtig rolle i hverdagens mange valg.



5.2 Trafikinformation og mobilitets-service med brugeren i centrum

Dette udviklingsområde handler om at give pendlere større fleksibilitet og bedre muligheder for at træffe et grønt og effektivt transportvalg på baggrund opdateret trafikinformation både før og under rejsen. Mange andre storbyregioner i Europa arbejder målrettet med at udnytte data og opbygge digitale løsninger, hvor man kan abonnere på en stor palet af kollektiv trafik, taxi og mobile deletjenester via Mobility as a Service (MaaS), hvor brugeren med en app på telefonen kan planlægge og betale rejser på tværs af udbydere og transportformer. Eksempler fra Helsinki, Stockholm og Wien viser, at flere fravælger privatbilen efter MaaS er blevet tilgængelig. I hovedstadsområdet er der allerede et stort udbud af både kollektiv trafik og forskellige mobilitetsløsninger – og borgerne har allerede i dag forskellige digitale smarte tjenester på deres mobiltelefoner. Derfor er det oplagt, at udviklingen af MaaS sker i hovedstadsregionen og dermed sætter nye standarder for mobilitets-services, som gør kollektiv trafik, cykling og delemobilitet til et attraktivt førstevalg.

Udviklingen af MaaS kræver et målrettet arbejde for at sikre åbne data og en fælles platform. Her vil det være oplagt at tage udgangspunkt i Danmarks 'Nationale adgangspunkt', som Trafik-, Bygge- og Boligstyrelsen har fået til opgave at sikre, så Danmark lever op til sine EU-forpligtelser. I praksis betyder det, at Danmark er pålagt at stille en national dataplatform til rådighed for udviklere og andre, som vil have indsigt i køreplaner, priser og andre rejsedata fx realtid for busser, tog og trafikflow. Platformen skal derigennem samle bestemte trafikrelevante data og gøre dem tilgængelige, så der opnås en bedre udnyttelse og deling af eksisterende data. Den kan endvidere udbygges, så der på baggrund af historiske data og realtid kan udsendes prognoser for trafikken ned på timebasis.

I EU-Kommissionens overordnede ITS-direktiv er der vedtaget seks retsakter på transportområdet, hvoraf Retsakt A blev vedtaget i maj 2017, som vedrører datadeling inden for transport og fremme af multimodale rejseinformationstjenester.

Formålet med Retsakt A er at gøre rejseplanlægning tilgængelig på tværs af transporttilbud. Dette skal gøres i et fælles format i alle EU-medlemsstater. Retsakten stiller krav om et nationalt adgangspunkt (NAP) med krav til, hvilke datatyper og formater der skal deles, samt hvordan de skal deles.

Den 1. december 2019 skal et NAP være i drift, og de følgende år vil NAP blive udvidet yderligere med flere transportdata, som gør det muligt for brugere (fx en udbyder af rejseinformationstjenester eller MaaS-udbydere) at tilgå data fra en eller flere forskellige dataleverandører ét samlet sted. NAP fungerer som et katalog, hvor brugeren kan hente de ønskede data, fx om rejsetider, køreplaner, priser, uheld og forstyrrelser i trafikken mv.

Med dette udgangspunkt har MaaS gode forudsætninger for at kunne folde sig ud i hovedstadsregionen med fx en videreudvikling af Rejseplanen/Rejsekortet som via fusioneringen kan udvikle smarte digitale mobilitetstjenester på tværs af transportformer.



Dette udviklingsområde handler også om at sikre en effektiv udnyttelse af det samlede mobilitetsnet gennem trafikledelse på tværs af administrative grænser. I dag tegner der sig et billede af, at trafikledelse i hovedstadsregionen primært er bundet op på den enkelte transportaktørs opgaver og opdrag. Ny teknologi (machine learning) gør det muligt at behandle mange flere data og fx levere prognoser time for time – eller minut for minut for trafikudviklingen. Dette giver helt nye redskaber til at få overblik over trafiksituationen, informere trafikanterne eller ændre på indstillingerne i trafiksignalerne.

Der er således et potentiale for en mere effektiv trafikledelse, hvis den tænkes endnu mere på tværs af aktører. Derfor er det ikke nok at have en fælles dataplatform. Der er også behov for et styrket samarbejde på tværs af administrative grænser samt fælles procedurer og redskaber til at reagere på hændelser. Det kan fx være en fælles aktionsplan, når der er sket trafikuheld eller teknisk nedbrud på en vigtig vej- eller banestrækning.

Målbillede

"Det er blevet super let for mig at komme fra a til b – og jeg får rigtig meget ud af mit MaaS-abonnement, hvor jeg får anbefalinger til, hvordan jeg nemmest kommer på arbejde og rundt til kunder. Min smartphone kommer også hver morgen med forslag til, hvordan jeg kommer rundt – baseret på dagens trafikbillede, og jeg vælger den transport, jeg skal bruge fra dag til dag. Ofte er det en kombination af fx bus, tog, metro og delecykel, men nogle gange snupper jeg en bybil, hvor jeg bliver guidet gennem trafikken. Det vigtigste for mig er, at jeg når frem til den tid jeg forventer. Skulle noget ændre sig undervejs, så får jeg hurtigt besked på mobilen og hjælp til at komme videre."

Udviklingsområdet peger på følgende indsatser:

Indsats 3	Mobility as a Service (MaaS).
Indsats 4	Kørselsafgifter.
Indsats 5	Trafikprognoser og trafikinformation.
Indsats 6	Intelligent signalstyring og trafikledelse.

Indsatserne er nærmere beskrevet i kapitel 6



Mulige aktører

Mulige aktører kan være udbydere af mobilitetsservices, Rejsekortet og Rejseplanen, trafikselskaber, kommuner, Region Hovedstaden, staten og Vejdirektoratet. Desuden er operatører, der udvikler og driver MaaS løsninger, vigtige aktører.



5.3 Knudepunkter der skaber sammenhæng

Regionale transportknudepunkter (stationer, større busstop, samkørselspladser, hospitaler og erhvervsområder etc.) spiller en vigtig rolle i at skabe sammenhæng mellem transportformerne og understøtte nemme skift. Men de kan også skabe merværdi for den omkringliggende by. Flere steder i Danmark og i udlandet udvikles i dag levende og attraktive bymiljøer omkring stationer. Integration af bymæssige funktioner i og omkring knudepunktet (fx indkøb, læge, café, faciliteter til sport og bevægelse) kan gøre valget af kollektiv transport mere attraktivt. En koncentration af sådanne funktioner understøtter også det nemme hverdagsliv ved at mindske borgerens transportbehov. Desuden kan mere aktivitet i knudepunktet bidrage til en større tryghed, da det giver "øjne på gaden" i de mørke timer.

Ved lokalisering af arbejdspladserne inden for gangafstande på op til maksimalt 600 meter, dog op til 700 til 800 meter i egentlige bymæssige omgivelser, er der væsentlig flere af de ansatte, der benytter kollektiv transport, og færre der benytter bil, end til og fra tilsvarende arbejdspladser i større afstand fra en station, uanset om arbejdspladserne er godt busbetjente med højklassede løsninger[20].

Så tendensen er, folk er villige til at gå længere, hvis de bevæger sig i et attraktivt bymiljø. Et godt bymiljø omkring en station kan således få flere til at vælge den kollektive transport. Over lidt længere afstande kan stationer med gode cykelfaciliteter være med til at få pendlere til at kombinere den kollektive transport med cyklen og gør den samlede rejse mere konkurrencedygtig på tid end bilture, når det gælder dør-til-dør-transport fra områderne langs hovedkorridorerne.

Hvis en større andel af rejserne i 2035 skal ske i den kollektive transport, er det vigtigt at styrke transportknudepunkternes trafikale funktion og optimere skift. Men det er også vigtigt at se på knudepunkternes bymæssige funktion og potentialet for at lokalisere arbejdspladser, boliger og hverdagsfunktioner tæt på stationen.

Her er det relevant at arbejde videre med en opdeling af knudepunkter, så det er tydeligt, hvilke knudepunkter der har en særlig rolle i at betjene det kollektive net, og hvilke der i højere grad betjener lokalområdet. Knudepunkters udvikling og forankring i den regionale mobilitet skal imødekommes på flere niveauer: Både fysisk, strategisk og organisatorisk.



Målbillede

"Det betyder meget i en travl hverdag, at jeg kan nå at handle, dyrke sport eller få en kop kaffe med veninderne i stationscentret efter arbejde. Det er et virkelig rart sted med gode indkøbsmuligheder, hyggelige cafeer og adgang til en masse services. Når jeg har handlet, kan jeg gå direkte ud i cykelparkeringen og hente min elcykel i ladestativet – med mindre det er rigtigt møgvejr, så kan jeg nemlig godt finde på at tage en bybil hjem i stedet for."

Udviklingsområdet peger på følgende indsatser:

Indsats 7	Dialogværktøj til udvikling af knudepunkter.
Indsats 8	Udvikling af transportorienterede byudviklingsmetoder.
Indsats 9	Nemme skift og attraktive first/last mile løsninger.
Indsats 10	Kombinationsrejser med cykel.
Indsats 13	Samkørselsknudepunkter for multimodale rejser.

Indsatserne er nærmere beskrevet i kapitel 6



Mulige aktører

I og omkring knudepunkter er der mange private og offentlige aktører, som både er ejere, lejere, operatører og som står for drift og vedligehold. For at sikre helhedstænkning i udviklingen af knudepunkter skal samarbejdet styrkes bl.a. mellem følgende aktører: De enkelte kommuner, Region Hovedstaden, DSB, Banedanmark, trafikselskaberne og lokale aktører samt private mobilitetsservices som fx GoMore eller Let's Go.



5.4 Flere cykelpendlere

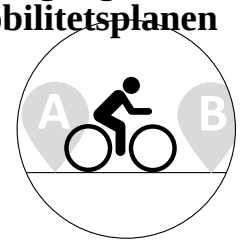
Dette strategiske udviklingsområde skal gøre det attraktivt at pendle på cykel. Det handler både om cykelpendling hele vejen til job eller uddannelse, og der hvor cyklen indgår som en del af en kombinationsrejse. Cyklen som transportform til/fra stationen udvider det geografiske område, hvor den kollektive transport er konkurrencedygtig overfor bilen målt på rejsetid. Cykelområdet har de seneste årtier taget nogle store udviklingsspring, som har givet jernhesten ny opmærksomhed i forhold til at løse de regionale mobilitetsudfordringer. Udviklingen skyldes bl.a. nye tiltag og ny teknologi. De almindelige elcykler er i vækst, og nye cykeltyper vinder frem.

Disse nye muligheder kan give cyklen en øget rækkevidde i landskabet og dermed også en større rolle i den regionale mobilitet. Beregninger viser, at den gennemsnitlige pendlingsafstand mellem bolig og arbejde vil være ca. 11 km. i 2035. Dette er en realistisk distance for den fremtidige cykelpendler, der er kørende på en prioriteret supercykelsti til et kollektivt transportknudepunkt eller hele vejen til arbejdspladsen eller uddannelse, siddende på sin elcykel.

Transportbehovet på tværs af fingerkorridorerne stiger, og her er cyklen flere steder hurtigere end den kollektive transport i dag, hvilket også gælder i yderområder ved rejser til udvalgte interessepunkter. Netop disse rejser på tværs og i yderområderne er interessante at få aktiveret som cykelpendlerstrækninger i fremtiden.

Cyklen er fleksibel, pladsbesparende, sundhedsfremmende og ikke mindst klimavenlig. En realisering af de 45 planlagte supercykelstier har potentiale til at reducere antallet af sygedage med 40.000 dage om året, sikre en mio. færre bilture om året og en årlig reduktion i CO_2-udslip på 1.500 tons (svarende til næsten 200 danskeres årlige udslip).

I 2016 var cyklens markedsandel blandt borgerne i regionen 58 % for pendlerture under 5 km, og 24 % for pendlerture mellem 5 og 20 km. Men der skal flere pendlere på cyklen for at imødegå trængsels- og klimaudfordringer, og det kan kun opnås ved en målrettet indsats. Cyklen har et uforløst potentiale både som selvstændigt transportform og i sammenhæng med den kollektive transport[21)].



Målbillede

"Egentlig synes jeg, at der er for langt at cykle til arbejde, men nu har jeg fået en elcykel stillet til rådighed fra min arbejdsplads, og er blevet ret vild med det. Jeg cykler 22 km til og fra job hver dag, og nyder turen ad de brede supercykelstier. Det er også sjovt at følge med på mobilen undervejs. Min mobilitets-app viser nemlig både tempo, tid og kalorieforbrug – og når det er vinter bliver jeg varslet, hvis der kan være isglat. Jeg kan også nemt finde servicestationer til cyklen og information om, hvor jeg nemmest tager cyklen med i bussen eller toget, hvis det regner."





Udviklingsområdet peger på følgende indsatser:

Indsats 9	Nemme skift og attraktive first/last mile løsninger.
Indsats 10	Kombinationsrejser med cykel.
Indsats 11	Udbygning af supercykelstinettet.

Indsatserne er nærmere beskrevet i kapitel 6

Mulige aktører

Staten, Region Hovedstaden, kommunerne og Vejdirektoratet er centrale aktører i tæt samarbejde med Rejseplanen/Rejsekort. Det vil være en fordel, at sekretariatet for supercykelstier fortsat driver udviklingen og implementeringen af supercykelstier, styrker det tværkommunale samarbejde og arbejder målrettet på at skaffe finansiering. Desuden er private virksomheder og interessenter også mulige aktører i arbejdet med at realisere ruterne og markedsføre dem.



5.5 Attraktiv deletransport

Dette udviklingsområde handler om at gøre det attraktivt at dele den store transportkapacitet, som i dag findes i form af tomme bilsæder. Det skal være attraktivt og nemt at opbygge partnerskaber omkring dele- og samkørselstjenester, og der skal være gode faciliteter for dem, som vælger at indfri deres transportbehov via sådanne ordninger. Fremme af deletransport kan både være med til at reducere trængslen på de mest belastede vejstrækninger i regionen og være et supplement til den kollektive trafik især i yderområderne.

For pendlerture til arbejdspladser sidder der på landsplan i gennemsnit 1,05 person pr. bil[22)] og der er derfor et kæmpe potentiale for at udnytte bilernes transportkapacitet ved øget brug af deletransport. Hvis øget deletransport kan medføre, at der kommer én ekstra person i alle personbiler, vil vejenes transportkapacitet således stige med 95 % i myldretiderne.

Indfrielse af mobilitetsbehovet ved brug af kollektiv transport er kun samfundsøkonomisk rentabelt, når antallet af passagerer overstiger et vist niveau. Dette er en typisk situation i de tætte byområder, samt i det centrale regionale trafik- og mobilitetsnet. Udenfor disse områder kan det være urentabelt at dække mobilitetsbehovet med kollektiv transport alene, og deletransport kan være et supplement til et mere begrænset kollektivt transporttilbud udenfor hovednettet.

Deletransport kan være aktuelt i flere sammenhænge:

- Grupper af pendlere som i mere eller mindre faste grupperinger kører til/fra en fælles arbejdsplads eller erhvervsområde.
- Enkeltstående rejser enten booket som samkørsel hos "fremmede" via nogle af de services, som findes på internettet eller ved egen kørsel i en delebil
- Uformelle partnerskaber fx omkring fælles transport af børn til/fra sport- og fritidsaktiviteter

Incitamenter for brug af deletransport kan være som et alternativ til andre mindre gode transportmuligheder, det kan være rent økonomiske incitamenter ved enten ikke at skulle eje en bil eller ved at dele transportomkostningerne med andre, hvis man er bilejer. Endelig kan der for nogle være sociale incitamenter ved at møde nye mennesker eller ved at være sammen med allerede kendte kollegaer i mindre formelle rammer.

Målbillede

"Jeg bor i en landsby tæt på vandet og elsker det – men min uddannelse er ca. 40 km væk fra min bopæl, og her skal jeg hen ca. tre gange om ugen. Der kører ikke direkte busser eller tog, da turen går langt uden om København. Jeg synes, at det er alt for dyrt at køre i og eje en bil – derfor booker jeg for det meste en tur via min samkørselsapp – det er både hurtigt og billigt. Desuden arbejder jeg lidt freelance ved siden af studiet, som jeg nemt klarer hjemmefra via nettet. Når jeg skal ind til byen, er det nemmest bare at booke en plads i en flexbus, som kører mig til og fra S-togsstationen. Desuden har jeg mulighed for at booke en af landsbyens delebiler – hvis jeg vil besøge min familie i Jylland eller skal en tur i IKEA."



Udviklingsområdet peger på følgende indsatser:

Indsats 12 Udbygning af dele- og samkørselstjenester uden for de store byer.
Indsats 13 Samkørselsknudepunkter for multimodale rejser.

Indsatserne er nærmere beskrevet i kapitel 6

Mulige aktører

Region Hovedstaden og kommunerne skal sammen med Movia og Rejseplanen/Rejsekortet lægge en strategi for, hvordan deletjenester, taxi og samkørsel kan blive en del af fremtidens mobilitet.

6 Indsatser

Region Hovedstaden og kommunerne kan ikke alene igangsætte eller løfte alle indsatserne. Det kræver et samarbejdet med såvel private som statslige og semioffentlige aktører. Men indsatserne er de handlinger, der bidrager til at nå målsætningerne om at skabe bedre mobilitet og mindske stigningen i trængslen.

Til hvert af de fem strategiske udviklingsområder er der listet forslag til konkrete indsatser, der kan sættes i gang for at imødegå de udfordringer, som der adresseres i denne Trafik- og mobilitetsplan. Flere af indsatserne går på tværs af udviklingsområderne, og bidrager således til at imødekomme udfordringerne inden for flere områder.

Indsatserne er:

1) Styrket kollektivt hovednet
2) Tværgående samarbejde om udvikling af den kollektive transport
3) Mobility as a Service (MaaS)
4) Kørselsafgifter
5) Trafikprognoser og trafikinformation
6) Intelligent signalstyring og trafikledelse
7) Dialogværktøj til udvikling af knudepunkter
8) Udvikling af transportorienteret byudviklingsmetoder
9) Nemme skift og attraktive first/last mile løsninger
10) Kombinationsrejser med cykel
11) Udbygning af supercykelstinettet
12) Udbygning af dele- og samkørselstjenester uden for de store byer
13) Samkørselsknudepunkter for multimodale rejser.



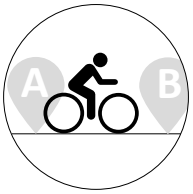
Fremtidens kollektive transport som førstevalg for flere



Trafikinformation og mobilitetsservice med brugeren i centrum



Knudepunkter der skaber sammenhæng



Flere cykelpendlere



Attraktiv deletransport

Indsats 1

Styrket kollektivt hovednet

Denne indsats handler om at styrke og promovere et kollektivt hovednet, der tilbyder høj frekvens og god fremkommelighed på tværs.

Nettet består af eksisterende lokalbaner, regional- og fjerntog samt S-tog, metro og den kommende letbane på Ring 3 samt de regionale buslinjer. Hovednettet suppleres af direkte buslinjer, der kobler byer og udvalgte lokaliteter til hovednettet. I hovednettets knudepunkter skal skiftene mellem de forskellige transportformer være gnidningsfri og intuitive. Nettet skal, særligt i yderområderne, suppleres af fleksible og relativt billige first/last mile koncepter med fx førerløse busser on-demand, eldrevne delecykler eller -biler og samkørselstjenester.



Anbefalinger

Det anbefales, at det fælles samarbejdsforum (se indsats 2) igangsætter følgende handlinger:

- Analyse af, hvor der er behov for at opgradere hovednettet eller knudepunkter.
- Definere servicemål på tværs af trafikselskaber og aktører gennem regionernes og kommunernes trafikbestilling til Movia.
- Fastlægge en fælles kommunikationsstrategi for promovering af det samlede hovednet.
- Kortlægge effekter af førerløse S-tog og effektive BRT-løsninger eller letbaner.
- Etablere partnerskaber med private mobilitetsudbydere, der tilbyder first/last mile løsninger og samkørsel.
- Videreudvikle funktioner i knudepunkter med gode kollektive skift, cykelfaciliteter, delebilspladser og samkørselsstop samt by/handel/servicefunktioner, der understøtter gang.



Barrierer og udfordringer

- Stor ejer- og aktørkreds og tendens til suboptimering hos de enkelte trafikselskaber, der har del i hovednettet.
- Omkostninger og gevinster af konkrete tiltag falder på forskellige parter.
- Regulering af deleøkonomiske services er stadig præmatur, fx mht. skat og fradrag.

Indsats 2

Tværgående samarbejde om udvikling af den kollektive transport

Formålet med denne indsats er, at der i det etablerede samarbejdsforum i DOT-regi arbejdes på at skabe en fælles retning for den fremtidige kollektive transport gennem en struktureret strategiproces. Desuden er det formålet at sikre en fælles prioritering af det kollektive hovednet og en sammenhængende indsats på tværs af ejere, trafikselskaber og aktører. Lovmæssigt er der ikke noget til hinder for, at der i DOT-regi sker en mere strategisk planlægning og koordinering af den kollektive trafik. Det nuværende samarbejdsforum bag DOT kan med en række ændringer – som loven giver hjemmel til – gøre det muligt at geare DOT-samarbejdet til at løfte en større opgave – her er Transport for London en inspiration.

Anbefalinger

- Samarbejde på tværs af kommuner og regioner på Sjælland med forankring i en politisk organisering med repræsentanter fra regioner og kommuner – som kan følge op på strategien i DOT og komme med nye indspil til trafikselskaberne. Således kan man arbejde sammen om at definere en fælles vision og strategi for den fremtidige kollektive transport i hovedstadsområdet om, hvordan man kan gøre kollektiv trafik førstevalg for flere. Denne fælles vision og fortælling kan også danne afsæt i beslutninger med konkrete tiltag, der kan styrke det kollektive hovednet og arbejde hen mod at samle trafikselskaberne og trafikledelsen på tværs af kommunegrænserne og forskellige transportformer.
- Den samme politiske organisering kan også pege på konkrete indsatser, som kan lette trængslen eller gøre kollektive rejser mere attraktive – og emner som kørselsafgift, supercykelstier, delemobilitet, Parker & Rejs-anlæg, Mobility as a Service og udviklingen af Rejsekort/Rejseplanen vil kunne tages op – og danne grundlag for politiske diskussioner og prioriteringer i regioner og kommuner.



Barrierer og udfordringer

- Koordinering mellem aktørerne (stat, regioner og kommuner) er kompliceret. Det skyldes ikke alene trafikkens omfang, men også trafikselskabernes meget forskellige ejerkredse, organisering og strategier.
- Forskellige forretningsstrategier og incitamentsstrukturer mellem private og offentligt ejet kollektive trafikselskaber.

Indsats 3

Mobility as a Service

Udviklingen af den kollektive trafik i hovedstadsområdet halter bagefter andre metropolområder som fx Stockholm og Helsinki. Her er man længere fremme, når det handler om at sammenkæde forskellige transportformer på rejsen, hvor det er nemt og gnidningsløst at få information og betale, når rejsende fx vil kombinere bycykel, flextrafik, delebil eller taxi med den kollektive trafik. I Danmark har Region Hovedstaden sammen med Region Nordjylland bidraget til at udvikle Rejseplanen, så den kan blive en bedre platform for kombinationsrejser.

Der er stor enighed blandt parterne bag Rejseplanen om, at det er den oplagte platform til at rulle MaaS ud i Danmark, da det er her, al data fra trafikselskaberne samles og deles. Desuden er Rejseplanens mobilapplikation en af de mest foretrukne blandt danskerne på linje med Facebook, Instagram og MobilePay.

Men udviklingen går stadig langsomt, og den kollektiv trafik forbindes ofte med offentligt finansierede transporttilbud, og leder tankerne hen på de regionale og kommunale busnet eller det statslige jernbanenet. Men moderne kollektiv trafik rækker videre end det, både hvad angår transporttilbud, forretningsmodeller og, hvordan transporttilbuddene tilgås og kobles. Fremkomsten af de mange nye transporttilbud viser, at danskerne efterspørger flere valgmuligheder. De private tilbud understøtter samtidig den samlede rejse fra dør til dør, som den offentlige kollektive trafik ikke på egen hånd kan tilbyde.



Anbefalinger

- Det nuværende samarbejdsforum bag DOT tager en aktiv rolle i at fjerne barrierer og kickstarte udviklingen af MaaS i dialog med centrale aktører såsom Rejsekort/Rejseplanen og Trafikstyrelsen.
- Bredt samarbejde mellem myndigheder og trafikselskaber samt private trafik/mobilitetsudbydere, for at sikres fælles standarder for alle typer trafikdata – med udgangspunkt i den fælles dataplatform, som er EU-bestemt: "Nationalt adgangspunkt".
- Data fra alle transportleverandører, private og offentlige, standardiseres med høje krav til kvalitet og åbenhed.
- Samkøring af rejsedata, vejrdata, trafikinformation mv. er en forudsætning for MaaS
- MaaS indgår i det videre arbejde med at sammenlægge og udvikle Rejseplanen og Rejsekort.



Barrierer og udfordringer

- Erfaringerne fra udlandet viser, at mange forskellige transportaktører kan betyde modsatrettede incitamenter, hvilket kan føre til en langsom implementering af MaaS.
- Der er en række juridiske, forretningsmæssige, organisatoriske og myndigheds barrierer, som skal brydes førend MaaS kan blive en realitet. Bl.a. skal persondata sikres.

Indsats 4

Kørselsafgifter

Ekspertgruppen for mobilitet for fremtiden pegede i deres afrapportering fra marts 2018 på "at de trafikale gevinster ved kørselsafgifter bliver større i en fremtid med forøget trængsel, og teknologiskudvikling vil gøre implementeringen enklere".

Kørselsafgifter kan flytte folks transport geografisk, tidsmæssigt eller til en anden transportform – eller påvirke folk til helt at undgå turen. Tidligere analyser (fx Trængselskommissionens betænkning og Ekspertgruppens arbejde) har påvist, at trængselsafgifter dels vil ændre turtidspunkter og ruter for bilisterne, hvorved vejnettets kapacitet udnyttes bedre. Derudover vil det skærpe incitamenterne til at benytte kollektiv transport samt cykel og gang, samkørsel i private biler og på sigt også førerløse taxa koncepter.

På lang sigt kan stor udbredelse af førerløse køretøjer nødvendiggøre omfattende regulering, fx i form af høj betaling, for at undgå trafiksammenbrud i myldretiderne i de største byer.

Samtidig er teknologien klar og enkelte elementer af teknologien (fx automatisk nummerpladegenkendelse) er allerede i brug i Danmark, hvorfor der er grund til at tro, at trængselsafgifter nærmer sig realisering, også i Danmark. Det giver derfor mening, at der tages initiativ til at afklare, hvordan man konkret vil bruge muligheden.



Anbefalinger

- Mulighederne for at anvende kørselsafgifter som middel til at påvirke valg af transportmiddel, samt fordele og ulemper ved forskellige målsætninger som fx reduktion af trængsel, fremme af miljørigtige køretøjer, betaling af infrastrukturanlæg o.lign., undersøges
- Undersøgelse af hvordan forskellige zoner og korridorer med forskellige priser vil påvirke trafikanternes adfærd og, hvordan dette vil kunne påvirke valg af transportmiddel og overflytning af biltrafik/parkering mellem kommuner. Undersøgelsen omfatter anvendelse af et eventuelt provenu til trængselsreducerende tiltag.
- Konkrete forsøg med simuleringer med både kørselsafgifter og positive økonomiske incitamenter til ændret mobilitetsadfærd. Heri ligger en opsamling af udenlandske erfaringer samt afsøgning af nye ideer, der kan medvirke til at løse de identificerede mobilitetsproblemer i regionen.

Barrierer og udfordringer

- Kommunerne i Region Hovedstaden kan som udgangspunkt have modstridende ønsker mht. anvendelsen af kørselsafgifter.
- Nogle af forsøgene kan potentielt kræve dispensationer, der kan være meget tidskrævende.



Indsats 5

Trafikprognoser og trafikinformation

Kan man forestille sig, at det bliver muligt at lave "vejrudsigten" for trafikken 2–3 dage frem? Eller at få præsenteret den mest ideelle rejse gennem byen på tværs af bus, metro og delecykel ved et enkelt tryk på en app? Kan man forestille sig at køre til arbejde i "grønne bølger" på tværs af kommunegrænser? Mange af de teknologiske værktøjer findes allerede i dag – så måske ligger disse muligheder og rejser ikke langt ude i fremtiden.

Baggrunden for at prioritere trafikinformation og trafikledelse er, at flere undersøgelser viser, at det har en signifikant effekt på rejseadfærd og afvikling af trafikken. Til eksempel viser en brugerundersøgelse foretaget af TNS Gallup i julen 2016, at 1/3 af de bilister, som færdedes på landets mest trafikerede veje, aktivt søgte trafikinformation. Af dem valgte 85 % at ændre deres rute eller kørselstidspunkt på baggrund af trafikinformationen. Forsøg med adaptive intelligente trafiksignaler i Danmark har ligeledes vist markante resultater i forhold til nedbringelse af rejsetid, kø-dannelse, antal stop-start og brændstofforbrug.



Anbefalinger

- Udpegning af en myndighed, som er tovholder og ansvarlig for at sikre et set-up for dataindsamling mv. Dette gælder både for dets etablering og for dets løbende opdatering og vedligeholdelse.
- Intelligente og integrerede transportnetværk og trafikledelsessystemer skal løbende måle efterspørgsel og performance og monitorere de fysiske aktivers tilstand. Intelligente systemer skal løbende justere kapacitet og forudse og undgå fejl. Netværksteknologi og informationssystemer vil forbedres i forhold til bedre at kunne levere værdifulde data til transportaktørerne, der bl.a. kan anvendes til bedre trafikinformation og trafikledelse.
- Transportaktørerne bør gå sammen om at etablere et fælles setup for fordeling af trafikdata, fx via en datasø med en fælles governance-struktur. Bedre datadeling, dataåbenhed og datatilgængelighed for både offentlige og private aktører vil skabe en mere datadreven transportsektor i hovedstadsregionen. Åbne data vil føre til en mere effektiv og målrettet brug af data til gavn for trafikinformationen, trafikledelsen og mobiliteten på det samlede transportnetværk i hovedstadsregionen.

Barrierer og udfordringer

- En udfordring i forbindelse med anvendelsen af data er, at der i dag ikke eksisterer åben og fri datadeling og dataanvendelse på tværs af transportoperatører, infrastrukturudbydere og brugere. Datadeling bliver i stigende grad en kritisk succesfaktor for anvendelse af nye teknologiske muligheder, bedre operativ trafikstyring og sammenhængende trafikplanlægning.
- En anden udfordring, som er uundgåelig, når muligheden og nødvendigheden for at indhente og dele data bliver større, er cybersikkerhed og privacy. Datasikkerhed er essentiel for at kunderne kan opretholde tilliden til transportselskaber og myndigheder.

Indsats 6

Intelligent signalstyring og trafikledelse

Der er i dag et uudnyttet potentiale i samordning af trafiksignaler og trafikledelse på tværs af kommunegrænser. Indsatsen kan forankres og styres fra Trafiktårn Øst, hvor Vejdirektoratet og Københavns Kommune allerede har etableret et samarbejde. Københavns Kommune har desuden taget initiativ til at udvikle en strategisk trafikmodel for hele hovedstadsområdet. Den kan give input til optimering af trafiksignaler og benyttes til små og store beslutninger om fremkommelighedstiltag.

Anbefalinger

- En fælles strategi og implementeringsplan for signaloptimering på tværs af myndighedsgrænser i hovedstadsområdet. Her ses der særligt på, hvor bussernes fremkommelighed og regularitet kan forbedres. Det nedsatte Fremkommelighedsudvalgs anbefaleringer bliver retningsgivende for dette arbejde.
- Opstilling af business cases, der beskriver de forventede besparelser pr. vejmyndighed, CO_2-nedbringelse og forbedrede rejsetid for udvalgte strategiske strækninger.
- Udvikle et værktøj, som kan forudsige trafikken på tværs af trafik- og mobilitetsnettet og udarbejde scenarier og handleplaner for en fælles trafikledelse i de situationer, der typisk giver de største fremkommelighedsudfordringer.
- Samarbejde med Københavns Kommune om anvendelsen af deres bud på en strategiske trafikmodel for hele hovedstadsområdet, som forventes klar i 2021. Modellen bliver aktivitetsbaseret, hvilket er et paradigmeskift i forhold til den nuværende OTM trafikmodel – og kan derfor også indeholde scenariebaseret trafikafvikling.



Barrierer og udfordringer

- Det er en barriere, at signaler, data og trafikledelse i dag er fordelt på mange organisationer med hver deres politiske målsætninger, da det gør det vanskeligt at gennemføre tværgående tiltag.
- Trafikledelse og signaloptimering er usynlige tiltag og kan derfor blive nedprioriteret politisk på trods af, at effekterne kan være store.
- I nogle kommuner er der ikke kendskab til, hvor stor effekt man kan få af signaloptimering og aktiv trafikledelse – og der mangler kortlægning af signaltyper, programmer og adgang til data mv.

Indsats 7

Dialogværktøj til udvikling af knudepunkter

Fremtidens knudepunkter bliver mere komplekse i deres udformning og organisering end i dag, da de trafikalt skal understøtte flere transportformer og bymæssigt skal rumme mere. Dette kan vanskeliggøre udviklingen af en helhedsløsning for knudepunkterne. Der er derfor brug for et fælles redskab.

I Storbritannien har Transport for London succes med at udvikle et redskab til at hjælpe aktører og interessenter til en fælles dialog. Redskabet indeholder en evalueringsmodel til at vurdere, hvor godt knudepunktet fungerer i dag og nogle designmæssige principper til indretning og udvikling af knudepunktet i fremtiden. I London har dialogværktøjet bidraget til en struktureret viden om forskellige interessenter, operatører og brugergruppers behov. Desuden har det sat fokus på, hvad der skal i spil, for at de enkelte knudepunkter bliver effektive, brugervenlige, forståelige og af høj kvalitet.

Movia har også udviklet et screeningsværktøj til opgradering af stoppesteder, som kan inddrages i indsatsen, og Region Hovedstaden har allerede igangsat udviklingen af et dialogværktøj, der kan skabe en fælles forståelse for de trafikale og bymæssige behov, der er i et givent knudepunkt og pege på konkrete løsninger.





Anbefalinger

- Udvikling et dialogværktøj i samararbejde mellem Region Hovedstaden, Movia og Hovedstadens Letbane, så det også kan benyttes til benchmarking eller rangering af knudepunktet, dvs. hvor godt de lever op til en række udvalgte principper. Værktøjet skal sikre, at løsningerne for knudepunkterne er fremtidssikrede og fleksible til at understøtte nye transportformer i fremtiden. Her er der fx behov for at indsamle viden om, hvilke krav der skal stilles til en stationsforplads, hvis den i fremtiden skal facilitere førerløse busser.

Barrierer og udfordringer

- Der er ofte flere offentlig og private aktører involveret i udvikling af knudepunkter. De har forskellige arbejdsgange, budgetter, politiske processer og målsætninger, hvilket skaber organisatoriske barrierer for at udvikle helhedsløsninger.

Indsats 8

Udvikling af transportorienteret byudviklingsmetoder

Der findes mange gode eksempler på, hvordan der kan opnås en økonomisk gevinst og en positiv byudvikling ved at etablere flere servicefunktioner i knudepunkter eller ved at byudvikle i knudepunktets nærområde. Men ombygning af stationer og udvikling af gode byrum omkring stationer kræver ofte finansiering fra flere parter, og der er kun få erfaringer og eksempler på offentlig-private partnerskaber til knudepunktsudvikling. Med fx Business Improvement Districts (BID) modellen, som en organisatorisk ramme, kan der fremmes lokalt engagement og tilføjes ressourcer til et område gennem et etableret og forpligtigende samarbejde. Det kan sikre ressourcer og en dedikeret indsats i en 5-årig periode ad gangen.

Men der er også andre former for offentlig-privat samarbejde, der kan være relevant i forbindelse med udvikling af knudepunkter.



Anbefalinger

- En screening af mulige partnerskabsmodeller og en opstilling af forretnings- og finansieringsmodeller for udvikling af udvalgte knudepunkter.
- Region Hovedstaden og Hovedstadens Letbane afdækker sammen med en række kommuner mulighederne for nye forretnings- og finansieringsmodeller såsom BID-fællesskaber, der kan skabe et økonomisk fundament og dialog på tværs af instanser. Herved engageres erhvervslivet til at løfte fx byrummet eller kvarteret omkring stationen sammen med en offentlig støtte. Men der er nogle lovgivningsmæssige barrierer, der skal undersøges nærmere, og der er behov for flere test af den type modeller i Danmark.
- Opbygning af partnerskaber mellem trafikselskaberne og de private mobilitetsudbydere såsom delebiler og samkørselstjenester.



Barrierer og udfordringer

- De mange aktører, der skal samarbejde strategisk, fysisk og organisatorisk mod ét mål om at skabe fremtidens regionale knudepunkter, er en udfordring både juridisk og ejerskabsmæssigt.
- Nye forretnings- og finansieringsmodeller kan være svære at løfte inden for den nuværende lovgivning.

Indsats 9

Nemme skift og attraktive first/last mile løsninger

Effektive skift i knudepunkter og gode faciliteter for tilbringertransportformer styrker sammenhængen i rejsekæden. Der har de seneste år været et særligt fokus på den første og sidste del af rejsen kaldet first og last mile. Disse *first/last mile-løsninger* skal hjælpe til at skabe en gnidningsfri dør-til-dør service i kombinationsrejserne.

De kendte tilbringertransportformer til stationen, gang, cykel, bus, taxa og bil, suppleres i højere og højere grad af bl.a. løbehjul, bycykel, delebil, og samkørsel. Men der kan i fremtiden også komme nye former for on-demand transportløsninger, såsom førerløse biler, -busser eller -taxaer, som kan stille ny krav til indretningen af knudepunkter i fremtiden.



Barrierer og udfordringer

- Manglende plads i de fysiske rum på/ved knudepunkterne til tilbringer-transportformer – fx delebiler, cykelparkering osv.
- De forskellige transportudbydere benytter forskellige IT-systemer. Derfor kan det være svært at koordinere transportmidlerne i et knudepunkt for at forbedre serviceniveauet.

Anbefalinger

- Støtte Movias aktuelle forretnings-strategi som udgangspunkt for en fælles strategi for til- og frabringertrafik (first/last mile) til det kollektive hoved-net herunder mulighederne for at indgå partnerskaber med private mobilitets-udbydere. Denne strategi skal facilite-ter forbedring af serviceniveau i selve knudepunktet og forslag til forbedrede adgangsmuligheder (fx nye stikrydsnin-ger, optimering af trafiksignaler, forbed-ring af gåmiljø etc.).
- Udvikling af retningslinjer for indpasning af nye transportformer (fx førerløse busser), som stadig er på teststadiet, ved knudepunkter.
- Forbedring af den kollektive transports serviceniveau og information om knude-punkterne fx med nye parkeringsfacili-teter, tavler med realtidsdata og forbed-ret køreplanskoordinering.

Kombinationsrejser med cykel

Cyklen kan spille en endnu større rolle i kombination med kollektiv transport i fremtiden. Udviklingen af knudepunkterne med bedre cykeladgang og parkeringsfaciliteter betyder, at mobilisten i fremtiden trygt kan stille cyklen på alle tider af døgnet og få opladet sin elcykel på stationen. Desuden skal indsatsen sikre, at der flere steder bliver nem adgang til dele-, pendler- og bycykler på stationer, ved større stoppesteder og i større erhvervsområder, samt at det forsat er nemt at tage cyklen med i tog og evt. også i busser på udvalgte strækninger.



Anbefalinger

- Målrettet arbejde på tværs af aktører med at skabe attraktiv cykelparkering, inkl. mulighed for opladning af elcykler, ved de kollektive transportknudepunkter. Cykelparkeringen skal være indrettet, så det føles trygt og sikkert på alle tider af døgnet at efterlade cyklen på stationen.
- Flere gode stiforbindelser til knudepunkterne så cyklisternes fremkommelighed er prioriteret på ruterne, der forbinder knudepunktet med den omkringliggende by. Dette er med til at understøtte den effektive kombinationsrejse.
- Mere plads til cykler i toget og med prognoser og realtidsdata om ledige pladser til cyklen i togvognen, som tilføjes Rejseplanen.
- Gratis medbringning af cykler i tog og letbane, på linje med den gratis medbringning i S-tog, havnebusser og lokaltog i Nordsjælland

Barrierer og udfordringer

- Dårlige stiforbindelser og vanskelige adgangsforhold til stationen samt en utryg eller utilstrækkelig cykelparkering kan være nogle af de fysiske barrierer, der gør kombinationsrejsen mindre attraktiv.
- I myldretiden er togets kapacitet til cyklemedtagning under pres.
- Mulighederne for kombinationsrejser kræver en helhedsorienteret tilgang og samarbejde på tværs af mange aktører (planmyndighed, trafikselskab, grundejer, detailhandel etc.), hvilket i dag kan være en udfordring.



Indsats 11

Udbygning af supercykelstinettet

En lang række kommuner og Region Hovedstaden har i over 10 år arbejdet sammen om at udvikle et net af supercykelstier, der skal skabe optimale forhold for cykelpendlere i hovedstadsregionen. Supercykelstierne har vist sig at være et stærkt greb til at tiltrække flere cykelpendlere. Cykelpendlerne sætter især pris på komforten, fremkommeligheden, designet og genkendeligheden. De otte ruter, der er etableret, er primært placeret i fingerkorridorerne samt i centralkommunerne. Cyklen bliver et endnu mere attraktivt transportalternativ til bilen, hvis supercykelstinettet i større grad kommer til at omfatte ruter på tværs af fingerkorridorerne og i de øvrige korridorer i yderområderne. Sekretariatet for Supercykelstier har i sin visionsplan for 2017–2045 et forslag til et rutenet bestående af 45 supercykelstiruter, som strækker sig ind i Region Sjælland. Dette vil betyde en fordobling af det eksisterende net.

Anbefalinger

- Fælles finansiering til realisering af nye ruter. Her har de statslige puljer indtil nu haft stor betydning for udbygningen af cykelnettet.
- Løbende revurdering af designet af supercykelstierne. Dette arbejde skal fortsætte og bliver endnu vigtigere i fremtiden set i lyset af de seneste års udvikling af nye cykeltyper. Her sættes der særligt fokus på trafiksikkerhed, og det vil løbende blive undersøgt, hvilke krav nye cykeltyper stiller til designet af cykelruterne, så alle cykelpendlere også i fremtiden oplever supercykelstierne som sikre og trygge.
- Fortsat udbygning af supercykelstinettet i korridorerne og på tværs af fingrene.
- Vedligeholdelse af etablerede strækninger.
- Arbejdspladsrettet indsats.



Barrierer og udfordringer

- En styrke ved supercykelstierne er, at de er en samlet rute med samme kvalitet på tværs af kommuner, men det er samtidig en udfordring at finde midler til supercykelstiernes kvalitetskrav på tværs af kommunerne.
- Investeringerne ligger i den enkelte kommune.

Indsats 12

Udbygning af dele- og samkørselstjenester uden for de store byer

Nye mobilitetsteknologier vokser frem på et kommercielt marked i byerne, men de bider sig ikke fast i yderområder, bl.a. fordi kundegrundlaget er mindre her og adgangen til privatbiler større. Samtidig er kollektiv transport i landdistrikter i dag en dyr løsning i en tid med besparelser. I denne indsats skal der afdækkes muligheder for fleksible mobilitetsløsninger, hvor grænserne mellem kollektive og private tilbud opløses.

Indsatsen arbejder med at fremme delemobilitet og fremme brugen på tværs af brugergrupper, således at der skabes et økonomisk grundlag for ordningerne. Delebiler skal kobles op og hænge sammen med det kollektive trafiktilbud og være med til at styrke det regionale trafik- og mobilitetsnet.



Barrierer og udfordringer

- Kundegrundlaget i tyndt befolkede områder er så begrænset, at tjenesterne økonomisk ikke kan hænge sammen.
- Lokale/private mobilitetsydelser og -ordninger kan være svære at integrere med det offentlige trafikudbud.

Anbefalinger

- InterReg-projektet Fremtidens Intelligente Mobilitet i Greater Copenhagen vil med use-case "Nye kollektive transportløsninger i yderområder" frembringe ny viden og erfaring via et pilotforsøg på Lolland, som kan bidrage til denne indsats.
- Pilotforsøg sammen med delebilstjenester i Region Hovedstadens geografi for at vurdere perspektiverne ved at tilbyde nye "on demand" mobilitetsydelser, som kan supplere den kollektive transport.
- Movias forretningsplan udvikler samarbejder med de private virksomheder. På Sjælland er der cirka 15 busoperatører, der kører Movias buslinjer og godt 180 vognmænd, der kører flextrafik på kontrakt med Movia – det er et mål at udvikle nye opgaver og samarbejder med vognmænd og operatører, så forretningerne kan levere mobilitetsservices i et godt og tæt offentligt privat samarbejde.

Indsats 13

Samkørselsknudepunkter for multimodale rejser

Samkørsel er med til at udnytte den samlede transportkapacitet på vejene bedre, og denne indsats vil gøre det nemmere for bilisten at optage og afsætte passagerer. Det skal både være nemmere at finde ud af hvor samkørselsknudepunkterne er (ved skiltning og oplysning) og give nemmere fysisk adgang til dem. Dette kan ske gennem styrkelse af eksisterende samkørselsknudepunkter og etablering af nye, med fokus på multimodale rejser. Det skal være let at skifte mellem de forskellige transportmidler – kollektiv, cykel, gang og bil – ligesom tilgængeligheden til knudepunkterne for disse trafikanter skal indtænkes, så adgangen ikke bliver en barriere for samkørsel.



Anbefalinger

- En samlet plan for placering og udformning af fremtidige samkørselsknudepunkter, som kan betjene flere transportformer samt et koordineret samarbejde mellem region, kommuner og stat om fælles finansiering og etablering af samkørselsknudepunkter. Forbedring af tilgængelighed til samkørselsknudepunkter og bedre information fx gennem skiltning, kampagner o.lign.
- Opsamling og strukturering af data om samkørselsknudepunkter bl.a. for at informere bedre via apps, hjemmesider og på korttjenester.
- Supplering af Vejdirektoratets database med øvrige samkørselsknudepunkter i regionen som grundlag for kommunikation og informationstjenester fx i en ny MaaS-løsning eller til eksisterende kendte digitale kort som Trafikinfo, Google Maps, TomTom mv.



Barrierer og udfordringer

- Der er endnu ikke kultur for samkørsel i Danmark og det kan blive svært at overbevise trafikanterne om fordelene herved.
- Samkørselsknudepunkter vil skulle etableres i andre kommuner end der, hvor de skal medvirke til at afhjælpe trængselsproblemer. Det kan give problemer i forhold til finansiering mv.
- Tilgængeligheden til eksisterende samkørselsknudepunkter er ofte dårlig for alle andre transportmidler end bil. Det begrænser muligheden for skift mellem forskellige kollektive transportmidler og cykel.

Region Hovedstaden

Bilag 1

Knudepunkter og korridorer, der ligger til grund for trafik- og mobilitetsnettet.



PART OF
GREATER
CoPENHAGEN

B1 Det regionale trafik- og mobilitetsnet

Det regionale trafik- og mobilitetsnet er defineret som et net bestående af knudepunkter og trafikkorridorer. Knudepunkterne er stationer/terminaler, som har to primære funktioner, og vægten mellem disse er forskellige fra knudepunkt til knudepunkt:

1. Knudepunktet er udgangspunkt og mål for en stor del af turene i regionen.
2. Knudepunktet giver mulighed for at skifte mellem transportmidler – både kollektiv og individuel – og er derfor et af de centrale elementer i at sikre muligheden for sammenhæng i transporttilbuddet på tværs af transportformer.

Trafikkorridorerne er de primære trafikårer mellem knudepunkterne samt til og fra regionen. Trafikkorridorernes centrale funktion er at sikre effektive muligheder for at transportere sig mellem knudepunkterne med forskellige transportmidler – bil, bus, tog og cykel. Transportudbuddet vil variere fra korridor til korridor afhængig af transportbehov og infrastrukturen.

Knudepunkterne spiller en central og strategisk vigtig rolle i forhold til at dække det fremtidige mobilitetsbehov.

B2 De regionale knudepunkter

De skal skabe sammenhæng mellem fleksible tilbringertransportformer som egen bil, delebiler, samkørsel, cykling, gang m.m. og de kollektive transportsystemer som bus, letbane, metro og tog. Det er derfor vigtigt at styrke knudepunkternes trafikale funktion og optimere skiftemulighederne for samlet set at styrke den kollektive trafiks konkurrenceevne.

Det er også vigtigt at styrke knudepunkternes bymæssige funktioner, og potentialerne for at lokalisere boliger og arbejdspladser tæt ved knudepunkterne, og dermed være med til at skabe de bedste forudsætninger for, at den kollektive trafik bliver det naturlige førstevalg for flere.

Fastlæggelse af de regionale knudepunkter

Kategorisering og valg af de regionale knudepunkter, der indgår i trafik- og mobilitetsnettet er baseret på den analyse af fremtidens kollektive transportknudepunkter, som Region Hovedstaden igangsatte i januar 2018[23]. Projektet omhandler transportknudepunkter i fingerbyen og i ringbyen.

De knudepunkter, som indgår i det regionale trafik- og mobilitetsnet er:
- knudepunktsstationer udpeget i Fingerplan 2017.
- øvrige knudepunkter, der er vurderet at have en regional trafikal betydning i forhold til skiftemuligheder mellem transportmidlerne.
- øvrige knudepunkter, som er endepunkter for de udpegede trafikkorridorer (Dragør og Hundested).

I Fingerplan 2017 er der udpeget 50 nuværende og fremtidige knudepunktsstationer, som dermed har regional betydning. Af fingerplanen fremgår det, at kommunerne gennem kommuneplanlægningen skal sikre, at byfunktioner af regional karakter fortrinsvis skal lokaliseres stationsnært ved knudepunktsstationer, og det skal tilstræbes, at en del af de stationsnære byggemuligheder forbeholdes regionale funktioner bl.a. kontorerhverv.

19 af de 50 knudepunktsstationer er beliggende i centralkommunerne, men disse knudepunktsstationer ikke vist som en del af det regionale trafik- og mobilitetsnet. Knudepunkterne i centralkommunerne er beliggende meget tæt og hovedparten betjener et meget stort antal rejsende. Det er derfor valgt at betragte centralkommunerne som et stort knudepunkt.

De udpegede knudepunktsstationer i fingerplanen understøtter i høj grad trafikken langs fingrene samt i centralkommunerne. For især at understøtte trafikken dels i den nordlige del af regionen og dels på tværs i regionen er der suppleret med knudepunkter, som i kraft af at være krydsningspunkt imellem buslinjer eller baner i det strategiske kollektive net, vurderes at have et potentiale for at understøtte den kollektive trafik.

Knudepunkterne har meget forskellige trafikale og bymæssige funktion og deres rolle i trafik- og mobilitetsnettet vil derfor også være forskellige, ligesom de greb, der skal til for at styrke knudepunkterne vil være forskellige. Derfor er knudepunkterne i projektet "Fremtidens kollektive transportknudepunkter" blevet inddelt i fem kategorier afhængig af deres trafikale og bymæssige funktion/potentiale, og om de ligger i fingerbyen eller ringbyen. I fingerbyen er de opdelt i stjerneknudepunkter, destinationsknudepunkter og forstadsknudepunkter, og i ringbyen er de opdelt i netværksknudepunkter og ringbyknudepunkter.

I trafik- og mobilitetsnettet arbejdes der alene med tre typer af knudepunkter i stedet for fem, hvor knudepunkter med ensartet funktionalitet er lagt sammen for overskuelighedens skyld. Det betyder, at destinationsknudepunkter, forstadsknudepunkter og ringbyknudepunkter er slået sammen i én kategori kaldet byknudepunkter.

Det arbejdes med følgende typer:
- Stjerneknudepunkter, som primært er beliggende yderst i fingrene. De har et stort opland til stationen og en by med et bredt udbud af byfunktioner. Desuden er der en stor andel af skift mellem kollektive transportmidler og dermed har de en central funktion i det kollektive net.
- Netværksknudepunkter, som er beliggende i ringbyen. De har en central rolle i det kollektiv net med en stor andel af skift mellem kollektive transportmidler og betjener desuden den omkringliggende by.
- Byknudepunkter, som primært betjener transport til/fra de lokale områder omkring knudepunktet.

Knudepunkterne Køge og Køge Nord betragtes som et sammenhængende knudepunkt ligesom Roskilde og Trekroner samt Hillerød og Favrholm. Disse er så tætbeliggende, at det evt. kan være hensigtsmæssigt at arbejde målrettet med at give dem forskellige funktioner i nettet især i forhold til skiftemuligheder fx parker og rejs.

En af de parametre, der ligger til grund for opdelingen af knudepunkterne er antallet af påstigende og skiftende passager i den kollektive trafik samt andelen af skift. Disse parametre for de forventede passagermængder i infrastrukturscenariet i 2035 er vist på figur 4.1 og 4.2.

Som en del af den fremtidige indsats for at skabe et sammenhængende, effektivt og pålideligt trafik- og mobilitetsnet skal knudepunkterne analyseres for yderligere at kortlægge deres fremtidige rolle i nettet. Der kan yderligere vise sig et behov for, at knudepunkterne suppleres med andre knudepunkter fx knudepunkter, der understøtter muligheder for samkørsel eller en ændret klassificering af nogle af knudepunkterne.

B3 De regionale trafikkorridorer

Trafik- og mobilitetsnettet skal sikre god mobilitet mellem trafikanternes start- og slutmål. God mobilitet skabes bl.a. af et stort og varieret udbud af trafikale services.

For at kunne tilbyde et stort udbud af trafikale services er det samfundsøkonomisk optimalt at samle transporten i korridorer, hvor udbuddet af trafiktilbud kan være høje, hurtige/direkte og hvor mulighederne for at kombinere forskellige transporttilbud kan optimeres.

Trafikkorridorerne centrale funktion er at sikre effektive muligheder for at transportere sig mellem knudepunkterne med forskellige transportmidler – bil, bus, tog og cykel. Transportudbuddet vil variere fra korridor til korridor afhængig af transportbehovet.

I Trafik- og mobilitetsplanen vil hovedfokus være på kollektiv trafik og cykling, fordi det er helt nødvendigt at flytte bilister til disse transportmidler for et reducere trængslen. Som de forudgående analyser viser, er det ikke muligt at løse mobilitetsudfordringerne ved udbygning af vejnettet.

Udpegning af de regionale trafikkorridorer

Trafikkorridorerne er fastlagt ud fra den eksisterende overordnede vej-, sti- og baneinfrastruktur suppleret med allerede besluttede og finansierede fremtidige udbygninger og forbedringer af infrastrukturen samt de projekter, der indgår i infrastrukturscenariet 2035 herunder VIP-projekterne, se afsnit 1.2. samt figur 4.6 og 4.7.

Der tages udgangspunkt i det eksisterende banenet, Movias strategiske net omfattende de vigtigste buslinjer og lokalbaner, det etablerede og planlagte supercykelstinet samt det strategiske vejnet (se figur 4.3–4.5). Der er allerede i dag samarbejder omkring disse net på tværs af kommunerne samt mellem regionen og kommunerne.

Trafikkorridorerne består af følgende kategorier af korridorer:

- De fem fingerkorridorer, som betjener fingerplanens fingre Helsingør, Hillerød, Frederikssund, Roskilde og Køge. De betjener i dag og i fremtiden de store trafikstrømme i regionen, som er rettet mod ringbyen og centralkommunerne.
- De fire ringkorridorer i Ring 2, Ring 3 og Ring 4 samt Amagerkorridoren. En meget stor del af trafikken i centralkommunerne og i ringbyen samt mellem fingrene foregår i disse korridorer og i fremtiden vil Østlig Ringvej komme til.
- De ydre tværkorridorer, som betjener rejseaktiviteten mellem de mellemste og yderste dele af fingerkorridorerne. Disse korridorer forventes suppleret af Ring 5 Syd.
- Nordlige korridorer, som skal sikre god mobilitet i den nordlige del af regionen.

De fem fingerkorridorer samt ringkorridorerne er hovednettet i det regionale trafik- og mobilitetsnet, hvor der er højklassede forbindelser med både kollektiv trafik, cykel og bil.

Udpegningen af korridorerne er desuden understøttet af en analyse af turendepunkter for pendlingsrejser i 2035 baseret på trafikmodellens infrastrukturscenarie, se figur B.1. Som det ses af figuren ligger en meget stor del af turendepunkterne i de udpegede korridorer, hvilket indikerer, at trafikkorridorerne geografisk må forventes at kunne dække størstedelen af transportbehovet i regionen i 2035.

Der er forskelle på de trafikale udfordringer og mulige indsatser i de forskellige typer af korridorer. Det betyder fx, at der i de ydre tværkorridorer kan være fokus på gode og direkte forbindelser for kollektiv trafik og cykel, mens der i de nordlige korridorer kan være fokus på gode tilbringermuligheder til fingerkorridorerne.

På de følgende sider er nettets forskellige typer af korridorer beskrevet med trafiktilbud samt trafikale udfordringer og muligheder. De beskrevne trafikale udfordringer samt de planlagte forbedringer på vej- og banenettet er baseret på de tidligere analyser herunder især projektet "Trafikale scenarier for hovedstadsområdet"[24]. De beskrevne forbedringer på vej- og banenettet indgår i infrastrukturscenariet 2035 i førnævnte projekt (se figur 4.7).

Centralkommunerne spiller en vigtig rolle i hovedstadsregionen, men der er ikke udpeget egentlige korridorer her. Se i øvrigt afsnit B4.

De fem fingerkorridorer

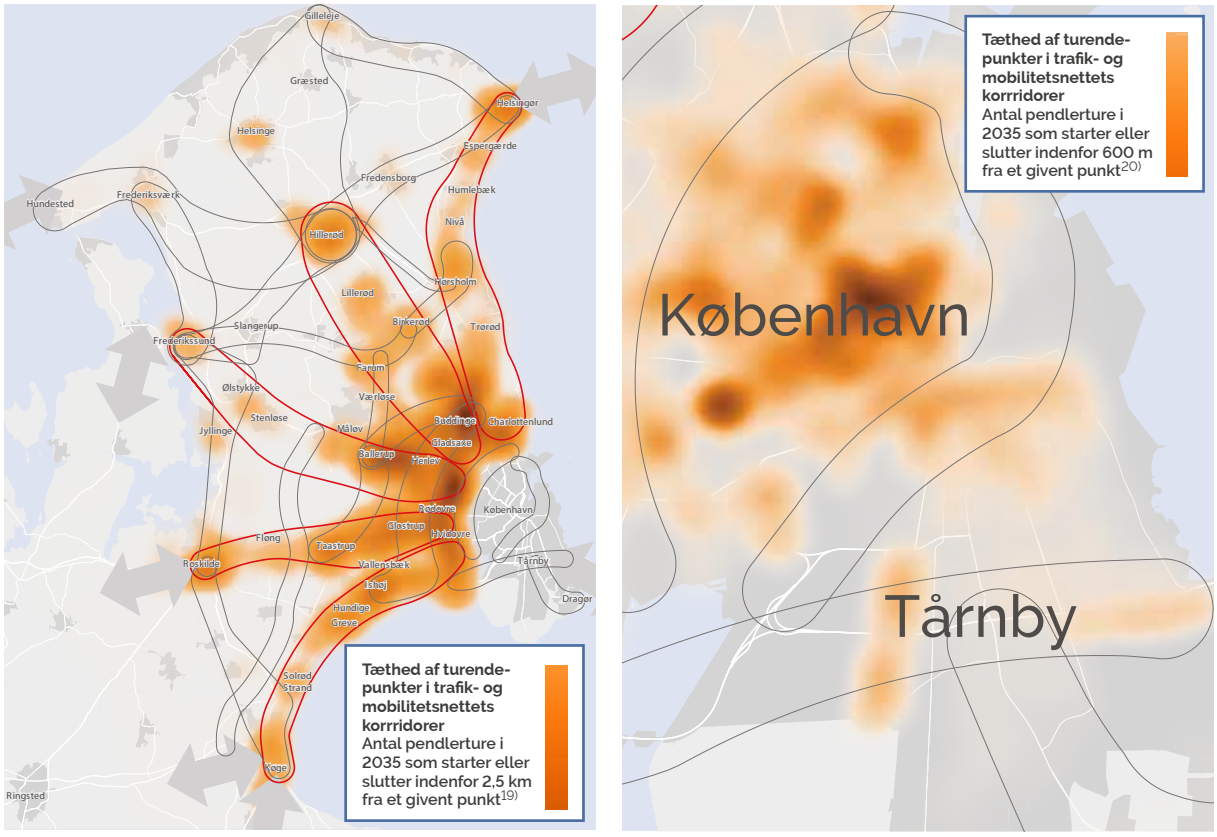
Transporttilbud

De fem fingerkorridorer udgør sammen med ringkorridorerne, Amagerkorridoren og den planlagte Østlig Ringvejkorridor hovedkorridorerne i trafik- og mobilitetsnettet. De fem fingertrafikkorridorer betjener både i dag og i fremtiden de store trafikstrømme i regionen, som er rettet mod ringbyen og centralkommunerne.

Korridorerne betjenes i dag af et højfrekvent banenet, som planlægges forbedret dels med forbedringer og forlængelser af flere banestrækninger og nye/forbedrede stationer samt med indførelse af førerløse S-tog.

Det omfatter bl.a. en ny bane mellem København og Ringsted samt nye stationer i Favrholm og Vinge. Ligeledes omfatter det VIP-projekterne: Forbedringer på Kystbanen, førerløse S-tog, direkte tog Roskilde-Kastrup, ombygning af Hillerød station samt forlængelse af S-banen fra Farum til Hillerød. Slutteligt omfatter det også flytning af Herlev station.

De fem fingerkorridorer betjenes i dag af et højklassede vejnet, som planlægges udbygget, så fingrene betjenes med motorveje på hele strækningen fra centralkommunerne. De væsentligste



Figur B.1. Tæthed af turendepunkter for pendlerture i trafikmodellens infrastruktur-scenarie i 2035 for hhv. hovedstadsregionen udenfor centralkommunerne og centralkommunerne indenfor ring 2.

udbygninger er etablering af Fjordforbindelsen, udvidelsen af Køge Bugt Motorvejen fra Solrød Syd til Køge samt forlængelserne af Hillerødmotorvejen og Frederikssundmotorvejen.

Der er eksisterende eller kommende supercykelstier i alle fingerkorridorerne bortset fra strækningerne fra Allerød til Hillerød og fra Lyngby til Helsingør, som indgår i det planlagte net af supercykelstier og strækningen fra Ishøj til Køge, som ikke indgår i det planlagte net af supercykelstier.

Trafikale udfordringer
Både på vej- og banenettet er trængslen i 2015 stor i myldretiderne, men der er næsten ingen trængsel udenfor myldretiderne.

Bilen er det hurtigste transportmiddel, og selv i myldretiden er bilen ca. 50 % hurtigere end kollektiv transport i dagens situation[25)].

Til trods for de planlagte udbygninger af infrastrukturen frem til 2035 vil der ske en meget lille tidsbesparelse i myldretiden, hvilket skyldes, at befolkningen rejser mere og flere vil vælge at rejse i myldretiderne. Vejprojekterne vil dog reducere trængslen i korridorerne især Køge og omkring Roskilde. Der vil fortsat være trængselsudfordringer i myldretiden i 2035 på den største del af motorvejsnettet.

De planlagte baneprojekter vil alene flytte meget få bilister over i den kollektive transport. Der vil være trængselsproblemer på Hillerødbanen og Fjernbanen mellem Valby og Høje Taastrup. En evt. forlængelse af S-banen fra Farum til Hillerød er dog ikke indarbejdet i de udførte analyser.

Trafikale muligheder
De eksisterende og planlagte mobilitetstilbud giver mulighed for højklasset betjening med både cykel, kollektiv trafik og bil i korridorerne.

De trafikale analyser viser, at der især på vejnettet vil være trængsel i 2035 til trods for udbygning af både vej- og banenet. Der bør derfor fokuseres på dels at overflytte bilture til kollektiv trafik og cykeltrafik, og dels på at øge antallet af personer i bilerne.

Ringkorridorerne

Transporttilbud
Trafikkorridorerne i Ring 2, Ring 3 og Ring 4 er en del af hovedkorridorerne i trafik- og mobilitetsnettet sammen med fingerkorridorerne, Amagerkorridoren samt den planlagte Østlig Ringvejkorridor.

En meget stor del af trafikken i centralkommunerne og i ringbyen samt mellem fingrene foregår i korridorerne i Ring 2, Ring 3 og Ring 4 og i fremtiden vil Østlig Ringvej komme til.

Ringkorridorerne betjenes i dag dels af S-tog i Ring 2 samt S-busser i Ring 3 og Ring 4. Denne betjening forbedres med etablering af letbane i Ring 3 samt planlagte førerløse S-tog og metro mellem Ny Ellebjerg og henholdsvis Bispebjerg, Hvidovre og Rødovre.

Ring 3 og den sydlige del af Ring 4 betjenes af højklasset motorvej, mens Ring 2 og den nordlige del af Ring 4 betjenes af 2-4 sporede kommuneveje. Der planlægges trinvise forbedringer af den nordlige del af Ring 4 samt mulighed for kørsel i nødsporet på Motorring 3.

Der er etableret supercykelsti i Ring 4, mens supercykelstier langs den vestlige del af Amagermotorvejen, i Ring 2 og i Ring 3 indgår i det planlagte net af supercykelstier.

Trafikale udfordringer
I dag er den kollektive transports konkurrenceevne dårlig sammenlignet med bilen. En analyse af rejser på tværs i regionen viser, at rejsetiden med den kollektive trafik ca. er 150 % højere end i bil i myldretiderne. På cykel er rejsetiden ca. dobbelt så høj som i bil[26].

I 2015 er Amagermotorvejen, den nordlige del af Ring 3 samt en mindre strækning af Ring 4 mellem Hillerødmotorvejen og Frederikssundsvej samt mellem Ballerup og Høje Taastrup udpeget som trafikale udfordringer.

Amagermotorvejen, den nordlige del af Ring 3 samt Ring 4 mellem Hillerødmotorvejen og Høje Taastrup er udpeget som trafikale udfordringer i 2035.

Trafikale muligheder
De eksisterende og planlagte udbygninger af infrastrukturen giver mulighed for et højklasset mobilitetstilbud med både cykel, kollektiv trafik og bil i korridorerne.

Analyserne viser, at der fortsat vil være trængsel på dele af vejnettet i 2035 til trods for de planlagte udbygninger af både vej- og banenet. Der bør derfor også her fokuseres på dels at overflytte bilture til kollektiv trafik og cykeltrafik, og dels på at øge antallet af personer i bilerne.

Tværforbindelser

Transporttilbud
Selvom hovedtrafikstrømmene i hovedstadsregionen er rettet mod ringbyen og centralkommunerne, er der også en forholdsvis stor rejseaktivitet på tværs mellem de fem fingerkorridorer. En stor del af den rejseaktivitet foregår mellem de inderste og mellemste dele af de fem fingerkorridorer, som betjenes af Ring 3 og Ring 4.

Til at betjene rejseaktiviteten mellem de mellemste og yderste dele af fingerkorridorerne er der udpeget en række trafikkorridorer, som skal være det primære net til at dække disse regionale tværgående rejser.

Der kører enten lokalbaner eller S/R-busser på alle tværforbindelserne.

Tværforbindelserne betjenes af statsveje og kommuneveje, som indgår i det strategiske vejnet med undtagelse af kommunevejsforbindelserne mellem Kokkedal-Birkerød, Birkerød-Slangerup, Farum-Ballerup samt til Dragør. Disse veje indgår ikke i det strategiske vejnet.

Der er etableret supercykelsti i tværforbindelsen mellem Farum og Ballerup, mens supercykelstier i de øvrige tværforbindelser med undtagelse af Dragør indgår i det planlagte net af supercykelstier.

Trafikale udfordringer
Den kollektive transports konkurrenceevne er dårlig sammenlignet med bilen. En analyse af rejser på tværs i regionen viser, at rejsetiden i den kollektive trafik i dagens situation ca. er 150 % højere end i bil i myldretiderne. På cykel er rejsetiden ca. dobbelt så høj som i bil[27].

Trængsel i myldretiderne i de tætte bydele og i kommuner i ringbyen medfører en tendens til, at bilisterne vælger at undgå de travle hovedveje og i stigende grad vælger de mindre veje mellem korridorerne. Det gælder særligt mellem Roskilde og Frederikssundkorridoren samt på vejnettet mellem Roskilde og Køge og Roskilde og Ringsted.

De planlagte VIP-projekter på vejnettet er med til at lede biltrafikken til de store veje og aflaste den kommunale infrastruktur, der ikke er indrettet til store mængder gennemkørende trafik. Etablering af Ring 5 Syd vil især være medvirkende til at aflaste vejnettet omkring Roskilde og i Køgekorridoren.

Tværvej mellem Frederikssundmotorvejen og Frederikssundsvej er udpeget som en trafikal udfordring i 2035 i Infrastrukturscenariet.

Trafikale muligheder
Analyserne viser dels at der er et øget behov for at færdes på tværs i regionen, dels at den kollektive trafiks tidsmæssige konkurrenceevne overfor bilen er dårlig.

Der bør derfor arbejdes med at styrke den kollektive trafik i disse forbindelser, samt med at styrke forholdene for cyklister og for nye kollektivløsninger fx samkørsel.

Rejsebehovene i tværforbindelserne vil i de fleste tilfælde være for små til ny kollektiv banebetjening, men andre højklassede kollektive tilbud fx i form af BRT kan være relevant her.

De nordlige trafikforbindelser

Transporttilbud
De nordlige trafikforbindelser skal sikre mulighed for god mobilitet mellem de største byer i den nordlige del af regionen. Forbindelserne betjenes i dag af enten lokalbaner eller R-busser.

Forbindelsen Hillerød-Frederiksværk-Hundested betjenes i dag af en statsvej, som indgår som en del af det strategiske vejnet, mens forbindelsen Frederikssund-Frederiksværk betjenes af en statsvej, som ikke indgår i det strategiske vejnet. Forbindelserne Helsingør-Gilleleje samt Hillerød-Helsinge-Gilleleje betjenes af kommuneveje, som ikke indgår i det strategiske vejnet. Der planlægges etableret en motortrafikvej mellem Helsinge og Gilleleje samt 2 + 1 vej mellem Kregme og Hillerød.

Der er i dag ikke etableret supercykelstier i den nordlige del af regionen, men supercykelstier fra Hillerød til Frederiksværk, Helsinge og Græsted indgår i det planlagte net af supercykelstier.

Trafikale udfordringer
Den kollektive transports konkurrenceevne er i dag dårlig sammenlignet med bilen. En analyse af rejser i yderområderne viser, at bilen er 159 % hurtigere end kollektiv transport og 150 % hurtigere end cykel kl. 8[28].

Der er i de udarbejdede analyser ikke kortlagt yderligere udfordringer i 2015 og der er ikke kortlagt nye udfordringer i 2035.

Trafikale muligheder
Forstærket brug af alternative mobilitetsløsninger som samkørsel, delebiler, elcykler samt på længere sigt selvkørende køretøjer, som supplement til den eksisterende kollektive trafik samt som tilbringertransport til hovednettet, vil kunne forbedre og styrke den bæredygtige mobilitet i disse områder.

B4 Centralkommunerne

I trafik- og mobilitetsnettet betragtes centralkommunerne som ét samlet knudepunkt, som er mål for en meget en stor del af rejserne i regionen.

Trafikmodelberegningerne viser, at der i 2035 vil der være godt 1 mio. daglige bil- og kollektiv ture mellem centralkommunerne og ringbyen/fingerbyen, mens der vil være godt 1,2 mio. daglige ture internt i centralkommunerne[29]. Det svarer til omkring 40 % af alle turene i regionen.

Der er således en meget stor koncentration af rejsemål og transporttilbud i centralkommunerne og problemstillingerne adskiller sig på væsentlige punkter fra problemstillingerne i den øvrige region i form af store behov, stort udbud og kapacitetsproblemer – også på cykelstierne.

Centralkommunerne indgår kun i begrænset omfang i trafik- og mobilitetsplanen for hovedstadsregionen. Det skyldes dels at der her allerede gøres store indsatser for at forbedre mobilitetstilbuddene i form af fx nyanlæg af højklasset kollektiv infrastruktur og forbedringer af cyklisternes forhold, dels at en meget stor del af turene ikke kan betragtes som regionale rejser.

Transportmiddelfordelingen i centralkommunerne adskiller sig fra den øvrige del af hovedstadsregionen ved at have en større andel af ture til fods, på cykel og i kollektiv trafik. Både i København og på Frederiksberg blev omkring 30 % af turene foretaget på cykel i 2016[30].

Den høje andel af ture på cykel skyldes i høj grad, at cyklen er et attraktivt transportmiddel i meget trængselsramte områder med relativt korte rejseafstande, men også mange års fokus på udvikling af cykelinfrastruktur med bl.a. supercykelstierne. Kommende ruter som Københavnerruten, Fasanvejsruten, Roskilderuten, Avedøreruten og Helsingørruten vil yderligere styrke cykeltrafikken.

Ligeledes har udbygningen af Metroen stor betydning for indsatsen med at reducere andele af bilrejser. Cityringen og metrolinjer til Nordhavn og Sydhavnen vil gøre det væsentligt lettere at nå mål i centralkommunerne med offentlig transport. Dertil kommer også VIP-projektet med en letbane mellem Gladsaxe og Nørrebro.

Et andet VIP-projekt – Østlig Ringvej – vil aflaste store dele af vejnettet i de centrale bydele i København.

Arbejdet med at reducere trængsel i hovedkorridorerne udenfor centralkommunerne vil kunne få en positiv effekt på trængslen inde i centralkommunerne.

Kilder

Side 4
1) *Familiernes bilrådighed,* Danmarks Statistik 2018,
Side 8
2) *Data fra OTM-beregningen for Infrastrukturscenariet 2035. Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
Side 11
3) *Statistik*, Dansk Elbilalliance, 2018
4) *Mobilitet for fremtiden,*Transport, Bygnings- og Boligministeriet, 2018.
5) Danske Cykelhandlere
Side 12
6) *Sammen om en grønnere fremtid*, Regeringen, 2018
Side 13
7) *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
Side 15
8) *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
Side 17
9) *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
Side 18
10) *Sammenfatning og anbefalinger,* Formandskabet for De Økonomiske Råd, 2018 https://www.ft.dk/samling/20171/almdel/TRU/bilag/194/1861332.pdf).
11) *Basisfremskrivning,* Energistyrelsen 2018 https://ens.dk/sites/ens.dk/files/Analyser/basisfremskrivning_2018.pdf
Side 19
12) *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
13) *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018. Annex A.
Side 23
14) *Data fra OTM-beregningen for Infrastrukturscenariet 2035. Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
Side 24
15) *Data fra OTM-beregningen for Infrastrukturscenariet 2035. Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
Side 25
16) www.vejdirektoratet.dk/DA/vejsektor/samarbejde/nationalt/Strategisk%20vejnet/Sider/default.aspx
Side 26
17) Movia mobilitetsplan 2021. Arbejdsnotat. *Det strategiske net.*
Side 27
18) https://supercykelstier.dk
Side 33
19) *Det regionale cykelregnskab 2016*
Side 37
20) *Kampen om stationsnærhedspolitikken: Bedre målopfyldelse med forenkling af Fingerplanens regler.* Hartoft-Nielsen, P. (2018). Aalborg Universitetsforlag
Side 39
21) *Det regionale cykelregnskab og Strategi for Supercykelstier*
Side 41
22) *Antal personer pr køretøj 2014,* TU-data 2012-14
Side 59
23) *Fremtidens kollektive transportknudepunkter – Del 1*, Urban Creators 2018
Side 62
24) *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet.* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
Side 64
25) *En analyse af konkurrenceforhold målt ved rejsetid*, Incentive 2018
Side 65
26) *En analyse af konkurrenceforhold målt ved rejsetid*, Incentive 2018
Side 66
27) *En analyse af konkurrenceforhold målt ved rejsetid*, Incentive 2018
28) *En analyse af konkurrenceforhold målt ved rejsetid*, Incentive 2018
Side 68
29) *Trafikale scenarier for Hovedstadsområdet,* Atkins og MOE Tetraplan, 2018
30) *Københavns Kommunes Cykelregnskab 2016 og Frederiksberg Kommunes Cykelregnskab 2016*

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden
Center for Regional Udvikling
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon: 38 66 50 00
E-mail: regioh@regioh.dk
www.regionh.dk

Punkt nr. 19 - Udmøntning af midler til regionalt udviklingsarbejde indenfor klimatilpasning, fremtidens tekniske og digitale kompetencer samt smarte og grønne transportløsninger jf. Trafik- og mobilitetsplanen
Bilag 6 - Side -1 af 4

Fremtidens tekniske og digitale kompetencer

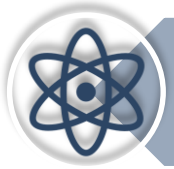
Signaturprojekt

Forsknings-, Innovations- og Uddannelsesudvalget den 27. august 2019



Punkt nr. 19 - Udmøntning af midler til regionalt udviklingsarbejde indenfor klimatilpasning, fremtidens tekniske og digitale kompetencer samt smarte og grønne transportløsninger jf. Trafik- og mobilitetsplanen
Bilag 6 - Side -2 af 4

Den brændende platform



Massivt behov for flere med tekniske og digitale kompetencer



Kvinder klart underrepræsenteret indenfor STEM (Science, Technology, Engineering, Math) uddannelser



Sikring af fremtidens tekniske og digitale kompetencer i hovedstadsområdet er forudsætningen for at sikre hovedstadsregionens styrkepositioner inden for bl.a. life science, energi og klima



Tekniske og digitale kompetencer bliver i stigende grad en del af alle job og nødvendige for at kunne begå sig på arbejdsmarkedet og sikre borgere kompetencer til at skabe sig et godt liv.

Mulige indsatser

Der kan igangsættes flere forskellige indsatser, f.eks. med fokus på:

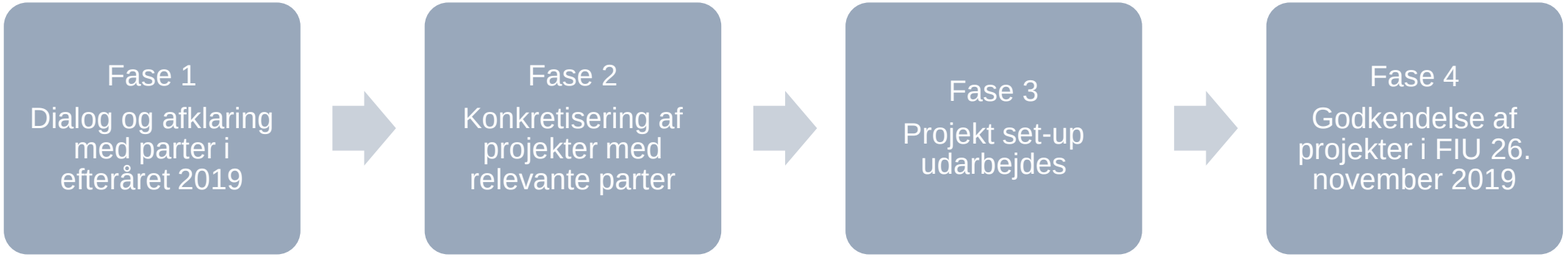
- Valg af studieretning i gymnasiet
- Skole – virksomhedssamarbejde
- Afholdelse af større STEM-events

Forventede effekter:

- Flere unge får interesse for STEM og flere uddanner sig inden for STEM
  – især piger og kvinder

Punkt nr. 19 - Udmøntning af midler til regionalt udviklingsarbejde indenfor klimatilpasning, fremtidens tekniske og digitale kompetencer samt smarte og grønne transportløsninger jf. Trafik- og mobilitetsplanen
Bilag 6 - Side -4 af 4

Proces



Vi er allerede i dialog med relevante parter, så som:

- Uddannelsesinstitutioner
- Naturvidenskabernes Hus
- Engineer the Future, med flere

STUDIETUR

Program for studietur til Ribera Salud

Akut- og Praksisudvalget og Patientudvalget, 19.-21. marts 2019

REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

2 Program

Den 19. marts

Kl. 14.15	Ankomst til Alicante Lufthavn	
Kl. ca. 14.30	Transport til hotel med privat bus. Derefter indtjekning.	Lufthavn og hotel
Kl. 16.00	Let spisning Introduktion til program ved Anne Bukh	Mødelokale på hotellet
Kl. 18.00	Tid på egen hånd eller byrundvisning ved engelsktalende guide 18.20-ca. 19.30	For byrundvisning: Fælles afgang fra hotellets lobby kl. 18.00
Kl. 20.30	Middag på hotellet	Hotellets restaurant

Den 20. marts

Fra kl. 7.30	Morgenmad	Hotellets restaurant
Kl. 8.25	Afgang kl. 8.30 i bus til Hospital Vinalopó	Mødested: Hotellobbyen
Kl. 9.00-17.30	Besøg hos Ribera Salud – Hospital Vinalopó og Primary Care Center	Se særskilt program
Kl. 20.00	Fælles middag på restaurant Il Girasole Toscano	Mødested: Hotellobbyen kl. 19.45

Den 21. marts

Fra kl. 7.30	Morgenmad og udtjekning af værelse	
Kl. 8.10	Afgang fra hotellet	Mødested: Hotellobbyen Bagage placeres i bussen
Kl. 9.00	Besøg hos Ribera Salud – Hospital Torrevieja og San Luis Primary Care Center	Se særskilt program
Kl. 12.30	Frokost	
Kl. 15.00	Ankomst til lufthavnen	
Kl. 17.00	Afgang fra Alicante	
Kl. 22.20	Ankomst til Aalborg	

I forbindelse med besøget hos Ribera Salud sørger vi for at medbringe gaver til værterne.

3 Program på Ribera Salud

AGENDA

ribera salud grupo

Wednesday, 20th March, 2019

09.00	Vinalopó. Welcome & Introductions
09.15	Presentation. Ribera Salud Model
10.15	Presentation. Population Health Management
11.00	Q&A and discussion
11.15	Coffe Break
11.35	Population Health Management
12.20	Q&A and discussion
12.35	Presentation: PHM
13:15	Q&A and discussion
13:30	Hospital and Primary Care Center Tour
14:30	Lunch
15:30	Information Systems & YOsalud
16.15	Q&A and discussion
16.30	Prevention campaigns and collaborations
17.15	Q&A and discussion
17.30	End of the day

Thursday, 21th March, 2019

09.00	Torrevieja. Welcome & Introductions
09.15	Presentation. Hospital Tour
10.15	Transfer to San Luis Primary Care Center
10.45	Visit. San Luis Primary Care Center
11.45	End of the day

PATIENTUDVALGET OG
AKUT- OG PRAKSISUDVALGET

Opsamling

På studietur til Ribera Salud, Alicante, 19. – 21. marts 2019

REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

1 Program



Onsdag den 20. marts 2019

09.00	Vinalopó. Velkommen og introduktion
09.15	Præsentation. Ribera Salud Model
10.15	Præsentation. Population Health Management
11.00	Q&A and discussion
11.15	Kaffepause
11.35	Population Health Management
12.20	Q&A and discussion
12.35	Præsentation: Population Health Management
13:15	Q&A and discussion
13:30	Hospital and Primary Care Center Tour
14:30	Frokost
15:30	Informationssystemer og Sundhedsportalen YOsalud
16.15	Q&A and discussion
16.30	Forebygggelseskampagner og samarbejder
17.15	Q&A and discussion
17.30	Tak for i dag

Torsdag den 21, marts 2019

09.00	Torrevieja. Welcome & Introductions
09.15	Præsentation. Hospital Tour
10.15	Transfer til San Luis Primary Care Center
10.45	Besøg på San Luis Primary Care Center
11.45	Tak for i dag

2 Opsamling

Her følger opsamling på Patientudvalgets og Akut- og Praksisudvalgets studietur til Ribera Salud, Alicante den 19. -21. marts.
Opsamlingen bygger på den viden, vi har hørt gennem oplæg og præsentationer. Derudover er opsamlingen baseret på research og opsamlingsnotat udarbejdet af Danske Regioner (2016).

Ribera Salud - en model for et populationsorienteret sundhedsvæsen

Det spanske sundhedsvæsen er et offentligt sundhedssystem, som er decentralt styret af 17 regioner. I regionen Valencia er der tre provinser, hvoraf vi besøgte Alicante-provinsen.
I 1997 blev det gennem en lovændring muligt for det offentlige at indgå partnerskaber med private organisationer om driften af sundhedsvæsenet, hvormed fundamentet for samarbejdet mellem Valencia-regionen og Riera Salud blev lagt.

Ribera Salud blev grundlagt i 1997 og har siden sin grundlæggelse været den eneste organisation i Spanien, der eksklusivt har arbejdet med en offentlig-privat partnerskabsmodel. I 1997 indgik Ribera Salud i et partnerskab med Valencia-regionen og begyndte fra 1999 at drive nogle af regionens hospitaler. I begyndelsen havde Ribera Salud udelukkende kontrakt med hospitaler, men siden 2003, hvor ansvaret for praksissektoren blev overført til regionerne, har Ribera Salud også indgået aftaler med aktører i primærsektoren og inden for psykiatrien og hjemmeplejen, og dermed udviklet sig til en integreret sundhedsmodel.

I dag driver Ribera Salud 4 hospitaler og 122 sundhedshuse i Valencia-regionen – med et populationsansvar for ca. 700.000 borgere. På turen besøgte vi to af hospitalerne:

- The University Hospital og Vinalopo i Elche, Alicante, med en population på 150.000 borgere og med 12 tilhørende sundhedshuse.
- The University Hospital of Torrevieja i Torrevieja, Alicante, med en population på 170.000 borgere og 24 tilhørende sundhedshuse.

I forbindelse med hvert hospitalsbesøg besøgte vi også et af de tilhørende sundhedshuse.

Ribera Salud har opbygget en populationsorienteret model for at drive et integreret sundhedsvæsen, også kendt som ”Alzira-modellen”, der er opkaldt efter organisationens første hospital. Den populationsorienterede tilgang gennemsyrer organisationens måde at tilrettelægge og arbejde på, og det overordnede mål for organisation er at skabe mest mulig sundhed i deres tilknyttede population. Det handler altså ikke kun om at gøre de syge raske, men i særdeleshed om at opnå den bedste sundhedstilstand i den samlede population. Det er med til at skabe et incitament for en målrettet og proaktiv indsats over for populationen. ”Triple aim”-tankegangen er i fokus med bestræbelser om samtidig at arbejde henimod:

- At forbedre sundhedstilstanden i populationen,
- At øge patienttilfredsheden og
- At mindske omkostningerne

Alzira-modellen

Alzira-modellen er bygget op om fire grundsten:

1. Det er en offentlig-privat-partnerskabsmodel

Der indgås langstrakte kontrakter med regionen på 10-15 år af gangen, hvilket giver mulighed for at kunne planlægge langsigtet og udvikle og afprøve nye organisationsformer, IT-løsninger og arbejdsmåder.

2. Pengene følger patienten

Et grundlæggende element i modellen er finansieringen. Ribera Salud modtager en fast sum penge for hver patient, og pengene følger patienten. Det skaber et incitament for at udføre behandlingen der, hvor det giver mest sundhed for færrest midler. Det er sundhed, der er centralt – ikke aktivitet.

For hver borger i populationen modtager Ribera Salud €750 pr. år. Valencia-regionen udbetaler 85 % af beløbet ved årets indgang baseret på et estimat på populationens størrelse. Ved årets afslutning afregnes endeligt med afsæt i populationens faktiske størrelse. De €750 skal dække alle udgifter i forbindelse med behandlingen – herunder også sygehusmedicinen, som anslås at udgøre ca. €120 i snit pr. borger pr. år.
Medicin, der udleveres i sundhedshusene (i stil med tilskudsmedicin i Danmark), er *ikke* en del af Ribera Saluds budget. Her gælder derimod målgruppespecifikke tilskudsordninger udbetalt af Valencia-regionen.

Hvis en patient fra Ribera Saluds population vælger behandling på et ordinært, offentligt hospital, skal Ribera Salud betale Valencia-regionen for denne behandling. Omvendt kan udefrakommende patienter også vælge behandling hos Ribera Salud. I dette tilfælde modtager Ribera Salud betaling fra Valencia-regionen svarende til 85 % af det, behandlingen koster.

Det hele afregnes sidst på året sammen med den endelige opgørelse af populationens størrelse.

3. Integration af sundhedssektorer

Ribera Saluds hospitaler og primærsektor (sundhedshusene) arbejder sammen i et integreret system. Fordi organisationens hovedmål er at skabe mest mulig sundhed i populationen, giver det mening at tænke sundhedsvæsenet bredere end bare sygehusene, og derved får primærsektoren – og dermed sundhedshusene - en mere central rolle.

Integrationen af sektorerne lykkes blandt andet ved, at sektorerne og de ansatte arbejder efter et fælles mål og med fælles IT-systemer. Desuden er personalet ansat på tværs af hospital og sundhedshuse.

4. Netværk

For at opnå mest mulig sundhed blandt den tilknyttede population er der behov for at arbejde proaktivt og forebygge, at sygdom overhovedet opstår. Derfor har Ribera Salud set et behov for at samarbejde mere bredt og skabe netværk med både andre sundhedsaktører, socialsektoren og lokalsamfundet. Ribera Salud samarbejder blandt andet med de lokale skoler og lokale tv- og radiostationer om livsstilskampagner, med apoteker om korrekt brug af medicin og med områdets plejehjem.

Resultater

Undervejs på vores besøg præsenterede Ribera Salud en række gode resultater, som de har opnået ved hjælp af ”Alzira-modellen”. Bl.a. har de opnået:

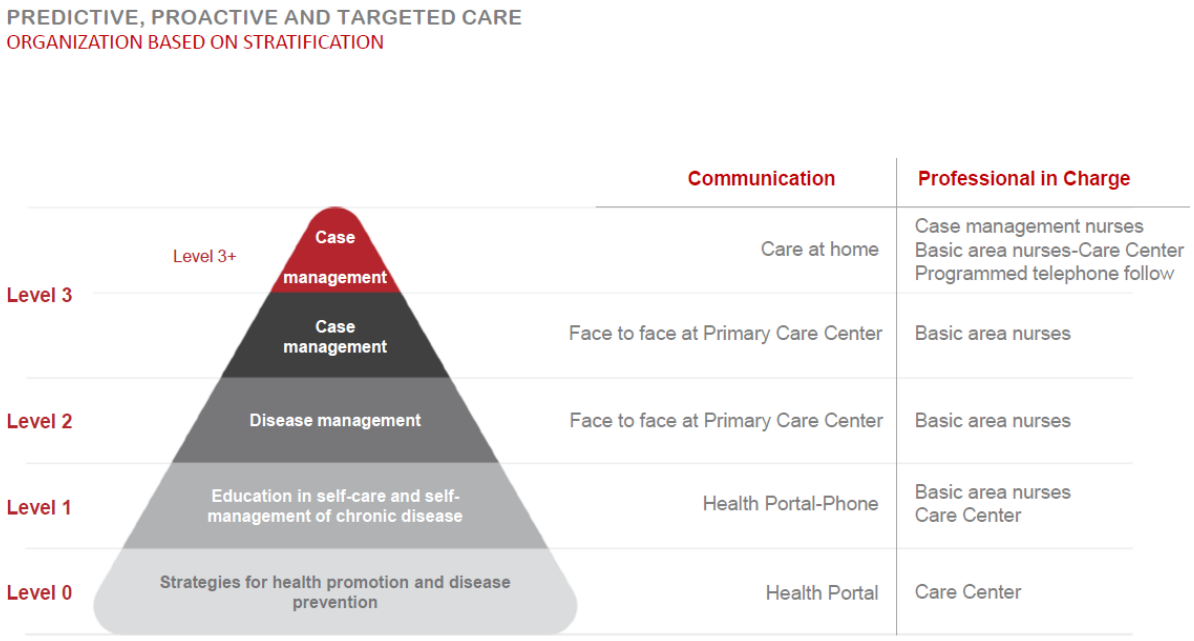
- 36 % færre medicinske indlæggelser for borgerne på level III (de mest syge) – heraf en reduktion på 19 % for den andel af disse, der er allermest syge (før og efter oprettelse i TruCare (fælles IT-system, der beskrives senere)).
- 31 % færre genindlæggelser indenfor 30 dage for borgerne på level III – heraf en reduktion på 28 % for den andel af disse, der er allermest syge (før og efter oprettelse i TruCare).
- Kortere ventetider end på Valencia-regionens øvrige hospitaler:
  - En ventetid til operation på mellem 38 og 70 dage i Ribera Salud mod 115 dage på regionens øvrige hospitaler.
  - En ventetid til aftale med speciallæger på mellem 20 og 35 dage i Ribera Salud mod 49 dage på regionens øvrige hospitaler.

Inddeling af populationen i risikogrupper

Siden Ribera Salud overtog det samlede populationsansvar, har de arbejdet dedikeret med teknologisk dataunderstøttelse og fælles IT-systemer. De har derfor i dag en stor mængde data tilgængelig om deres population. På baggrund af data er der udarbejdet algoritmer, som organisationen bruger til både at identificere og risikostratificere deres population, ligesom det bruges aktivt i behandlingen.
Risikostratificeringen er et helt centralt værktøj for Ribera Salud, og bruges både til:

1. at skabe mest mulig sundhed til den samlede population
2. at målrette indsatsen overfor den enkelte person.

Ribera Salud bruger data om deres population til at inddele populationen i grupper baseret på deres risikoprofil for sygdom og forværring af sygdom. Risikostratificeringen inddeler populationen i fire overordnede grupper (level 0-3), med mulighed for at opdele hver gruppe i undergrupper. De fire overordnede grupper kan ses i den nedenstående trekant.



Langt den største del af populationen vil være raske og stratificeres dermed til level 0. Over 60 procent af Ribera Saluds population tilhører level 0, mens kun 3-4 procent af populationen er helt oppe i øverste lag af trekanten, kronisk syge patienter i højrisiko (level 3). Alt efter, hvilket level en borger befinder sig på, vil personen have forskellige behov og brug for forskellige (proaktive) indsatser for at forebygge forværring. På baggrund heraf har Ribera Salud defineret en række indsatser til de forskellige grupper af populationen.

I den elektroniske patientjournal kan sundhedspersonalet se, hvilket level en patient befinder sig på. Denne oplysning bruger sundhedspersonalet til at tilrettelægge og målrette indsatsen til den enkeltes behov.

Med et mål om at skabe den bedste sundhedstilstand for sin population, er der en bevidsthed om behovet for at prioritere indsatser, der forebygger, at personer rykker op af i trekanten.

Proaktiv forebyggelse

Forebyggelse praktiseres proaktivt i Ribera Salud – og ligeledes ved hjælp af stratificeringsmodellens inddeling i risikogrupper:

Forebyggelse for de mest raske

For borgere på level 0 og langt de fleste på level 1 - altså den mest raske del af populationen – er sundhedsportalen YoSalud den primære kanal for forebyggelse.
På sundhedsportalen kan borgere indtaste egne data i et *spørgeskema*, hvilket i høj grad muliggør selvbehandling og egenomsorg. Spørgeskemaet er tilgængeligt for borgerne via sundhedsportalen, men ligger egentlig i et selvstændigt system TruCare, som de sundhedsprofessionelle har adgang til, og hvor de efterfølgende kan oprette behandlingsplaner baseret på data fra spørgeskemaet.
Derudover er portalen tilpasset den enkelte borger med *forebyggelseskampagner*, som kan være gavnlige for den pågældende. Disse kampagner tilpasses løbende i takt med de informationer, som borgeren eller en sundhedsperson indtaster. Fx vil borgeren blive mødt med rygestoptilbud i portalen, hvis han/hun indtaster data om et røgforbrug. Ligeledes kan borgeren opleve at blive indkaldt til en *forebyggende samtale* i sundhedshuset, hvis han/hun har lagt data ind, der kan pege i retning af forhøjet risiko for en given sygdom som fx diabetes (et højt BMI kombineret med forekomst af sygdommen i nærmeste familie).
Hvis patienterne ikke selv taster data ind på deres sundhedsportal, får de sundhedsfaglige besked herom og kontakter på baggrund heraf patienten per telefon for at telemonitorere.

Sundhedsportalen muliggør en mindre involvering af sundhedspersonalet for denne del af populationen, hvilket frigør tid til de sværere patienter.

Forebyggelse for de mest syge

For de mest syge og komplekse patienter, en særlig gruppe af level 3 (level 3+), udføres der en mere aktiv patientstøtte, hvor en sygeplejerske bliver udpeget som *case manager* for den enkelte patient. Der udarbejdes særlige *behandlingsplaner* (i TruCare) for patienten, og der er en tæt monitorering af patientens tilstand, som blandt andet sker over telefonen. Behandlingsplanen er tilgængelig via sundhedsportalen for både patienten selv og sundhedspersonalet. Den opdateres mindst en gang årligt og tilpasses desuden løbende efter behov.

Ribera Salud har et mål med at holde de komplekse patienter hjemme så meget og så længe som muligt, og derfor tilbyder de også *behandling i eget hjem* for denne gruppe samt *telemedicinsk behandling*. Endvidere har patienten mulighed for at kontakte et *callcenter* døgnet rundt, hvis de har spørgsmål eller oplever forværring.

Forebyggelse for den brede befolkning

I tillæg til den proaktive forebyggelse via stratificeringsmodellen, udøver Ribera Salud – som nævnt tidligere – også en række bredere rettede forebyggelsestiltag i samarbejde med andre sundhedsaktører, socialsektoren og lokalsamfundet.

Sundhedshuse (Primary Care Centers)

Vi besøgte på turen to sundhedshuse. Den første dag havde vi et kort besøg i et sundhedshus, som ligger i samme lokaler som Hospital Vinalopo. På dag 2 besøgte vi sundhedscentret San Luis, som er tilknyttet Hospital Torrevieja. I San Luis fik vi en rundvisning og oplæg ved læge og leder af sundhedshuset. Der er 12.500 borgere tilknyttet San Luis, hvoraf de 2.500 er deltidsbosatte europæere, typisk englændere og skandinaver.

Som et led i Ribera Saluds målsætning om at være så omkostningseffektiv som mulig og om at sikre behandling så tæt på borgernes hjem som muligt, foregår en væsentlig del af borgernes kontakt med sundhedsvæsenet gennem sundhedshusene.

Opgaver og personale

I sundhedshuset foretages konsultationer, prøvetagninger og mindre operationer, ligesom der er en akutfunktion. Der er også skadestuer på hospitalerne, men der er et tydeligt fokus på at oplære borgerne til at henvende sig i sundhedshuset som det første.

Det er også i sundhedshuset, opgaven ligger med at oprette og opdatere de årlige behandlingsplaner for alle de tilknyttede borgere. Det er typisk ligeledes i sundhedshuset, der bliver genereret en opfølgningsopgave, når borgere udfylder det digitale spørgeskema via sundhedsportalen.

I sundhedshusene er der primært ansat almen medicinere og sygeplejersker, men der er også andre specialer fx pædiatere og psykiatere. Alle borgere har tilknyttet en fast læge og sygeplejerske. Udgangspunktet er, at en læge har ca. 1500 borgere tilknyttet. Personalet i sundhedshuset er ansat i Ribera Salud og er dermed en del af samme organisation som sygehuspersonalet.

Sundhedshusene har åbent fra 8.00-21.00. Uden for den almindelige åbningstid har et mindre antal sundhedshuse døgnåbent. Her henvises alle til. Det svarer til lægevagtfunktionen i Danmark.

Samarbejde og fælles IT-system

Lægen, som viste os rundt fremhævede det fælles IT system (Florence, deres EPJ) som en helt afgørende faktor for den tætte kobling mellem sundhedspersonalet i hhv. sundhedshus og sygehus. Den fælles platform gør det desuden muligt med en tæt specialistunderstøttelse fra hospitalet og ud i sundhedshuset. Via platformen kan lægen i sundhedshuset skrive til hospitalet med aktuelle spørgsmål, ligesom der er mulighed for at holde telekonsultationer. Lægen udtrykte, at dette var en stor hjælp i hverdagen og et effektivt middel til at minimere henvisninger til specialistbehandling på hospitalet.

På grund af det fælles IT-system får lægen i sundhedshuset hver morgen et automatisk overblik over, hvilke af ”hans/hendes” borgere, der har været enten i kontakt med døgnvagten i sundhedshuset eller er blevet indlagt i løbet af aften/nat. Det fremgår visuelt af samme overblik, om lægen har fået tildelt en opgave eventuelt i form af opfølgning hos patienten.

Specialistkompetencer i sundhedshusene

En meget stor del af den psykiatriske behandling foregår ambulant i sundhedshusene. Der er derfor tilknyttet psykiatere til sundshusene. Til illustration: Der er alt 10 akutte psykiatriske senge til Ribera Saluds population på ca. 700.000 borgere. Til sammenligning er der 250 i Region Nordjylland med en population på ca. 600.000 borgere.

Det er ligeledes en anden tradition på det pædiatriske område. Der er derfor tilknyttet pædiatere og sundhedsplejersker til sundhedshusene, hvor der foregår både rutinekonsultationer og behandling.
I sundhedshuset San Luis var der eksempelvis en hel sektion (ca. tre rum) som var dedikeret til børneområdet.

Sammenhæng til kommunale tilbud

Ud fra oplæg og opfølgende spørgsmål tyder det på at, at det, vi i Danmark kender som kommunal sygepleje, overvejende ligger i regi af hospitalets udgående teams med både læger og sygeplejersker samt i sundhedscentrene.
Der udestår en nærmere identificering af snit- og samarbejdsflader mellem sundhedsvæsen og den kommunale sektor.



3 Oplæg fra turen

Indledende oplæg

- Præsentation af det spanske sundhedsvæsen og Ribera Salud v. Anne Bukh

Præsentationer fra Ribera Salud

Vedlagt denne afrapportering er de oplæg – i form af diassæt – som vi blev præsenteret på undervejs på vores besøg. De rummer:

- Sammenhængende sundhedspleje - En ny model for sundhed
- Risikostratificering og proaktiv forebyggelse
- Kvalitet
- IT
- YoSalud - sundhedsportalen

Videoer:

- Sundhedscentre i Torrevieja's Sundheds Departement: https://www.youtube.com/watch?v=gxp-4irZlrk
- Universitetshospital Torrevieja - Report Audit Office of the Autonomous Community of Valencia: https://www.youtube.com/watch?v=bZzzJaMd01Q
- Elleve år sammen: https://www.youtube.com/watch?v=AH_3ZZ4G0BA
- Hospital del Vinalopó - en sundhedsmodel designet til mennesker: https://www.youtube.com/watch?v=lqhQqu7Lxuo

Opsamling

Regionssekretariat
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst

2. april 2019

REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

SAMARBEJDSAFTALE VEDRØRENDE TELEMEDICINSK HJEMMEMONITORERING TIL BORGERE I HOVEDSTADSREGIONEN

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. BAGGRUND OG FORMÅL....4
2. HJEMMEL OG ORGANISERING....5
3. OPGAVER....6
4. FORPLIGTELSER....7
5. FINANSIERING....7
6. ANSVAR....9
7. VARIGHED....9
8. UNDERSKRIFTER....10

BILAG

Bilag 1	Visionsdokument
Bilag 2	Fastsatte servicemål
Bilag 3	Beskrivelse af rammer for arbejdet med indsamling af viden, evaluering og afrapportering
Bilag 4	Økonomisk fordelingsnøgle og faktureringsbetingelser
Bilag 5	Estimerede etablerings- og driftsomkostninger forbundet med samarbejdet

SAMARBEJDSAFTALE

MELLEM
København Kommune
(CVR nr. 6494 2212)
Rådhuspladsen 1
1550 København V
("**KK**")

OG
Region Hovedstaden
(CVR. nr. 2919 0623)
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
("**Regionen**")

OG
[indsæt de øvrige kommuner i regionen omfattet af aftalen]
("**de øvrige kommuner**"]

(samlet benævnt "**aftalens parter**").

1. BAGGRUND OG FORMÅL

1.1 KL, Danske Regioner og regeringen blev ved økonomiaftalerne for 2016 enige om at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL nationalt i 2019. Økonomiaftalerne er første skridt i bestræbelserne på at understøtte borgerne i eget hjem. På længere sigt er det forventningen, at telemedicin anvendes inden for en lang række sygdoms- og indsatsområder som hjertesvigt, diabetes, telepsykiatri, sår, genoptræning m.v.

1.2 Regionen, KK og de øvrige kommuner har ansvaret for lokal implementering og drift af det telemedicinske tilbud til borgere med KOL i hovedstadsregionen. Med det formål i fællesskab at løfte de forpligtelser, som påhviler aftalens parter i den henseende, indgås denne aftale ("**Samarbejdsaftalen**").

1.3 I forberedelsen af Samarbejdsaftalen har aftalens parter endvidere afdækket et ønske om, at samarbejdet omfatter andre indsatsområder end KOL. Aftalens parter ser en række synergigevinster ved at lade Samarbejdsaftalen omfatte telemedicin i bredere forstand og har derfor besluttet, at aftalens parter på visse betingelser kan omfatte andre sygdoms- og indsatsområder i samarbejdet.

1.4 Det vil dog først være muligt at inddrage andre sygdoms- og indsatsområder, når samarbejdet om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er veletableret og i drift. Københavns Kommune melder, når andre sygdoms- og indsatsområder kan tilføjes. Inddragelsen af andre områder kræver, at den enkelte kommune eller Regionen tilslutter sig samarbejdsaftalen og tilslutter sig den telemedicinske løsning for KOL, for senere at have muligheden for at tilslutte sig med et andet sygdomsforløb end KOL. Denne mulighed for, at aftalens parter inddrager supplerende sygdoms- og

indsatsområder i samarbejdet ændrer ikke på, at Samarbejdsaftalen afspejler realiseringen af aftaleparternes fælles målsætninger, jf. tillige afsnit 2.

1.5 Formålet med samarbejdet er således, at:

- realisere de fælles målsætninger om national udbredelse af telemedicin til borgere i hovedstadsregionen,
- understøtte KK, Regionens og de øvrige kommuners implementering og drift af telemedicinske tilbud, herunder at sikre opbygning, fastholdelse og videndeling af digitale kompetencer blandt det sundhedsfaglige personale hos aftalens parter,
- sikre løbende udvikling og tilpasning af de tekniske service- og supportopgaver med den fælles målsætning at udvikle levering af telemedicinske tilbud til borgere i hovedstaden, hvilket vil fremme sundhed og forebygge indlæggelser gennem effektiv overvågning og pleje i hjemmet.
- sikre opsamling og erfaringsudveksling mellem aftalens parter med henblik på at optimere og ensrette levering af telemedicin til borgere i hovedstadsregionen.
- understøtte det tværsektorielle samarbejde og den digitale udvikling på området.

1.6 Der henvises i øvrigt til visionsdokument for samarbejdet vedlagt denne aftale som **bilag 1**.

2. HJEMMEL OG ORGANISERING

2.1 Samarbejdet er organiseret som et tværgående samarbejde mellem aftalens parter efter Sundhedslovens § 78, stk. 3 og 7. Samarbejdet kan derfor kun omhandle de opgaver, som regioner og kommuner i forvejen selv kan varetage.

2.2 Samarbejde efter Sundhedslovens § 78 er betinget af regional deltagelse.

2.3 Samarbejdet organiseres sådan, at den tekniske service og support varetages af KK, jfr. nærmere om opgaverne i samarbejdet i afsnit 3 nedenfor.

2.4 Samarbejdet forankres i den etablerede organisering for Sundhedsaftalen mellem Regionen og kommunerne i hovedstaden. Den Administrative Styregruppe (DAS), hvor aftalens parter alle er repræsenteret, skal forelægges alle principielle beslutninger med betydning for realisering af samarbejdets målsætninger, jf. pkt. 1.2 og 1.3. KK har ansvaret for udarbejdelse af materiale til Den Administrative Styregruppe.

2.5 Aftalens parter etablerer samtidig Den Tværsektorielle Referencegruppe, hvori aftalens parter alle er repræsenteret. Den Tværsektorielle Referencegruppe skal sikre koordinering, udvikling og erfaringsopsamling af Driftsopgaven og de Øvrige Opgaver, jf. afsnit 3. Den Tværsektorielle

Referencegruppe mødes efter behov, dog mindst to gange om året. Den Tværsektorielle Referencegruppe rapporterer til Den Administrative Styregruppe. KK har ansvaret for udarbejdelse af dagsorden og referat fra møder i Den Tværsektorielle Referencegruppe.

3. OPGAVER

3.1 Teknisk service og support

3.1.1 KK varetager driften af den fælles tekniske service- og supportfunktion (herefter "Driftsopgaven").

3.1.2 KK varetager Driftsopgaven via telefonisk kontakt, e-mail eller anden online skriftlig supportkanal, samt via fjerndiagnose og fejlafhjælpning af de telemedicinske løsninger og hardware til de monitoreringsansvarlige sygeplejersker i kommuner og Regionen.

3.1.3 KK har ansvaret for at sikre en forsvarlig og sikker drift af Driftsopgaven.

3.1.4 KK sikrer, at der ansættes tilstrækkeligt med kvalificeret personale til at løse Driftsopgaven. Personalet ansættes af KK og personalet hører under KK´s ledelsesansvar. KK kan anvende allerede ansat personale til at udføre Driftsopgaven.

3.1.5 KK stiller lokaler og eksisterende materiel til rådighed for sin løsning af Driftsopgaven, jfr. dog afsnit 6 om finansiering.

3.1.6 KK kan trække på juridiske, indkøbsmæssige og it-tekniske ressourcer internt i kommunen, jfr. dog afsnit 6 om finansiering.

3.1.7 Fastsatte servicemål for Driftsopgavens varetagelse fremgår af Samarbejdsaftalens **bilag 2**.

3.2 "Øvrige Opgaver"

3.2.1 Aftalens parter skal alle medvirke til den løbende koordinering og udvikling af den fælles service- og supportløsning, herunder i forhold til tilpasning af arbejdsgange og sikring af udveksling af relevante informationer.

3.2.2 Aftalens parter skal endvidere bidrage til opsamling og erfaringsudveksling med henblik på at optimere og ensrette levering af telemedicinske tilbud til borgere i hovedstadsregionen.

3.2.3 De nærmere rammer for de Øvrige Opgaver fremgår af **bilag 3** til Samarbejdsaftalen.

3.3 KK, Regionen og de øvrige kommuner er hver især ansvarlig for følgende opgaver tilknyttet telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere:

- Indkøb af telemedicinsk hardware (tablets og måleudstyr),

- Udbringning og afhentning af udstyr hos borgerne,
- Basal opsætning og installation af udstyr,
- Teknisk oplæring af borgerne i brug af det telemedicinske udstyr,
- Den direkte kontakt til borgere (1st line support),
- Den sundhedsfaglige indsats

Der vil være en løbende koordinering af ovenstående opgaver i det omfang en sådan koordinering er nødvendig for at realisere de fælles målsætninger, jf. pkt. 1.2 og 1.3.

3.4 Den Tværsektorielle Referencegruppe

3.4.1 Koordinering, udvikling og erfaringsopsamling af Driftsopgaven og de Øvrige Opgaver, sker i Den Tværsektorielle Referencegruppe, jf. pkt. 2.5.

4. FORPLIGTELSER

4.1 Aftalens parter forpligter sig til at varetage de opgaver, der er beskrevet under afsnit 3 i hele kontraktperioden, jf. afsnit 8.1.

4.2 Regionen og de øvrige kommuner forpligter sig endvidere til at gøre brug af en fælles bestillingsportal (der er del af den fælles telemedicinske infrastruktur), til bestilling af den telemedicinske pakke (bestående af teknisk support, it-løsning til borgere og tablet).

4.3 Ved tiltrædelse af Samarbejdsaftalen er aftalens parter hver især ansvarlig for, at der er sket korrekt politisk behandling forud for tilslutning til Samarbejdsaftalen. Det er muligt at tilslutte sig Samarbejdsaftalen med forbehold for politisk godkendelse, hvilket dog medfører, at tilslutning først formelt sker efter den politiske behandling.

5. MISLIGEHOLD

5.1 Dansk rets almindelige regler og om misligholdelse samt erstatningsansvar finder anvendelse i henhold til samarbejdsaftalen.

6. FINANSIERING

6.1 Samarbejdet skal hvile-i-sig-selv økonomisk og skal derfor være omkostningsneutralt for KK.

6.2 Aftalens parter afholder hver især selv alle udgifter, der ikke relaterer sig til KK´s varetagelse af Driftsopgaven, jfr. pkt. 3.1. Dette omfatter fx udgifter til indkøb af telemedicinske løsninger (software) og hardware (tablet og måleudstyr), udbringning af hardware til borgere, oplæring af borgere, uddannelse af medarbejdere, og eventuelle ændringer af arbejdsgange internt hos den enkelte myndighed, herunder i det tilfælde der mod forventning sker øget administration.

6.3 Finansieringen af Driftsopgaven består af etableringsomkostninger (engangsomkostning) og driftsomkostninger (årligt løbende), der ydes af alle aftalens parter.

6.4 Aftalens parter finansierer de samlede etableringsomkostninger. Regionens andel heraf udgør 65 % af de samlede etableringsomkostninger og KK´s og de øvrige kommunernes andel udgør 35 % af de samlede etableringsomkostninger. KK og de øvrige kommuner finansierer den kommunale andel efter

en fordelingsnøgle baseret på antallet af borgere i de enkelte kommuner. Fordelingsnøglen fremgår af aftalens **bilag 4**.

6.5 Etableringsomkostningen opkræves af KK hos Regionen og de øvrige kommuner 1. november 2019 forud for afholdelsen af pilotafprøvningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

6.6 De løbende driftsomkostninger omfatter hhv. *faste* og *variable* driftsomkostninger. Faste driftsomkostninger finansieres efter den aftalte fordelingsnøgle mellem regionen og kommunerne, jf. bilag 4, mens forbrugsbaserede driftsomkostninger afregnes på baggrund af den enkelte parts forbrug, og er en fastpris pr. tilmeldt forløb. De samlede løbende driftsomkostninger afregnes årligt pr. 30. september og afregnes første gang 30. september 2020.

6.7 Etablerings- og driftsomkostninger forbundet med KK´s varetagelse af Driftsopgaven beregnes på baggrund af de KK´s faktuelle omkostninger. De estimerede etablerings- og driftsomkostninger fremgår af aftalens **bilag 5.**

7. ANSVAR

7.1 KK kan ikke gøres ansvarlig for direkte eller afledte udgifter og konsekvenser som følge af Regionens og de øvrige kommuners brug af den fælles tekniske service og support. Ligeledes kan KK ikke pådrage sig erstatningsansvar som følge af brug af de telemedicinske løsninger (borger- og medarbejderløsning).

8. VARIGHED

8.1 Samarbejdsaftalen er 3-årig og løber fra den 1. februar 2020 – 30. januar 2022.

8.2 Samarbejdet er uopsigeligt i kontraktperioden, og deltagerne forpligter sig til at gøre brug af den af Københavns Kommune etablerede tekniske service og support for så vidt angår den telemedicinske løsning til borgere med KOL i nærværende samarbejdsaftales varighed.

8.3 Samarbejdsaftalen kan uanset ovenstående bringes til ophør af hver af aftalens parter, hvis et påbud fra Klagenævnet for Udbud måtte tilsige dette.

8.4 Hvis hjemlen for samarbejdet, jf. afsnit 2, bortfalder gælder, at Samarbejdsaftalen ophører senest på tidspunktet for hjemlens bortfald.

9. UNDERSKRIFTER

9.1 Samarbejdsaftalen er underskrevet i [indsæt antal parter] kopier, hvoraf hver Part har fået en kopi.

Den:	Den:
Sted:	Sted:
For [Kontraktpart 1]:	For [Kontraktpart 2]:
_____	_____
Navn:	Navn:
Titel:	Titel:
EAN-nummer:	

[Indsæt alle aftaleparter]

Bilag 2: Estimerede etablerings- og driftsomkostninger forbundet med samarbejdet

Nedenfor angives de forventede etablering- og driftsomkostninger. Der tages forbehold for ændringer. Driftsomkostningerne tilpasses årligt, på baggrund af erfaringer fra det foregående års drift.

Tabel 1: Estimerede faste driftsomkostninger (samlet) pr. år / DKK

System til styring af telemedicinsk udstyr	67.500
System til registrering og styring af supportsager (2 licenser)	2.000
Lønomkostninger administration (systemadministration, controlling, rapportering	600.000
Kontorhold	81.768
I alt	**751.268**

Beløbet fordeles mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner, jf. de aftalte fordelingsprincipper og -nøgler i bilag 4.

Tabel 2: Estimerede variable driftsomkostninger pr. tilmeldt forløb pr. år /DKK

MDM-licens	246
Support pr. forløb / år (lønomkostning)	250
I alt	**496**

Tabel 3: Estimerede faste og variable driftsomkostninger (lokal omkostning) pr. år/DKK

	Indbyggere	KOL-borgere (est.)	Basishonorar / Fast driftsomk.	Variabel driftsomk.
Lille kommune (gns.)	15.000	20	2.300	9.920
Mellemstor kommune (gns.)	42.000	67	6.100	33.232
Frederiksberg Kommune	103.000	140	15.063	69.440
Københavns Kommune	573.000	600	88.479	297.600
Region Hovedstaden	-	350	488.324	173.600

De samlede **etableringsomkostninger** til den fælles service, support og logistik-løsning er på ca. 900.000 kr. i alt, hvoraf Region Hovedstaden finansierer 65 %. Den samlede kommunale andel udgør 315.000 kr. og opkræves i kommunerne i efteråret 2019.

Vedtægt

for specialundervisningsinstitutionen
Kommunikationscentret – Region Hovedstaden
angående specialundervisning for voksne

Region Hovedstaden driver i henhold til lov om specialundervisning for voksne undervisningsinstitutionen "Kommunikationscentret – Region Hovedstaden", beliggende Rygaards Allé 45, 2900 Hellerup.

Undervisningsinstitutionen udbyder, udover specialundervisning og specialpædagogisk bistand i henhold til lov om specialundervisning for voksne, ydelser efter lov om social service m.v., der har en naturlig tilknytning til institutionens opgaver, og hvor institutionen har særlige kompetencer med hensyn til opgavevaretagelsen.

§ 1

Der nedsættes på undervisningsinstitutionen en bestyrelse bestående af

1) 1 medlem udpeget af regionsrådet,
2) 1 medlem udpeget af kommunalbestyrelserne i regionen,
3) 2 medlemmer udpeget af de handicappedes organisationer,
4) 2 medlemmer valgt af og blandt undervisningsinstitutionens lærere og øvrige medarbejdere; heraf skal mindst 1 være lærer,
5) 1 medlem valgt af og blandt undervisningsinstitutionens deltagere.

For hvert medlem vælges en stedfortræder.

Regionsrådet kan beslutte, at bestyrelsen udvides med flere medlemmer efter lokalt behov.

Valg af de i pkt. 1) – 3) nævnte medlemmer af bestyrelsen finder sted umiddelbart efter afholdelsen af kommunale og regionale valg og gælder for valgperioden.
Valg af de i pkt. 4) - 5) medlemmer til bestyrelsen sker for ét undervisningsår ad gangen.
Lederen foranstalter valget afholdt.
Såfremt det ikke er muligt at få valgt en deltagerrepræsentant, bortfalder valget af denne.

Medlemmerne fungerer indtil udgangen af den måned, i hvilken nye valg har fundet sted.

Institutionens leder deltager i bestyrelsens møder uden stemmeret.

Deltagerrepræsentanten må ikke overvære den del af drøftelserne, der angår sager vedrørende enkelte deltagere eller ansatte.

§ 2

Ved institutionen dannes et pædagogisk råd, som er rådgivende for institutionens leder og bestyrelse. Rådet består af undervisningsinstitutionens leder og alle medarbejdere, der varetager undervisningsopgaver og andre pædagogiske opgaver.
Det pædagogiske råd fastsætter selv sin forretningsorden og vælger selv sin formand.

§ 3

Institutionens leder har det pædagogiske ansvar for institutionens undervisning og varetager den daglige administrative ledelse af institutionen.

Institutionens leder træffer afgørelse om arbejdets fordeling blandt lærerne og træffer afgørelse i alle enkelt sager vedr. deltagerne.

Lederen afgiver indstilling til Region Hovedstaden om ansættelse og afskedigelse af ledere, lærer og andet personale. Indstilling fremsendes gennem bestyrelsen.

§ 4

Bestyrelsen udøver sin virksomhed inden for de mål og rammer, der er fastsat af regionsrådet.

Bestyrelsen fastlægger efter indstilling fra lederen og indenfor den økonomiske ramme, der er fastsat af regionsrådet institutionens budget.

Bestyrelsen afgiver på baggrund af indstilling fra lederen udtalelse til Region Hovedstaden om ansættelse af afskedigelse af lærere og andet personale ved undervisningsinstitutionen.

Bestyrelsen fastsætter principper for institutionens virksomhed inden for de mål og rammer, der er fastlagt af regionsrådet.

Bestyrelsen kan varetage andre opgaver vedrørende institutionen efter regionsrådets nærmere bestemmelser. Beslutning herom optages som bilag til vedtægten efter indhentet udtalelse fra bestyrelsen.

§ 5

Bestyrelsen fastsætter selv sin forretningsorden og vælger selv sin formand.

§ 6

Regionsrådet kan efter indhentet udtalelse fra bestyrelsen ændre denne vedtægt.

§ 7

Denne vedtægt er gældende fra den 1. januar 2010.

Tiltrådt af Region Hovedstaden den, 22.12.2010.

8. oktober 2014

Forslag til ændringer af Vedtægter for specialundervisningsinstitutionen Kommunikationscentret – Region Hovedstaden:

§ 1:
Valg af de i pkt. 4)-5) medlemmer til bestyrelsen sker for et undervisnings år ad gangen.

Forslag: "sker for to undervisnings år"…
Begrundelsen for ønsket er, at ved at forlænge deres valgperiode fra 1 til 2 undervisningsår, skabes en større kontinuitet i bestyrelsesarbejdet.

Institutionens leder deltager i bestyrelsens møder uden stemmeret.

Forslag: " leder og souschef"…
Begrundelsen for ønsket er, at institutionens leder er sekretær for bestyrelsen, og at souschefen i praksis deltager som referent. Dette forhold bør indgå i vedtægterne.

§3:
Lederen afgiver indstilling til Region Hovedstaden om ansættelse og afskedigelse af lærer og andet personale. Indstilling fremsendes gennem bestyrelsen.

Forslag: "Lederen afgiver indstilling til Region Hovedstaden om ansættelse og afskedigelse af lærere og andet personale."
Begrundelsen for ønsket er, at det i praksis er en meget tung procedure, og at bestyrelsen ikke kan vurdere de faglige kompetencer hos ansøgere. Endvidere har det været en kompleks beslutningsproces i forbindelse med afskedigelser ved arbejdsmangel, som bestyrelsen ikke har chance for at vurdere.

§4:
Bestyrelsen afgiver på baggrund af indstilling fra lederen udtalelse til Region Hovedstaden om ansættelse og afskedigelse af lærere og andet personale ved undervisningsinstitutionen.

Forslag: Afsnittet udgår
Se ovenfor.

§5:

Bestyrelsen fastsætter selv sin forretningsorden og vælger selv sin formand.

Forslag: Bestyrelsen fastsætter selv sin forretningsorden og vælger selv sin formand og næstformand.
Bestyrelsen har et ønske om at der vælges en næstformand, der sammen kan tilrettelægge bestyrelsens arbejde og dele mødevirksomhed m.v.

Karen Ellermann/referent

REFERAT BESTYRELSESMØDE 15. MAJ 2019

Møde i: Kommunikationscentrets Bestyrelse
Dato: 15. maj 2019
Kl. 17.15 – 19.30
Sted: Biblioteket, 3. sal Hellerup
Deltagere: Birgit Tystrup, Regionsrådet, formand for bestyrelsen
Franciska Rosenkilde, Kommune Kontakt Rådet, *ej tilstede*
Jennie Westh, elevrepræsentant
Hans Rasmussen, Danske Handicaporganisationer
Margit Grønkjær, Danske Handicaporganisationer, *ej tilstede*
Susanne Meier-Nielsen, medarbejderrepræsentant
Eva Madsen, medarbejderrepræsentant
Lone Larsen, Pædagogisk Råds formand
Freddy Andersen, observatør
Kristian Mainz, sekretær (centerchef)
Jakob Katz, referent (funktionsleder)

1. Velkomst ved bestyrelsesformanden

Birgit har skrevet til Sophie Hæstorp. Hvis der skulle etableres nyt tilbud på høreapparatområdet overskrider det midler, som regionen får fra finansministeriet, derfor kan der ikke etableres et nyt. Regionsrådet har tilsluttes sig den indstilling. Kristian fortæller, at Center for sundhed er orienteret om, at kompetencer kan bringes i spil.

2. Temadrøftelse om de udspil i sundhedsreformen, der kan have betydning for KC. Kort igangsættende oplæg v/ Birgit Tystrup

Birgit spørger om en rød regering vil gennemføre en sundhedsreform. Måske bliver det ikke til en reform, men en analyse vil formentlig blive iværksat. Birgit mener der muligvis bliver en større ensartning på landsplan. Viborg er fx foran Region Hovedstaden på nogle områder. National proces, i forhold til kvalitetssikring af indfrielse af standarder og vidensdeling. Birgit efterlyser det nærhedsprincip i regionerne, som var at finde i amterne.
Kristian mener at vide, at der er overvejelser om at flytte specialiserede område fra kommuner til regioner. Man ønsker at intensivere klyngesamarbejde mellem kommuner, hospitaler og almen praksis. Det vil formentlig ske uanset hvilken regering der sidder på magten. Visse kommuner udtrykker behov for sikre specialiseringen regionalt – dvs. tilbud i stil med Kommunikations-centret. Kristian skriver på et papir sammen med kolleger fra de andre regionalt drevne kommunikationscentre. Papiret omhandler de vilkår et stort befolkningsgrundlag giver ift. faglig specialisering. Grundlaget for bæredygtighed har man tidligere omtalt som 250.000 borgere.

Kommunikationscentret dækker 750.000 borgere. Dansk Handicapforbund har presset på og er i et eller andet omfang lykkedes med at komme frem til gennemførelse af analyse. Birgit har kontaktet Sophie Løhde i forhold til tidligere udmeldinger.
Birgit siger, at der bør indkaldelse til ekstraordinært bestyrelsesmøde, såfremt der kommer noget frem der har særlig kritisk betydning for KC. Det gælder for alle bestyrelsesmedlemmer, hvis man bliver opmærksom på drejning i en ugunstig retning, at man bør gøre opmærksom på det. Kristian fortæller vi i Den Sociale Virksomhed har den holdning, at der ikke skal fremsættes kritik af kommunerne. Der er et ønske om at komme udenom at blive del af politisk diskussion og strategi. Birgit mener, at sundhedsvæsnet bør ligge i regionerne, mens alle andre opgaver ikke bør ligge der. Lone fremhæver, at der er systematiseret krav til uddannelsesmæssige kompetencer i den specialiserede organisation. Jakob siger at det forenklede samarbejde med kommunerne er en erfaringsmæssig fortjeneste, som man vil gå glip af ved give afkald på nuværende organisering.

3. Temadrøftelse 2 om Rammer og Retning for Den Sociale Virksomhed. Temaet denne gang er social lighed – lighed i sundhed. Se bilag.
Om temaerne siger Kristian, at vi drøfter dem henover året og omsætter det konkret indenfor vores område. Det sker for hele viften af institutioner under Den Sociale Virksomhed. Hvert tilbud drøfter og arbejder det ind i området. Fremmer social lighed er en af vores kerneopgaver idet kommunikation fremmer social lighed. Fx Projekt Godt liv med Hjerneskade, der både afprøver metoder og giver de svageste en stemme. Birgit siger, at vi giver det rette tilbud, der sikrer større lighed, blandt andet ved at borgere kommer i arbejde. Kristian fremhæver at mennesker går ubehandlede og oplever social deroute ved hjernerystelse.
Kendskabet til Kommunikationscentrets tilbud udbredes i stigende grad. Sagsmængden i forhold til PCS er meget stor og kalder på ekstra indsats. Birgit fremhæver at de pårørende er den del af indsatsen. Det udfordres af det at være enlig, fremhæver Kristian. Lokalsamfund og frivillige er vanskeligere at integrere i tilbuddene. Birgit spørger om man kan bruge borgere med hjerneskader, i forhold til frivillig gruppe. Lone svarer, at det er vanskeligt, da de har problematikker i forhold til udtrætninger mm.. Hans siger, at i forhold til kompenserende færdigheder kan vi hjælpe til mestring. Det udfordres af pårørendes involvering, da de kan overtage og hermed undergraves muligheden for selvstændig mestring af funktionsnedsættelse. Birgit siger, at en svag borgers selvtillid kan afhjælpes af en borger med kendskab til funktionsnedsættelsen.
Susanne fortæller, at vi Kommunikationscenteret har en netværksgruppe for borgere med recurrensparase.
Hans siger, at sidemandsoplæring kan være en god metode. Lone fortæller, at vi gør opmærksom på brugerorganisationerne. Når vi slipper borgeren er der muligheder andre steder. Jenni mener, at faciliterede møder er fornuftigt. Gamle elever kunne kontaktes. Susanne påpeger, at samtykke blokerer for kontakt til gamle elever og at kommunerne har selvhjælpsgrupper.
Hans siger, at synshandicappede diabetikere er en målgruppe for rygestop. Susanne tilføjer at stemmenedsatte altid er i målgruppe for fysisk træning. Lone fremhæver at vi arbejder med at

forebygge social isolation for især afasi ramte. Kristian tilføjer at vi er opmærksomme på, at alle borgere får tilbudt den rette behandling. Birgit spørger får vi brugt de nye målsætninger?
Kristian svarer at på tværs af Den Sociale Virksomhed forpligter vi os til at sætte konkrete ord og handlinger på målsætningerne., fx ved at bygge dem ind i vores ydelser.
Et tiltag kan være at skrue op for holdundervisning, fx på hjerneskadeområdet, da det kan give besparelse for kommunerne. Birgit fremhæver faren for, at ord ikke bliver ført til handling. Det er betryggende, at der bliver fulgt op.

4. Aktuel orientering fra Centerchefen, herunder status på økonomi.

Der er et økonomisk overskud på over 1.1 mio. kr. efter de første 4 måneder. Vi er kommet godt fra start. Høreområdet er ikke i minus, som det tilsyneladende kunne se ud. Der er travlt, så de afsluttede sager er ikke sendt til fakturering. Forventningen er at området hænger fint sammen.
Der er travlt på alle områder, særligt på børne- og PCS området er der travlt. PCS oplever stigende efterspørgsel også på det arbejdsmarkedsrettede. Birgit siger at det er godt at høre, at det ser godt ud og at medarbejderne ikke er nedslidte. Vi har haft overskud på leverings- og service budget, der skal bruges til storindkøb af CCTV-er, licensafgifter, øjenstyring og nyt udstyr til stammeområdet.
Bygningsrenovering er i gang og haven er også i gang med renovering. Vi er ved at lave nyt venteareal i Ballerup. Susanne tilføjer, at det allerede fungerer meget bedre, da det sikre flow og sammenhæng i huset.
Trivselsundersøgelse er i gang og gentages hvert kvartal.
Teamkoordinatorer og ledelse har større mødeaktivitet for at få koblet strategi, praksis og hverdag bedre sammen.
Birgit lægger op til en besøgsrunde, med deltagelse også af Hans i hvert enkelt team efter sommerferien.
Vi samarbejder med Aphasia Institute i Toronto om SCA undervisning for logopæder til september.
DTHS og KAS midler finansierer projekt indenfor børneområdet.
Senest ved udgangen af februar 2020 ophører licensen til Kingo. Vi skal formentlig over på Nexus. Vi er i dialog med DSV herom.

5. Vedtægtsændringer

Bilag drøftes. De tidligere formulerede ønsker til vedtægtsændringer genbehandles og fastholdes. De videresendes til Regionsrådet til behandling/vedtagelse.

6. Evt.

De kommende to bestyrelsesmøder finder sted 19. september og 2. december. Formøder afholdes 9. september kl. 11.00 og 19 november kl. 13.00

Udkast

Nordstjernen

Vision for et nyt børne- og ungdoms-psykiatrisk center



Møde i Forretningsudvalget d. 17-09-2019

Region H Psykiatri

Udkast

Nordstjernen

Klarest af alle stjerner er Nordstjernen. Som et lysende punkt på himlen har den skinnet i millioner af år og vist vej i en foranderlig verden. Altid til stede. Altid i syne.

På samme måde skal det nye børne- og ungdomspsykiatriske center være til stede for børn, unge og deres forældre, der kæmper med psykisk sygdom. En ledestjerne af tryghed og faglighed, der støtter patienter og pårørende i at finde deres egen vej. Derfor skal det nye hospitalsbyggeri hedde Nordstjernen.

Udkast

> *Lad os være nogen lige nu ikke vente på nogen men faktisk være nogen stjerner på himlen.*

The Minds of 99

Indhold

6
Hvorfor et nyt BUC?

10
Vores vision

12
Tre pejlemærker

14
Trygge rammer

20
Faglig spydspids

24
Bedre sammenhæng

28
Krav til bygningen

30
Hvad er BUC?

36
Hvor står vi så nu?

42
Bilag

Udkast

Udkast

Forord

Region Hovedstaden er børnenes region. Flere og flere danskere vælger at bosætte sig og stifte familie her, hvor der er gode forudsætninger for et godt liv. Adgang til naturen, kulturtilbud, gode jobmuligheder og et stærkt sundhedsvæsen. Vi forventer, at der i 2025 vil være ikke mindre end 23.000 flere børn i regionen end i dag. Det er en rigtig positiv udvikling!

Regionsrådet ønsker at styrke rammerne for, at alle børn får et godt og sundt liv. Det betyder bl.a. tryghed og fleksibilitet i behandlingen af børn med akut sygdom, og det betyder hurtig adgang til udredning og behandling af høj kvalitet.

Det gælder ikke mindst for børn og unge med psykiske lidelser. I 2010 var der 21.047 børn og unge med udviklingsforstyrrelser og psykiatriske diagnoser i Danmark – i 2015 var der 30.383. Det er en stigning på hele 44 procent. Vi ved ikke præcis, hvorfor flere og flere børn og unge oplever psykisk mistrivsel, men vi har et ansvar for at give den bedste behandling. Derfor har Regionsrådet i de senere år investeret i at styrke børne- og ungdomspsykiatrien, så vi bliver i stand til at følge med behovet. Vi skal kunne udrede og behandle flere efter de nyeste metoder, hvor barnets og den unges egen recovery er i centrum, og hvor inddragelsen af familie og netværk samt velkoordinerede overgange mellem region og kommune integreres i forløbet.

Vi må dog erkende, at børne- og ungdomspsykiatrien i dag er vokset ud af sine fysiske rammer og ikke længere har de rette forudsætninger, der skal til for at kunne sætte barnet og den unge i centrum. Centeret bor i dag for spredt og i for trange bygninger, der ikke tilgodeser familien og de nyeste terapeutiske metoder. Da Regionsrådet i 2018 satte gang i en analyse af muligheder og behov for et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk byggeri, skete det med en ambition om at realisere en ny hospitalsfunktion skræddersyet til at rumme børn, unge og familier ramt af psykisk sygdom med alt, hvad det indebærer.

Jeg er derfor utrolig glad for denne vision, som bygger på grundig analyse af input fra flere end 100 børn, unge, forældre og medarbejdere i psykiatrien. Visionen udgør et stærkt fundament for at tegne og opføre et hospitalsbyggeri, der skal rumme meget mere end vægge og gulve – nemlig tryghed, faglighed og sammenhæng for alle dem, der skal arbejde eller behandles i børne- og ungdomspsykiatrien.

Med denne vision inviterer vi samtidig partnere med ombord, som er interesseret i at bidrage til at løse et af Danmarks store og mest komplekse samfundsproblemer – psykisk mistrivsel hos børn og unge. Vi tror på, at partnerskaber mellem de offentlige tilbud, private aktører og civilsamfundet rummer de mest lovende perspektiver. Vi ser meget frem til at udvikle børnenes region sammen med jer – også i psykiatrien!

XXX
XXX



Hvorfor et nyt BUC?

Flere og flere danske børn og unge rammes af psykisk sygdom. I 2010 var der 21.047 børn og unge med udviklingsforstyrrelser og psykiatriske diagnoser, i 2015 var der 30.383. Det er en stigning på hele 44 procent.

Sygdomme som ADHD, autisme, bipolare lidelser, spiseforstyrrelser, depression, skizofreni og tvangslidelser (OCD) bliver en del af mange familiers hverdag. Selvom vi ikke kender alle årsager og sammenhænge, kender vi konsekvenserne. Vi skal forberede os på flere børn og unge med behov for psykiatrisk behandling i fremtiden.

UDVIKLINGEN ER PÅ VEJ TIL AT OVERHALE OS

Familiernes forventninger og den faglige udvikling er i bevægelse. Der er brug for, at vi gentænker måden, vi driver børne- og ungdomspsykiatri på. At vi indretter os anderledes med bedre plads til familien, og at vi skaber en fornemmelse af hverdag med familie- og fritidsaktiviteter, skolegang og uformelle sociale platforme. At vi allerede fra modtagelsen begynder at træne børnene, de unge og deres familier til at håndtere hverdagen derhjemme.

Desværre kan de fysiske rammer i børne- og ungdomspsykiatrien kun i begrænset omfang rumme væksten og den nødvendige transformation. Små stuer, få opholdsrum, få badeværelser og nogle gange nedslidte udearealer gør det svært at fremme de bedste relationer mellem børnene, deres familier og medarbejderne. Og samtidig er det en udfordring at skærme patienter med særlige behov, voldsom eller selvskadende adfærd, fordi lokalerne ikke er beregnet til at tage de hensyn.

Vores vision for fremtidens Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, BUC, kan ikke indfries i de eksisterende hospitalsbygninger. Vi skal gribe muligheden for at skabe noget særligt, der ikke er set før, og som vil være med til at løfte børne- og ungdomspsykiatrien ind i en ny virkelighed. Det kalder på en ekstraordinær indsats, men vi har gjort vores hjemmearbejde sammen med brugerne, så vi ved godt, hvordan vi vil gribe det an.

TÆT PÅ BRUGERE, PÅRØRENDE, MEDARBEJDERE OG INTERESSENTER

Men hvad siger brugerne selv? Vi har taget patienter, pårørende, medarbejdere og vigtige interessenter med på råd. Vi har gennemført grundig og omfattende research, dybdegående interviews, etnografiske studier på forskellige afsnit på BUC, og vi har involveret nøglemedarbejdere i hele processen og været på studieture til en række førende og prisvindende børne- og ungdomspsykiatriske hospitaler i både Danmark og Tyskland.



Udkast

Datagrundlaget består af en række analyseaktiviteter:

- Omfattende desk research har gjort os klogere på evidens, tendenser og forskning inden for både børne- og ungdomspsykiatri og arkitektur.

- Observationsstudier på syv forskellige afsnit med det formål at observere patienter, pårørende og medarbejdere i deres dagligdag i BUC's nuværende bygninger. I disse studier har vi deltaget i dagligdagen såsom medarbejdermøder, skoleundervisningen og patienternes aftenaktiviteter.

- Besøgsinterviews hos ni patienter og pårørende er anvendt til at få dybdegående indblik i, hvordan de oplever deres kontakt med systemet. Erfaringer herfra kan bruges direkte i projekteringsfasen.

- Medarbejderinterviews og en medarbejderworkshop har givet os indblik i medarbejdernes konkrete ønsker og behov – og deres perspektiv på, hvilke behov patienter og pårørende har i løbet af et behandlingsforløb.

- Interessentundersøgelse blandt 17 af BUC's kerneinteressenter i form af blandt andre kommuner og patientforeninger har gjort os klogere på deres overvejelser, ønsker og holdninger til et nyt BUC.

- Dialogmøder og workshops med pårørende, politikere og andre interessenter har givet os mulighed for at præsentere vores pointer og indsigter fra analyseaktiviteterne undervejs i processen, så vi har sikret os, at både patienter, pårørende, politikere og andre interessenter kan se sig selv i og genkende vores pointer og konklusioner.

- Studieture i Odense, Skejby, Vejle og Hamborg har givet os viden og erfaringer fra andre børne- og ungdomspsykiatriske hospitaler med speciale i familieinddragelse og indretning med fokus på fx dagslys, nærhed til naturen, zoneinddeling og fleksible rum med plads til familien.

Udkast

"Når sindet er ude af balance, er det afgørende, at omgivelserne er i balance.

Udkast

Udkast

Vores vision



Alle børn og unge har ret til et trygt og værdigt liv. For flere og flere børn og unge med en psykisk lidelse er det desværre ikke en selvfølge. Når angst, depression, autisme, skizofreni, spiseforstyrrelser eller tvangstanker efterlader sindet i uro, føles verden utryg og usikker. Og når sindet er ude af balance, er det vigtigt, at omgivelserne er i balance.

Men omgivelserne er ikke i balance i dag. Børne- og ungdomspsykiatrien er vokset ud af sine fysiske rammer, og det betyder, at vi ikke kan give den behandling, vi gerne vil – en behandling, der støtter barnets sunde udvikling og skaber de bedste forudsætninger for et godt liv. Det vil vi gøre noget ved, og heldigvis ved vi, hvad der skal til.

Vores vision er at bygge en enestående børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsbygning med plads til familien. Vi vil skabe et internationalt fyrtårn inden for børne- og ungdomspsykiatrien, som gør det muligt for os at tilbyde en tryg og rar atmosfære og den bedste behandling, og som klæder den enkelte på til at gå styrket ud i verden.

Vi vil skabe et byggeri, hvor arkitektur, design og indretning er skræddersyet til børn, unge og deres familier og hvor vi stimulerer håb og udvikling. Hvor der er plads til, at far og mor er tæt på, når det behøves, hvor man ikke hele tiden bliver mindet om, at man er syg, hvor hverdagslivet ikke kommer for langt væk, og hvor der er plads til noget normalt i en ellers unormal tid: besøg af vennerne, en tur i haven, en mulighed for at trække sig og finde ro.

Vi vil designe de fysiske rammer med fokus på de vigtige detaljer som fx naturligt lys, lyddæmpning og zoneinddeling, der er afgørende for patienterne, sikkerheden og dagligdagens skiftende behov. Vi vil bevidst koble samspillet mellem farver, lys, indeklima og natur med behovene hos børn og unge i psykiatrien for at skabe tryghed og trivsel.

Vi vil samle og udvikle de bedste faglige kompetencer under ét tag i en hospitalsenhed, hvor forskning omsættes til ny og bedre behandling. På den måde kan vi udnytte vores ressourcer optimalt, sikre effektive processer og styrke behandlingsindsatsen – uden at det koster ekstra.

Vi vil inddrage barnets og den unges netværk af familie, venner, kontaktpersoner og professionelle voksne fra hverdagen, så vi kan sikre et godt patientforløb – både før, under og efter tiden i psykiatrien.

KORT SAGT

Vi vil skabe et trygt hospital for børn og unge med psykisk sygdom – både for dem, der er her i ambulant behandling, og dem, der skal bo på BUC i lidt længere tid. Hvor behandlingen går hånd i hånd med patienternes egne ønsker og hjælper dem videre i et værdigt liv. Vi vil være en ledestjerne af faglighed, støtte og håb for hele familien. Vi vil stræbe efter at være en Nordstjerne.

Udkast

Tre pejle-mærker



Udkast

Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark er langt fremme efter international målestok. Med et nyt byggeri, der er designet efter de nyeste principper for udredning, behandling og familieinddragelse, kan vi nå endnu videre - og vi kan sætte retning og danne skole for behandling af børn og unge med psykiske lidelser – både herhjemme og i udlandet. Vi fokuserer på tre pejlemærker, som er fundamentale for at indfri visionen: trygge rammer, faglig spydspids og bedre sammenhæng.

TRYGGE RAMMER

Tryghed er et grundvilkår. Både for den gode behandling og for det trygge og værdige liv for de børn, unge, forældre og pårørende, der påvirkes af psykisk sygdom. Det kan være en voldsom oplevelse for enhver familie at møde psykiatrien. Uanset, om der er tale om ambulante forløb eller længere indlæggelser på døgnafsnittene, er familierne i en ekstremt sårbar situation. Derfor er det altafgørende, at vi formår at skabe rammerne for en tryg periode for hele familien. Hvor man kan finde ro og støtte, og hvor der er plads til at leve en hverdag, der ligner den, man gerne vil have derhjemme.

FAGLIG SPYDSPIDS

Som det største børne- og ungdomspsykiatriske center i landet, skal vi yde den bedste udredning og behandling til børn, unge og deres familier. Vi bærer samtidig et ansvar for at videreudvikle og forbedre os. Med byggeriet får vi en enestående mulighed for at skabe et sted, hvor vi kan netop det. Vi vil skabe en hospitalsbygning, hvor patientbehandling, forskning og uddannelse smelter sammen. Hvor vi kan bidrage til at øge vidensniveauet om børne- og ungdomspsykiatri lokalt, nationalt og globalt – så vi kan drive udviklingen og flytte grænserne for god børne- og ungdomspsykiatri ind i en fremtid med bedre behandlingsmuligheder og mere værdi for patienterne.

BEDRE SAMMENHÆNG

For patienter og pårørende står mødet med børne- og ungdomspsykiatrien sjældent alene, men som en del af en lang og ofte kaotisk rejse. De har typisk været i kontakt med en række fagpersoner fra den praktiserende læge over inklusionspædagogen i børnehaven til sagsbehandleren i kommunen og speciallægen i psykiatrien. Vi ved med sikkerhed, at et struktureret og tillidsfuldt samarbejde mellem hospitalspsykiatrien, kommuner og primær sektor om et sammenhængende forløb er afgørende for at forebygge, udrede og få effekt af behandlingen. Vi vil bygge et åbent børne- og ungdomspsykiatrisk center, der inviterer til inddragelse og dialog, og hvor samarbejde med udgangspunkt i patientens ønsker er en selvfølge.



Udkast

Trygge rammer

Udkast



Tryghed kan næsten virke banalt, men vi ved fra vores research, at det er noget af det allervigtigste og samtidig noget af det allersværeste at opnå.

Med det nye hospitalsbyggeri vil vi gå grundigt til værks. Vi vil skabe en bygning, der er designet, så alt fra indgangsparti og venteværelse til stuer, opholdsrum og køkken giver indtryk af et indbydende miljø i balance. Hvor hospitaletsbygningens arkitektur og indretning giver en fornemmelse af ro, hjertevarme, sikkerhed og professionalisme.

Udkast

DET NÆRE OG DET NORMALE

Hverdagen er der, hvor livet leves. Også når man er syg. Men hverdagen smuldrer, når man bliver indlagt. De faste rammer og rutiner ændres, og det, der føles velkendt og trygt, er pludselig væk. Alt er forandret, og måske bliver intet det samme igen – sådan udtrykker mange af de børn og unge, der er indlagt, det i hvert fald.

> *Det føles sygeliggørende at være her. På den lukkede del af afsnittet er de andre patienter virkelig dårlige og man er låst helt inde og skal trække luft i et jernbur. Det er et hårdt slag at skulle se sig selv eller sin datter i så syg en position.*
>
> Mor på afsnit for børn og unge med spiseforstyrrelser.

Vi har en ambition om at give patienterne og deres familier mulighed for at have et familieliv med alt, hvad det indebærer, mens de er her. Vi vil skabe et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk center, der integrerer hverdagslivet, og som er indrettet med plads til at leve, lære, lege og alt det, som barnet eller den unge kender hjemmefra.

Det betyder, at der skal være plads til, at forældre kan blive indlagt sammen med deres barn. En tendens, som er blevet standard i nye hospitalsbyggerier, og som fx ses på BørneRiget. Behovet for at have plads til familien er om muligt endnu større i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor forældre inddrages som en del af behandlingen i længerevarende forløb.

> *Der er mere trygt derhjemme, men der kan jeg jo ikke blive rask. Her på afsnittet kan jeg bedst lide mit eget værelse. Det er mest mit eget. Men det er jo ikke mit hjem.*
>
> Patient på afsnit for børn og unge med spiseforstyrrelser.

Rammerne i dag begrænser patienternes og deres pårørendes muligheder for at have et familieliv og hverdagsliv. Der er brug for at give både patienterne og deres forældre mere myndighed og større mulighed for at indrette en hverdag i afsnittene. For forældrene betyder det, at de stadig kan tage vare på deres eget barn, være ægtefæller, klare noget arbejde, tale med de andre forældre om aftenen og få lov til at gøre små hverdagsting uden at spørge om lov først.

Den nye hospitalsbygning skal nedtone den kliniske atmosfære, som opleves mange steder i de nuværende rammer, og i stedet skabe genkendelighed ved at låne stemninger fra andre domæner som fx hjemmet. Her kan man være sammen i familien og sidde og snakke, men man kan også være sammen uden rigtig at være sammen. De små børn kan lege tæt på forældrene, og de unge kan gå lidt på afstand, uden at være for langt væk. Materialer

Vi gjorde, hvad vi kunne. Vi tog kage med og vi tog hunden med. Men når man er sammen i en familie, sidder man jo ikke kun overfor hinanden og siger: "Hvordan går det så i dag?" Man ser jo fjernsyn sammen og snakker om dagen.

Mor til ung på intensiv afsnit.

Udkast



og belysning i opholdsarealer, værelser og ambulatorierum skal derfor låne udtryk fra det hjemlige igennem lavtplaceret belysning som støtte til den generelle belysning og ved brug af træ, hvor det er forsvarligt i forhold til hygiejne.

SANSERNE I ALARMBEREDSKAB

Når man er syg og sårbar, har alle indtryk betydning. Både for ens oplevelse og behandling. Mange patienter og forældre ankommer til BUC i en krisesituation og med et sanseapparat i alarmberedskab. De påvirkes af et utal af indtryk, som under normale omstændigheder ikke ville have tiltrukket deres opmærksomhed.

Børn og unge i ambulant behandling møder i dag et småt og støjende venteværelse, som giver en dårlig start på besøget. Selv skiltning med afsnittenes sygdomsnavne kan virke intimiderende, når man er ny på centret. Og lyset på afdelingerne har en stor effekt, både positivt og negativt.

Jeg kan simpelthen ikke sove af de lyde, der er her. Det er meget voldsomme lyde, for man ligger og passer på sit barn, så man er opmærksom hele tiden.

Mor til barn på døgnafsnit.

I dag gør stedets indretning det svært for patienterne at trække sig – både fra de andre patienter, forældre og personalet. Fx kan det være udfordrende for teenagepigen at overnatte på værelse med sin medindlagte mor, når hun helst ville være alene. Og det kan være overvældende for den unge dreng, der bliver bombarderet med sanse-indtryk i venteværelset inden en ambulant undersøgelse. I det nye hospitalsbyggeri skal det være tydeligt for patienterne, hvad de kan forvente af de forskellige rum. Hvor er man alene? Hvor forventes man at interagere med andre? De tydelige afgrænsninger er med til at skabe ro for patienterne.

> *Der er mange sårbare ting i det, og man ved, at man kan begynde at bryde sammen. Det er svære ting og man er i sådan en over-levelsesmode. Så hvis der var et rum, man kunne trække sig til side i og snakke og skabe nogle rammer hvor man har lyst til at sidde og snakke og kan lukke en dør. Og kan mødes forældre til forældre.*
>
> Mor til spædbarn i dags- og ambulant behandling.

BALANCE MELLEM TRYGHED OG UDFORDRING

I det nye børne- og ungdomspsykiatriske center skal der være den rette balance mellem tryghed og udfordring. Mange af patienterne på BUC kan ikke klare for voldsomme udfordringer, men i det trygge miljø er det muligt for behandlerne at udfordre patienternes grænser stille og roligt og lidt ad gangen i takt med, at de lærer dem bedre at kende og kan studere deres mønstre. Det er en del af den miljøterapeutiske behandlingsindsats.

Den miljøterapeutiske behandlingsindsats stiller også nogle krav til de nye fysiske rammer. Det skal fx fremover være nemmere for patienterne at flytte sig fra det private til det fælles. Og det skal være muligt for behandlerne at motivere og nogle gange presse patienterne til at være med i fællesskabet.

Den nye hospitalsbygning kan fx udnytte gangforløbene langt bedre end i dag, så de også bruges som hyggeligt ophold i stedet for de lange og nogle gang intimiderende transportkorridorer, som møder patienterne i dag.

Uderum er også vigtige for miljøterapien, fordi de kan give et pusterum. Fra somatiske hospitaler ved vi også, at naturen har betydning for patienternes heling, og samtidig ved vi fra arkitekturforskningen, at skal uderum bruges, skal de være til at komme ud i. Derfor er det vigtigt, at uderum tænkes sammen med hospitalsbygningen, og at uderummene er store og giver en følelse af rummelighed. Både når det handler om gårdhaver og offentlige arealer uden for hospitalsbygningen.

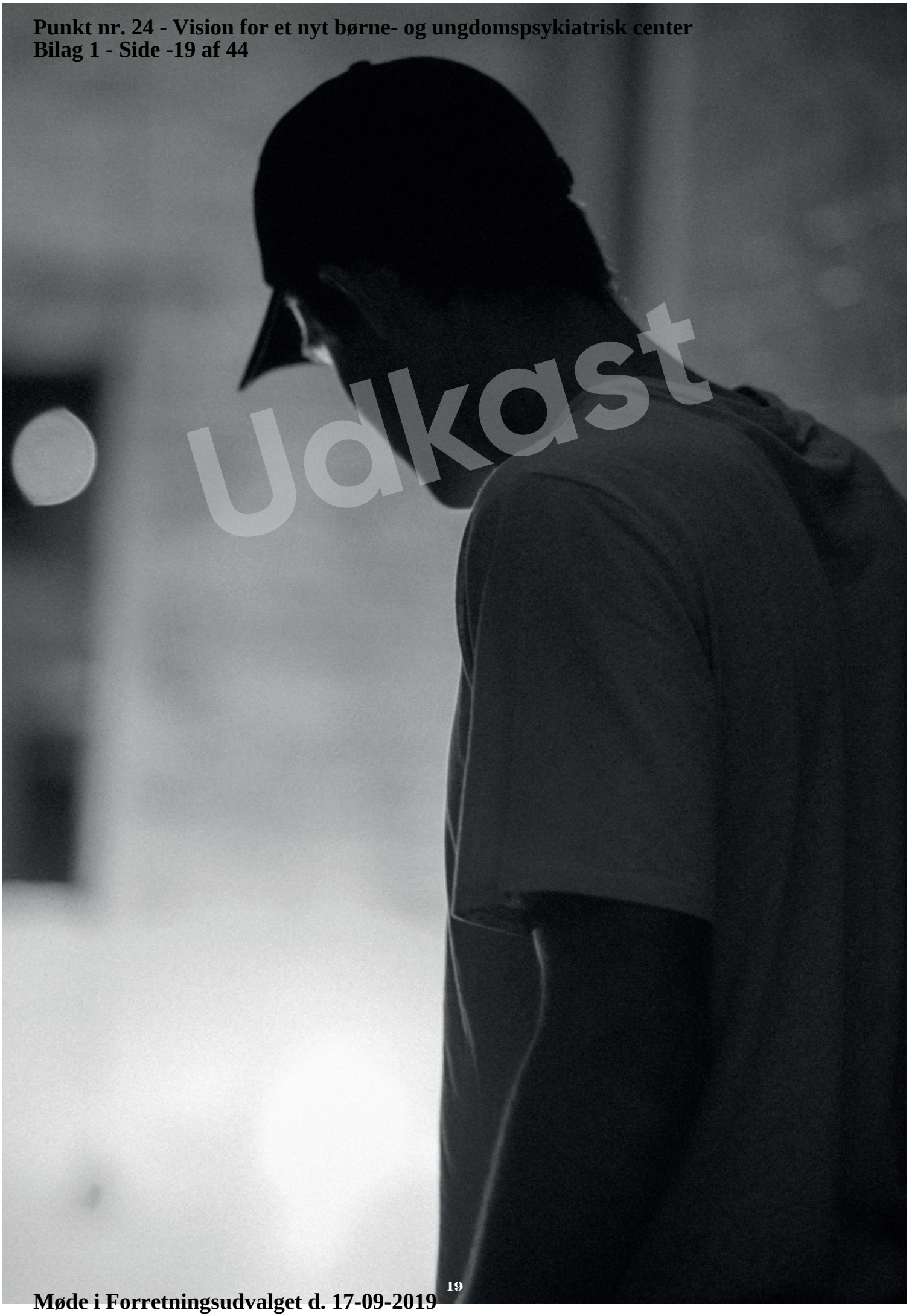
> *Vi havde en patient, der var meget udad-reagerende indtil vi fandt ud af, at han altid havde haft mulighed for at gå ud ad en dør, når det hele blev for meget. Så vi lavede en aftale med ham om, at han altid havde en dør, han kunne gå ud af på afsnittet.*
>
> Medarbejder på akutafsnittet.

Udkast

> *Jeg ville helst have, at mine forældre slet ikke var her. Det er vildt irriterende at de skal dele værelse med mig. Men det kan ikke rigtig være anderledes.*

Patient på afsnit for børn og unge med spiseforstyrrelser.

Udkast


Udkast



Faglig spydspids



Vi vil skabe den bedst mulige behandling for patienterne ved at flytte grænserne for god børne- og ungdomspsykiatri. Både lokalt, nationalt og globalt. Vi skal ikke kun leve op til faglige standarder – vi vil være med til at skabe dem. Og det skal det nye byggeri hjælpe os med.

En stærk faglighed er fundamentet for alt, hvad der foretages på BUC. Udover at være det største børne- og ungdomspsykiatriske center i Danmark, er BUC også en del af et universitetshospital, der er forankret på Institut for Klinisk Medicin ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Københavns Universitet.

Som universitetshospital har vi et særligt ansvar for at være med til at drive den faglige udvikling inden for børne- og ungdomspsykiatri. Det gør vi også allerede i dag. Forskningsenheden bidrager til at forbedre behandlingstilbuddet til børn, unge og familier med psykiatriske problemstillinger og har gennemgående fokus på den familieinddragende behandling. Det gør os til en faglig spydspids både herhjemme og i udlandet inden for fx spiseforstyrrelser, psykoterapi, forebyggelse, spædbørnspsykiatri og meget mere.

VI GÅR FORREST – BÅDE I DANMARK OG I UDLANDET

Forskningsenheden på BUC samarbejder med mange forskellige forskergrupper – både nationalt og internationalt. I Danmark arbejder vi tæt sammen med de øvrige børne- og ungdomspsykiatriske enheder, voksenpsykiatrien og andre tilstødende specialer. Internationalt samarbejder vi med stærke forskningsmiljøer i både Skandinavien, Holland, Tyskland, Schweiz, Storbritannien, Canada og USA om forskning i psykoterapi og medicinsk behandling, neurobiologisk forskning samt befolkningsundersøgelser af psykiske symptomer hos børn.

BUC's forskning fokuserer på en bred målgruppe af børn og unge; I nogle sammenhænge er der fokus på forebyggelse, det gælder fx børn af psykisk syge og børn med begyndende psykiske problemer, og i andre sammenhænge er der fokus på behandling af psykiske problemstillinger som ADHD, spiseforstyrrelser, OCD, bipolar sygdom og skizofreni. Et eksempel på et forskningsprojekt er TECTO, der undersøger effekter af familiebaseret psykoterapeutisk behandling til børn og unge med OCD.

Hvert år publicerer BUC et stort antal videnskabelige artikler i internationalt anerkendte fagtidsskrifter, vores forskere er ofte citeret og omtalt i medierne, og hvert år gennemfører flere ph.d.-studerende forsvar af deres afhandlinger.

TÆT TVÆRFAGLIGT SAMSPIL

Der sker en stor udveksling af viden på flere niveauer på BUC. Der er tæt samspil mellem forskning og klinik, hvor klinikerne deltager i forskning, og forskning testes tidligt i klinikken, og der er et tæt samspil mellem behandlerne på de forskellige afsnit.

Desværre er de nuværende rammer ikke optimale – hverken til den ene eller anden type videnudveksling. I dag er der flere kilometer mellem forskerne og klinikken, fordi undervisning- og forskningslokalerne ligger spredt mellem flere bydele. Og samtidig er rammerne fra en tid, hvor der ikke var de samme behov for tværfagligt samarbejde mellem behandlerne. Det gør det vanskeligt at dele viden om patienter og komme hurtigt frem, når situationen kræver det.

Udkast

> *Der ses generelt fortsat behov for specialisering inden for det børne- og ungdomspsykiatriske speciale. Samtidig lægges der i øget omfang vægt på fagligt bæredygtige enheder med god mulighed for at etablere stærke faglige miljøer og opbygning af erfaring.*
>
> Sundhedsstyrelsens Specialeplan for Børne- og Ungdomspsykiatri 2019.

Udkast

Med den nye bygning får vi for første gang mulighed for at samle ressourcerne og sætte ekstra blus på den faglige udvikling. Vi kan samle alle forskergrupper på samme matrikel som de kliniske afsnit. Dermed kan vi fremme de naturlige møder mellem forskere, klinikere, behandlere, studerende, patienter og forældre – uanset om det er et ambulant-, dag- eller døgnafsnit. Og vi kan indrette afsnittene smartere, så vi kan effektivere vores processer og få mest mulig udredning og behandling med de samme behandlere.

RECOVERY I BØRNEHØJDE

Vi vil styrke arbejdet med recovery for børn og unge. Recovery tager udgangspunkt i patientens egne ønsker og behov og handler om at hjælpe patienterne med at få et godt og værdigt liv trods de udfordringer, de bærer med sig. At inddrage dem aktivt med det formål at hjælpe dem med at tackle deres sygdom – og ikke nødvendigvis blive helbredt fra den. Psykiatrien skal være en art "fødselshjælper" til et bedre liv. Det gør, at patient og familie bliver bedre i stand til at leve et meningsfyldt liv på trods af begrænsninger fra sygdommen.

Hos børn og unge er recovery en personlig og relationel udviklingsproces, hvor barnet og den unge skal have en så positiv opvækst som muligt. En opvækst, hvor man på trods af sin sygdom udvikler sig emotionelt, kognitivt og socialt bedst muligt – og dermed bliver i stand til at leve et tilfredsstillende liv. Den proces kræver tid, rum og støtte. Det kan rammerne i dag ikke rumme godt nok. Det nye byggeri skal derfor åbne helt nye muligheder for at gennemføre aktiviteter, der relaterer sig til patienternes unikke recovery-proces; fx færdighedstræning, kognitiv adfærdsterapi eller adfærdsterapi, miljøterapi med mere.

STYRKET SIKKERHED OG FOREBYGGELSE AF TVANG

Sikkerhed har en helt afgørende rolle på et børne- og ungdomspsykiatrisk hospital. Patienterne skal føle sig sikre og være sikrede imod sig selv. Og samtidig skal medarbejderne arbejde under sikre forhold.

Forebyggelsen af tvang spiller en vigtig rolle for sikkerheden, og vi har et ønske om, at børnene og de unges møde med Nordstjernen skal ske med anvendelse af metoder, der møder dem med respekt for deres alder og vanskeligheder.

Vi skal lære børnene og de unge, at vi som professionelle og de som patienter kan kommunikere og løse problemer uden brug af tvang eller udadreagerende adfærd. Det skal patienterne have med sig videre i livet – og for nogens vedkommende videre i voksenpsykiatrien. Derfor skal vi fremme en kultur, hvor gode rutiner og nye metoder til deeskalering forbygger tvangssituationer til gavn for patienter og medarbejdere.

Forebyggelsen af tvang stiller krav til de fysiske rammer. Fysiske forhold kan gøre en verden til forskel – både for patienter og medarbejdere. Det kan både være temperaturen og indeklimaet, der ikke må være for varmt, og størrelsen på rummene, der hverken må være for store eller for små, men skal give patienterne en følelse af, at de kan komme ud, og at de kan skærme sig eller blive skærmet. Rammerne i dag sikrer ikke optimale forhold til at forebygge tvang. Derfor er det afgørende, at det nye byggeri sikrer den enkeltes behov i omgangen med de andre patienter, og at der sikres en balance på afsnittet. Det skal blandt andet ske ved at have fokus på indeklima og skærmning i rummene.



Endelig skal den nye hospitalsbygning vise, at det er muligt at koble sikkerhed med hjemlighed. I dag bliver sikkerhed desværre ofte lig med, at stuerne og patienternes værelser er tomme og kedelige. Med det nye BUC vil vi vise, at sikkerhed og hjemlighed ikke nødvendigvis er hinandens modsætninger. Den nye bygning skal derfor bygge på nyeste viden om sikre løsninger i psykiatrien og koble disse med rare indbyggede møbler, farver og materialer, som kan skabe en følelse af noget venligt og hjemligt.

Udkast



Udkast

Bedre sammen-hæng

Flere børn, unge og familier, der er i berøring med psykiatrien, oplever i dag mangelfulde overgange mellem sektorer, institutioner eller afdelinger i psykiatrien. Nogle oplever måske dårlig kommunikation og uklarhed om, hvad de skal gøre hvornår. Det skaber tvivl og usikkerhed hos patienter og pårørende, som søger efter klare svar og overblik.



> *Det er jo børnelægen som starter det og sender en henvisning til børnepsyk. Hun har ikke været med videre, det er bare det. Vi ser og hører intet til hende og tror heller ikke at de (BUC) har kontakt til hende.*

Mor til barn i ambulant behandling.

Mange familier, der kommer til BUC, har måske overvejet i flere år, om deres barn skal undersøges. Eller de er frustrerede og kede af, at det overhovedet er endt med en indlæggelse i psykiatrien, når de mener, at det slet ikke havde behøvet at komme dertil, hvis systemet havde kunnet tilbyde hjælp i tide. Derfor er det en del af vores rolle at være med til at sikre en bedre sammenhæng for patienterne og deres familier. Det kan vi gøre bedre end i dag – og det skal det nye byggeri hjælpe os med.

ÉT SAMMENHÆNGENDE PROFESSIONELT NETVÆRK

Vi vil sikre os, at det nye byggeri understøtter og sikrer bedre og mere gnidningsfrie forløb for de unge patienter og deres familier. Og vi vil være med til at sikre et struktureret og tillidsfuldt samarbejde med kommuner og primær sektor. Det stiller både krav til vores arbejdsgange, der skal være effektive og smarte. Og det stiller krav til vores samarbejde med de andre professionelle netværk. Vi skal tættere på de andre sektorer og i endnu højere grad interagere før og efter, når patienterne forlader BUC.

> *Vi har set de seneste år at mange forældre kontakter os, fordi de ikke forstår diagnosen og der ikke er videre tilbud ift. barnets fremtid. Der holdes ikke en hånd under dem ift. læring og undervisning. Efter udredningen føler de sig overladt til sig selv.*

Landsforeningen Autisme.

Udkast

Hvis vi vil understøtte bedre sammenhæng for patienterne, stiller det også krav til de fysiske rammer. Vores nuværende aktiviteter er fordelt imellem flere mindre bygninger, og det besværliggør den gode overlevering og overgang, og vi har ikke plads til at tage ordentligt imod vores kolleger i kommunerne og den primære sektor. Det nye center skal derfor gøre det nemmere at bygge broer til omverdenen for både patienter, pårørende og os selv, så vi bedre kan skabe sammenhæng i patienternes forløb og hverdag ved at have plads til og mulighed for at være det åbne og dialogprægede hospital, som vi ønsker.

Udkast

Det har gjort det ekstra bøvlet, at han går i skole i en anden kommune, end hvor vi bor. Vi ved der kommer til at gå et langt stykke tid, hvor han ikke kommer i skole, når vi er færdige her. Der er mange ting, som skal falde på plads og det kommer til at tage tid med alle de møder med sagsbehandlere om, hvad der skal ske. Der står jo ikke nogen behandling klar. Der er et stort gap der.

Mor til skolebarn i dagsbehandling skole.


Udkast

Udkast

Krav til bygningen



Når Nordstjernen i 2025 tager imod den første patient, vil det være i en bygning, der rummer helt andre muligheder end i dag, og som vil være enestående i både form og funktion. Vi har store ambitioner om at være en faglig spydspids og skabe større tryghed og sammenhæng for psykisk syge børn og unge og deres familier. Og som vi har beskrevet, betyder det, at vi vil og skal stille store krav til bygningen. Vi vil selvfølgelig støtte os til de mange velgennemtænkte standarder, der gælder for hospitalsbyggerier, men vi har ambitioner om at gå videre end det.

Med Nordstjernen gør vi en dyd ud af, at vi kan bygge præcis til målgruppen og ikke skal passe ind i et supersygehus. Det betyder, at vi har frihed til at inddrage den nyeste viden om terapeutiske aktiviteter, familieforhold, lys, lyd, farver, indeklima, natur og meget mere og koble den viden til de særlige udfordringer, som møder de børn og unge, der er i kontakt med psykiatrien. Det kan vi gøre i et bæredygtigt, tilgængeligt og fleksibelt byggeri.

Bæredygtigt, fordi vi vil være med til at realisere FNs verdensmål om en grønnere fremtid for os alle sammen. Derfor er det en selvfølge, at vi bygger energieffektivt og fremmer genbrug og genanvendelse i både byggeri og den efterfølgende drift.

Byggeriet skal være tilgængeligt, fordi vi drømmer om en bygning, der inkluderer menneskelig mangfoldighed på tværs af funktionsevne, alder, køn og kultur. Alle skal kunne komme frem til, ind i og rundt i byggeriet på en ligeværdig måde. Byggeriet skal derfor tage udgangspunkt i den enkeltes behov, skabe tryghed og være nem at læse. I stedet for at fokusere på funktionsnedsættelser skal der rettes fokus på funktionsevner. En del af tilgængeligheden handler også om, at byggeriet skal udfordre alle sanser. Mennesker opfatter nemlig ikke kun arkitektur med deres synssans. Lugte-, høre-, smags-, føle-, krops- og balancesansen spiller også ind og er afgørende for at opfylde de grundlæggende funktionsbehov og for at skabe velvære og plads til gode oplevelser i bygningen.

Og byggeriet skal være fleksibelt, fordi vi bygger til fremtiden. Vi ved ikke præcis, hvordan søgningen til psykiatrien samt de konkrete behov hos børn og unge vil udvikle sig i fremtiden. Og vi ved ikke præcis, hvilke behandlingsformer der vil vinde frem. Den usikkerhed skal vi løbende kunne tilpasse os. Samtidig skal bygningen være fleksibel i den forstand, at den skal kunne tilpasse sig de behov, der opstår i løbet af en dag. Der gælder fx særlige krav til fleksibiliteten i medarbejderfaciliteterne, fordi medarbejdernes behov ændrer sig hele tiden – og ofte flere gange i løbet af dagen. Medarbejderne har både brug for at være tilgængelige for patienter og pårørende, men de har også brug for at kunne trække sig tilbage og fordybe sig. Det er derfor vigtigt, at rummene i den nye bygning placeres og indrettes på en måde, så medarbejderne har mulighed for ro, og hvor det samtidig er tydeligt, når de er tilgængelige og kan kontaktes. Bygningen skal med andre ord være som et flerstrenget instrument, der danner en solid klangbund, og som kan spille flere forskellige melodier.

Udkast



Hvad er BUC?

BUC er en del af psykiatrien i Region Hovedstaden. BUC udreder og behandler børn og unge i alderen 0-17 år med alle former for psykiske sygdomme og udviklingsforstyrrelser som fx ADHD, OCD, autisme, psykose og spiseforstyrrelser.

BUC's optageområde er hele Region Hovedstaden, men der modtages også børn og unge fra andre regioner med behov for højtspecialiseret tilbud samt fra Færøerne og Grønland, når der er behov for døgnindlæggelse.

BUC's aktiviteter er i dag fordelt ud på tre hovedadresser, der er geografisk spredt mellem Hillerød, Glostrup og Bispebjerg. Derudover har BUC funktioner spredt på Centervænget i Hillerød, Brønshøjvej og Lersø Park Alle i København, på Vibeholmsvej i Brøndby og i Rønne på Bornholm. Samlet set består BUC i dag af otte døgnafsnit, heraf et akutmodtageafsnit og et afsnit med retspsykiatrisk funktion og 13 ambulatorier. Døgn- og akutafsnittene ligger i Glostrup og Bispebjerg, mens ambulatorierne er fordelt på alle tre matrikler.

Store dele af BUC skal nu samles i Glostrup. Alle døgnafsnit, der nu ligger på Bispebjerg og i Glostrup, samles i Glostrup i den nye bygning sammen med aldersopdelte ambulatorier (småbørn, børn og unge) samt specialambulatorier for spiseforstyrrelser og for spædbørn.

Efter ibrugtagelse af den nye bygning vil alle døgnafsnit være samlet med alle specialambulatorier. Alle tre hovedmatrikler vil derudover have aldersopdelte ambulatorier.

På de efterfølgende sider kan du se, hvilke afsnit der kommer til at udgøre det nye BUC.

Udkast



Døgnafsnit

Barnet eller den unge kan være frivilligt indlagt, indlagt i henhold til forældreansvarsloven eller psykiatriloven. De der er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte, er primært på akutafsnittet og de intensive afsnit. Patienter, hvis tilstand tillader det, kommer hjem i weekenden. Det er erfaringsmæssigt under halvdelen af patienterne. På alle afsnit kan en forælder være medindlagt. Det sker hyppigere jo yngre barnet er. Forældrene inddrages aktivt i indlæggelsesforløbet og behandlingen.

Udkast

Døgnafsnit for spiseforstyrrelser

Her undersøges og behandles børn og unge op til 18 år i et intensivt forløb for en svær spiseforstyrrelse og evt. en anden samtidig psykiatrisk diagnose. Alle børn og unge har som udgangspunkt en forælder medindlagt.

Døgnafsnit for unge

Her undersøges eller behandles unge i alderen 14-17 år for forskellige psykiatriske lidelser.

Intensivt døgnafsnit for unge

Døgnafsnit er for unge i alderen 14-17 år. Målgruppen er psykotiske unge og andre psykisk syge unge, der har brug for intensiv behandling i et beskyttet og lukket miljø. Der modtages både frivilligt indlagte patienter og patienter indlagt uden samtykke i henhold til Psykiatriloven eller Forældreansvarsloven.

Døgn- og dagsafsnit med udvidet ambulant funktion for større børn

På dette afsnit undersøges og behandles børn i alderen 7-13 år med forskellige former for psykiske lidelser. Alle børn har som udgangspunkt en forælder medindlagt.

Intensivt døgnafsnit med retspsykiatri for unge

Dette afsnit er for unge i alderen 14-17 år som på grund af angst, forpinthed, selvmordfare og/eller selvskade har brug for den struktur, ro og forudsigelighed, som et lukket afsnit giver. Afsnittet har også en ungdomsretspsykiatrisk funktion, der varetager bl.a. surrogatfængsling, mentalobservationer samt afsoning af dom. Sidstnævnte kan ske fra 15-17 år – altså med op til 3 år i afsnittet.

Akutafsnit

Her kommer børn og unge under 18 år, der har brug for akut psykiatrisk behandling og støtte hele døgnet. Børn og unge kan enten udskrives efter et kort stabiliserende ophold op til 10 dage eller videresiteres til de øvrige syv døgnafsnit, hvis der er behov for længerevarende indlæggelse.

Ambulatorier

Specialambulatorium for spiseforstyrrelser

Her behandles børn og unge med spiseforstyrrelser i aldersgruppen 4-17 år i Hovedstadsområdet og Bornholm.

Specialambulatorium og dagafsnit for spæd- og småbørn

Ambulatoriet og dagafsnittet er for spæd- og småbørn i alderen 0-36 måneder, hvor der er mistanke om forskellige former for børnepsykiatriske vanskeligheder og udviklingsproblemer. Derudover kan psykisk syge/sårbare gravide og 0-2-årige børn med psykisk syge forældre også henvises hertil med henblik på en forebyggende indsats.

- Ambulatorier for småbørn
  Her udredes og behandles børn i alderen 3-7 år med forskellige børnepsykiatriske vanskeligheder ved ambulant udredning eller for Glostrups og Hillerøds vedkommende kan det også ske under dagindlæggelse.

- Ambulatorier for børn
  For børn i alderen 8-13 år med alle former for psykiatriske lidelser og forstyrrelser af en sådan art eller sværhedsgrad, at det ikke er muligt at undersøge eller behandle i barnets hjemkommune eller i PPR-regi (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning).

- Ambulatorier for unge
  For unge i alderen 14-17 år med alle former for psykiatriske lidelser og forstyrrelser af en sådan art eller sværhedsgrad, at det ikke er muligt at undersøge eller behandle i barnets hjemkommune eller i PPR-regi (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning).

Udkast

Administration og kvalitets- og forbedringsteam

BUC's administration og kvalitets- og forbedringsteam, der understøtter en optimal drift af kerneydelsen i BUC, og løser opgaver for centerledelsen og medarbejderne ude i afsnittene.

Administrationen og kvalitets- og forbedringsteamet består af ca. 20 medarbejdere, der ledes af en administrationschef og en kvalitets- og forbedringschef.

Forskning på BUC

Forskning spiller en central rolle hos BUC. Forskningsenheden arbejder på at styrke sammenhængen mellem ny viden og behandling i ambulatorierne og døgnafsnittene. Børn og unge samt deres familier får således mulighed for at medvirke i forskningsprojekter som skaber ny viden.

På BUC forskes der blandt andet inden for områderne tidlig og forebyggende indsatser, ADHD, OCD, spiseforstyrrelser og autisme. Forskningsenheden består af to professorer, en adjungeret professor, en seniorforsker samt flere deltids seniorforskere, postdoc's, ph.d.-studerende, videnskabelige assistenter og en administrativ støtteenhed.

Udkast

Behandling på BUC

BUC arbejder på at skabe sammenhængende patientforløb med afsæt i den enkeltes styrker, ønsker og mulighed for at deltage i egen behandling. Det faglige fokus er:

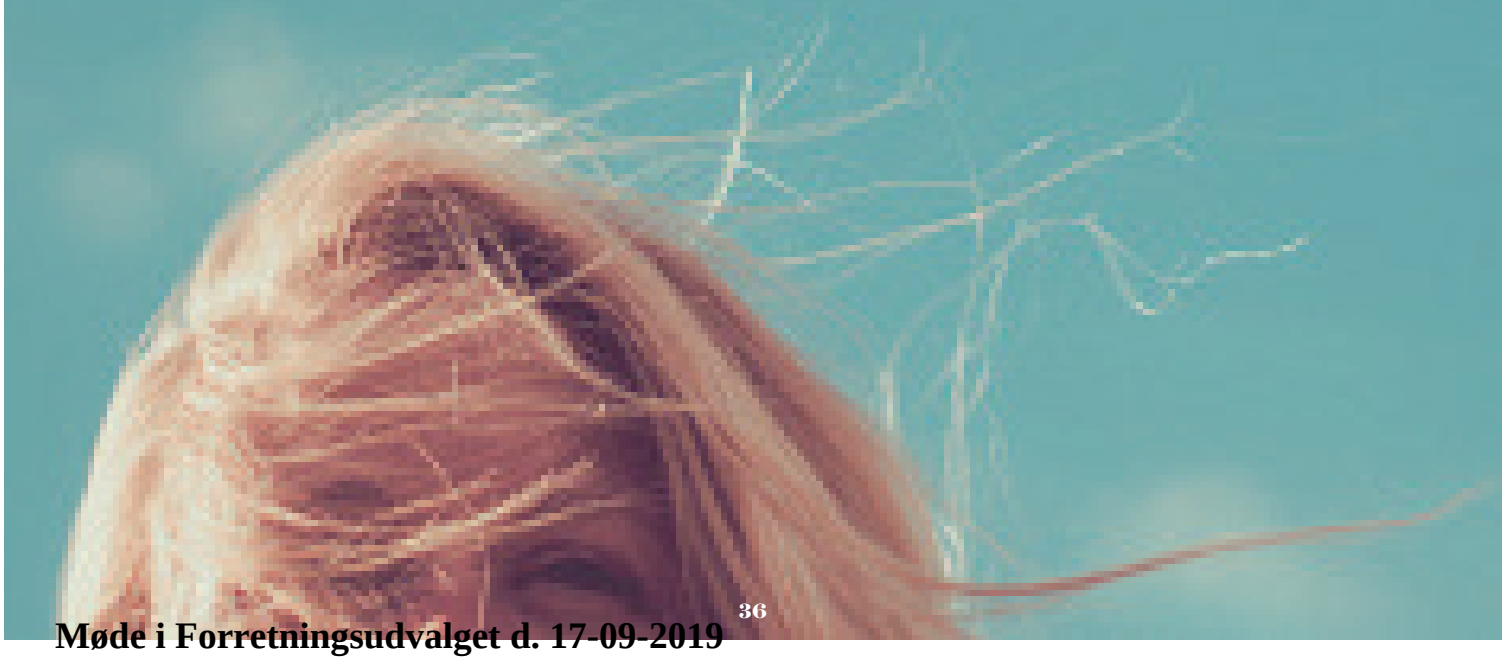
- Recovery og familieinddragelse
- Sammenhængende og sikre forløb
- Mindre tvang
- Kompetente og engagerede medarbejdere

Der er ca. 650 fuldtidsansatte medarbejdere på BUC. Størstedelen af personalet udgøres af læger, sygeplejersker, psykologer, pædagoger, socialrådgivere, lægesekretærer, fysioterapeuter med flere.


Udkast

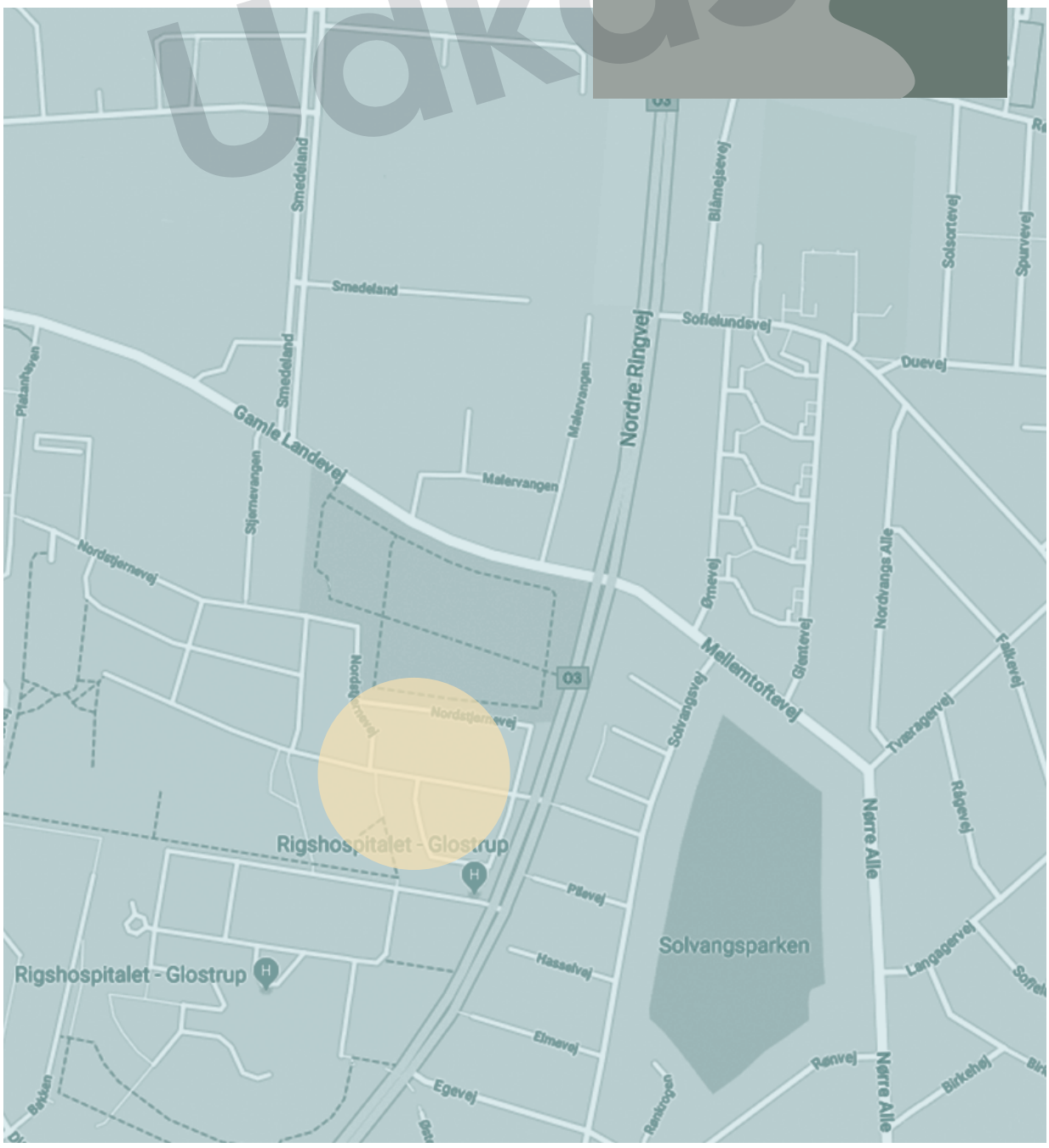
Udkast

Hvor står vi så nu?



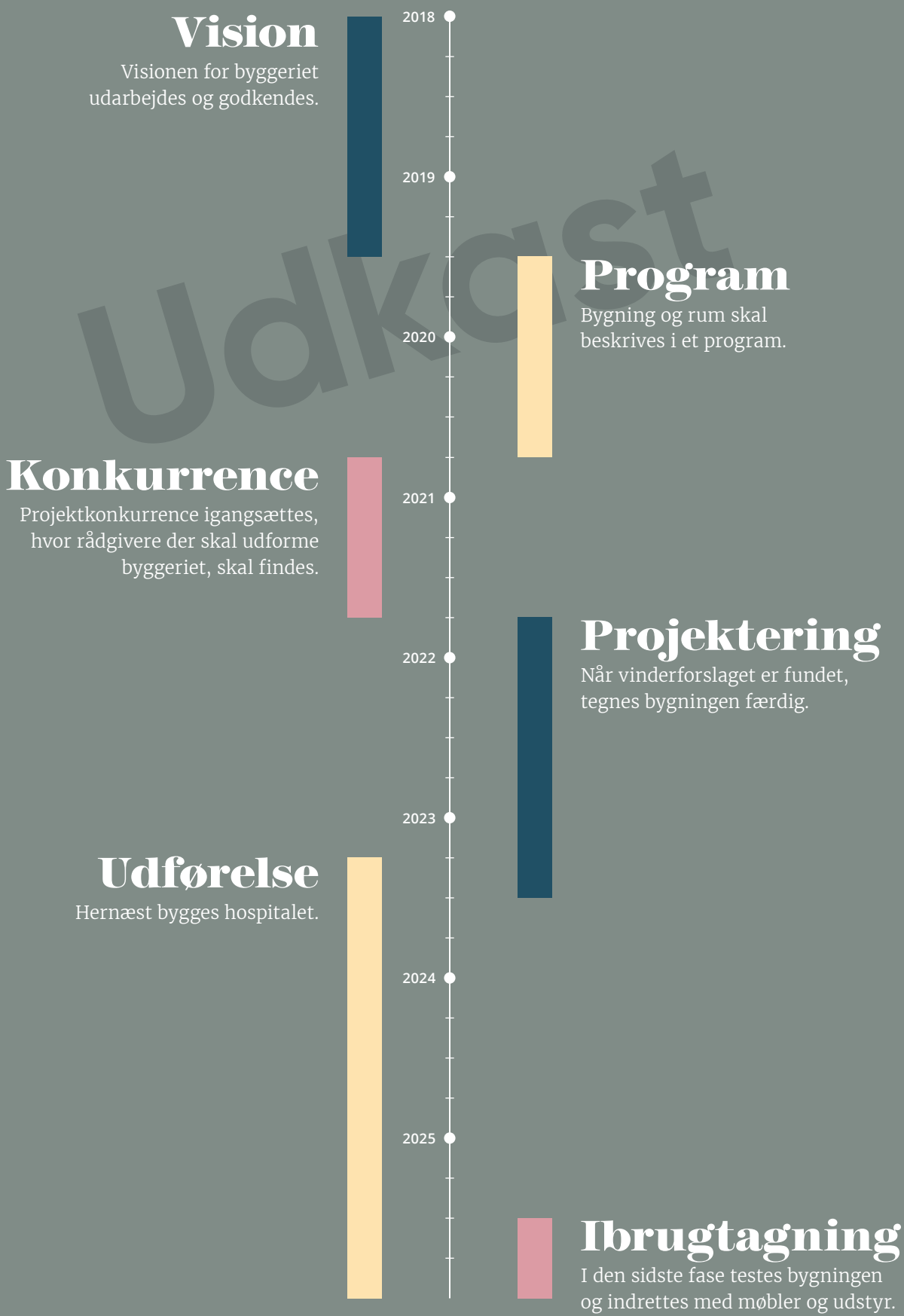
Nordstjernen skal ligge på Nordstjernevej i Glostrup, der er en af BUC's nuværende adresser. Der arbejdes på en etablering af en letbane på Ringvejen, som Nordstjernevej munder ud i. Ved indflytning i 2025 vil der være etableret et stop i umiddelbar nærhed af Nordstjernen.





Udkast

Overordnet tidsplan for udarbejdelse af Nordstjernen



Udkast

Udkast



BRUGERNE INDDRAGES LØBENDE

Visionen for Nordstjernen er skabt i en proces helt tæt på brugerne. Det har givet os en dyb viden om, hvad der gør en forskel for det gode forløb og den gode behandling. Uanset, om man er patient, pårørende, medarbejder eller samarbejdspartner. Brugerinddragelsen bliver også et vigtigt værktøj og metodisk greb i den fremadrettede proces, hvor vi vil tage brugerne med på råd i alle faser og bruge indsigterne fra brugerrejserne i udarbejdelsen af det endelige design. Vi er fortrolige med denne metode fra det nye "BørneRiget", der opføres på Rigshospitalet, og vi er trygge ved at overføre teknikkerne til den nye børne- og ungdomspsykiatri.

En række kortlagte brugerrejser vil fremadrettet kunne hjælpe os med at prioritere, hvilke faciliteter og sammenhænge, der skal være i Nordstjernen. Skal vi have to "krearum" til hvert sengeafsnit – eller kan de dele? Hvor skal personalerummet helst ligge – midt i afsnittet eller lidt afsides? Vi skal bruge alle kvadratmeter klogt, så de skaber mest værdi for brugerne og giver mulighed for trygge lommer af normalitet i unormale tider.

Alene det at bruge brugerrejserne intenst i et forløb omkring design af et helt hospital vil være unikt og vil kunne give inspiration til andre dele af sundhedsvæsenet både i og uden for landets grænser.

FINANSIERING

En teknisk foranalyse vurderer, at der med visionen er behov for et nybyggeri af en størrelse, der vil koste i omegnen af 700 mio. kr. Bygningens dimensioner – og dermed også beløbets størrelse – vil blive præciseret yderligere i de næste faser af projektforberedelserne.

Som udgangspunkt vil nye og bedre fysiske rammer til BUC skulle søges finansieret inden for regionens økonomiske rammer. Men vores ambitionsniveau er højt. Rammerne skal ikke blot være nye og bedre – de skal være ekstraordinære, så vi kan lykkes med vores vision om at skabe et fyrtårn for børne- og ungdomspsykiatrien. Derfor er det vores håb og ønske, at vi kan samarbejde med en eller flere private fonde om medfinansiering af nye koncepter, ekstraordinære funktioner og bygningskvaliteter, der kan give hospitalet den flyvehøjde, vi drømmer om.

> *Vi tror på, at partner-skaber mellem de offentlige tilbud, private aktører og civilsamfundet rummer de mest lovende perspektiver.*

Sophie Hæstorp Andersen, Regionsrådsformand.


Udkast

Udkast

Bilag

Udkast

- Faglig Ambition for BUC, 2018
- Region Hovedstadens Psykiatris 3-års plan, 2019-2021
- Brugeranalyse, 2019
- Interessentinterviews, 2019
- Årsrapporter for forskningsenheden, 2017 og 2018

Ovenstående dokumenter og analyser har dannet grundlag for denne publikation.
De relevante bilag kan rekvireres hos:

Region Hovedstaden
Center for Ejendomme
Telefon: 38 66 50 00
www.regionh.dk/cej



Kontakt

Adresse
Tel.
E-mail
MM

Punkt nr. 24 - Vision for et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk center
Bilag 2 - Side -1 af 26

Nyt BUC
Visionsproces

Social- og psykiatriudvalget 28. august 2019

Møde i Forretningsudvalget d. 17-09-2019

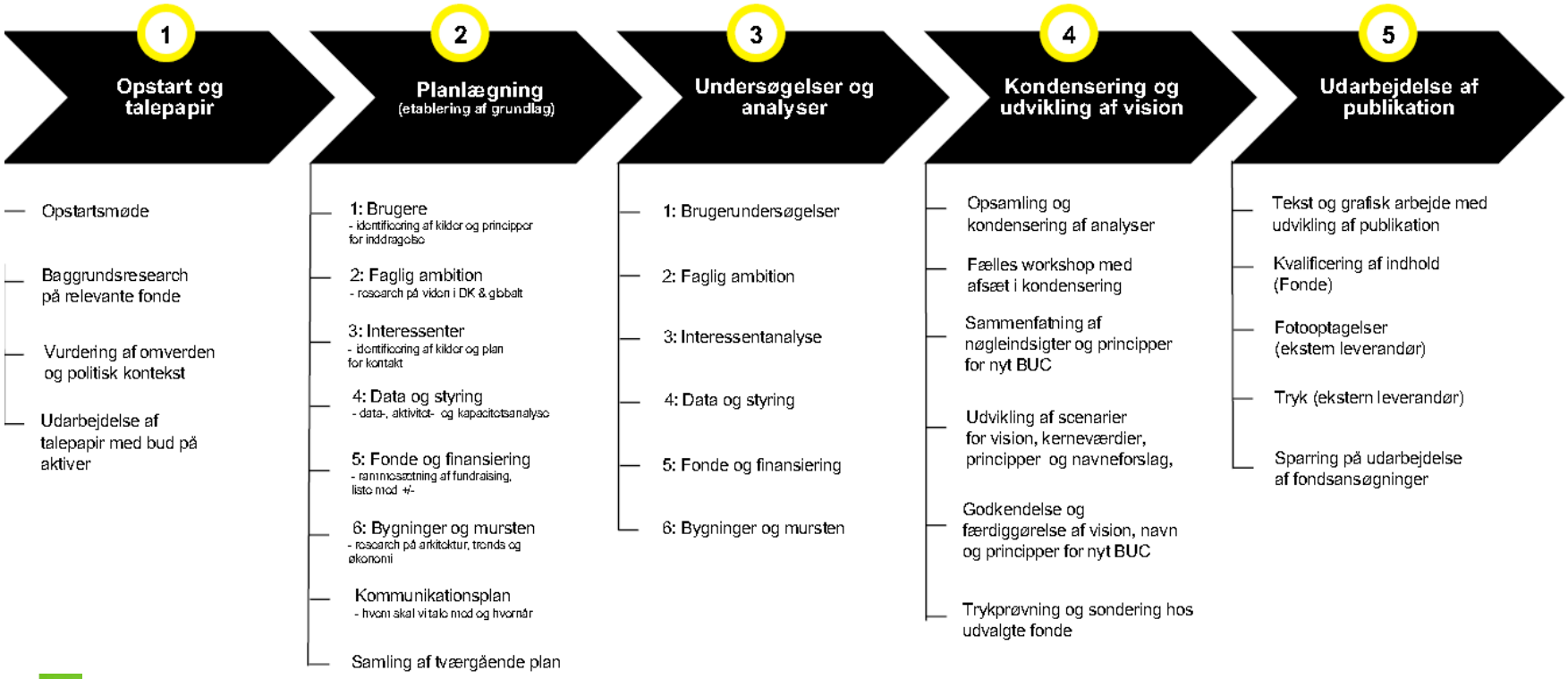
Indhold

- Hvorfor er dette byggeri nødvendigt
- Processen frem til nu
- Brugerundersøgelsens indsigter & de seks spor
- Visionen & pejlemærkerne
- Processen fremadrettet

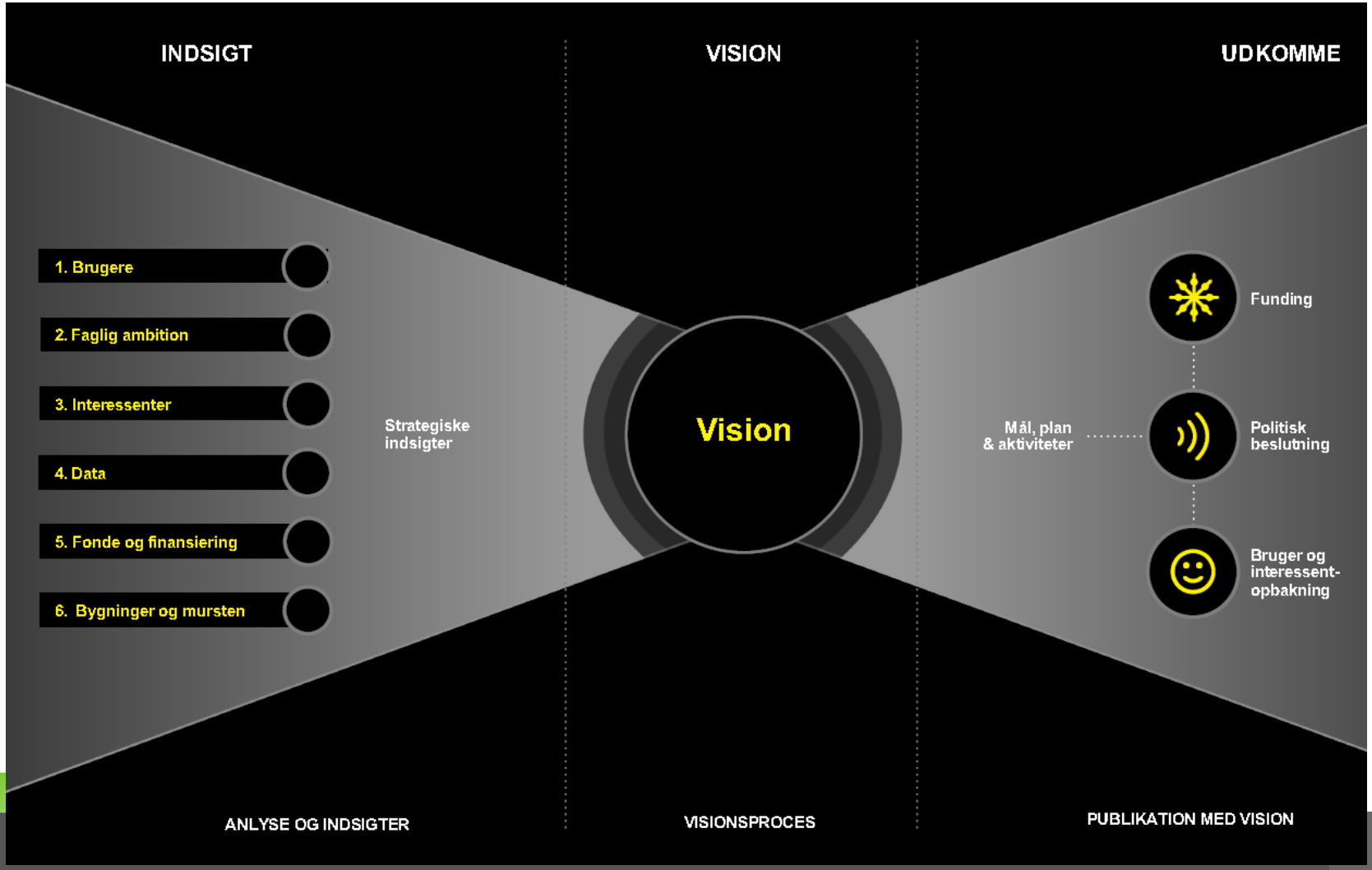
Hvorfor er dette byggeri nødvendigt?

- Børne- og ungdomspsykiatrien i dag er vokset ud af sine fysiske rammer. Stigende aktivitet.
- Centeret bor i dag spredt i trange bygninger, der ikke tilgodeser familien og de nyeste terapeutiske metoder.
- En ambition om en ny hospitalsfunktion skræddersyet til at rumme børn, unge og familier, at skabe en fornemmelse af hverdag
- I dag: små stuer, få opholdsrum, få badeværelser og nogle gange nedslidte udearealer

Processen frem til nu



Processen frem til nu



De seks indsigter

9

Afsættet

Når sindet er ude af balance, er det afgørende, at omgivelserne er i balance

Princip #1
Fleksibilitet som standard

Giv plads til forskellige menneskers forskellige behov på forskellige tidspunkter

Indsigt
Situationen og behovene er forskellige og ændrer sig på BUC fra afsnit til afsnit, patient til patient, dag til dag og time til time.

Princip #2
Et normalt liv i unormale tider

Skab normalitet og hjemlighed i unormale rammer

Indsigt
Patienter og forældre er i en ukendt og utryg ramme og søger efter ethvert lille glimt af det genkendelige, hjemlige og normale.

Princip #3
Tilgængelig ro

Find balancen mellem ro, fællesskab og tilgængelighed

Indsigt
Patienter og forældre har brug for privatliv og medarbejdere har brug for ro til at kunne fordybe sig, og samtidig har alle tre brug for adgang til og fællesskab med hinanden.

Princip #4
Den lille store forskel

Sæt spot på de små afgørende detaljer

Indsigt
I en sårbar situation bliver detaljer, der ellers kan virke ubetydelige, pludselig helt afgørende.

Princip #5
Sammenhæng og samspil

Byg bro til omverdenen og sammenhæng i patienternes forløb

Indsigt
For patienter og pårørende er forløbet på en afdeling ikke en enkeltstående oplevelse, men en del af en lang og kaotisk rejse gennem både systemet og BUC.

Punkt nr. 24 - Vision for et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk center
Bilag 2 - Side 7 af 26





Vores vision er . . .

- *. . .at bygge en enestående børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsbygning med plads til familien. Vi vil skabe et internationalt fyrtårn inden for børne- og ungdomspsykiatrien.*

Vi vil inddrage . . .

- *. . . barnets og den unges netværk af familie, venner, kontaktpersoner og professionelle voksne fra hverdagen, så vi kan sikre et godt patientforløb – både før, under og efter tiden i psykiatrien.*

Kort sagt . . .

- *. . . vi vil skabe et trygt hospital for børn og unge med psykisk sygdom – både for dem, der er her i ambulant behandling, og dem, der skal bo på BUC i lidt længere tid.*



Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark er langt fremme efter international målestok. Med et nyt byggeri, der er designet efter de nyeste principper for udredning, behandling og familieinddragelse, kan vi nå endnu videre – og vi kan sætte retning og danne skole for behandling af børn og unge med psykiske lidelser – både herhjemme og i udlandet. Vi fokuserer på tre pejlemærker, som er fundamentale for at indfri visionen: trygge rammer, faglig spydspids og bedre sammenhæng.

TRYGGE RAMMER

Tryghed er et grundvilkår. Både for den gode behandling og for det trygge og værdige liv for de børn, unge, forældre og pårørende, der påvirkes af psykisk sygdom. Det kan være en voldsom oplevelse for enhver familie at møde psykiatrien. Uanset, om der er tale om ambulante forløb eller længere indlæggelser på døgnafsnittene, er familierne i en ekstremt sårbar situation. Derfor er det altafgørende, at vi formår at skabe rammerne for en tryg periode for hele familien. Hvor man kan finde ro og støtte, og hvor der er plads til at leve en hverdag, der ligner den, man gerne vil have derhjemme.

FAGLIG SPYDSPIDS

Som det største børne- og ungdomspsykiatriske center i landet, skal vi yde den bedste udredning og behandling til børn, unge og deres familier. Vi bærer samtidig et ansvar for at videreudvikle og forbedre os. Med byggeriet får vi en enestående mulighed for at skabe et sted, hvor vi kan netop det. Vi vil skabe en hospitalsbygning, hvor patientbehandling, forskning og uddannelse smelter sammen. Hvor vi kan bidrage til at øge vidensniveauet om børne- og ungdomspsykiatri lokalt, nationalt og globalt – så vi kan drive udviklingen og flytte grænserne for god børne- og ungdomspsykiatri ind i en fremtid med bedre behandlingsmuligheder og mere værdi for patienterne.

BEDRE SAMMENHÆNG

For patienter og pårørende står mødet med børne- og ungdomspsykiatrien sjældent alene, men som en del af en lang og ofte kaotisk rejse. De har typisk været i kontakt med en række fagpersoner fra den praktiserende læge over inklusionspædagogen i børnehaven til sagsbehandleren i kommunen og speciallægen i psykiatrien. Vi ved med sikkerhed, at et struktureret og tillidsfuldt samarbejde mellem hospitalspsykiatrien, kommuner og primær sektor om et sammenhængende forløb er afgørende for at forebygge, udrede og få effekt af behandlingen. Vi vil bygge et åbent børne- og ungdomspsykiatrisk center, der inviterer til inddragelse og dialog, og hvor samarbejde med udgangspunkt i patientens ønsker er en selvfølge.



> *Når sindet er ude af balance, er det afgørende, at omgivelserne er i balance.*

> *Det føles sygeliggørende at være her. På den lukkede del af afsnittet er de andre patienter virkelig dårlige og man er låst helt inde og skal trække luft i et jernbur. Det er et hårdt slag at skulle se sig selv eller sin datter i så syg en position.*
>
> Mor på afsnit for børn og unge med spiseforstyrrelser.

TRYGGE RAMMER

Tryghed er et grundvilkår. Både for den gode behandling og for det trygge og værdige liv for de børn, unge, forældre og pårørende, der påvirkes af psykisk sygdom. Det kan være en voldsom oplevelse for enhver familie at møde psykiatrien. Uanset, om der er tale om ambulante forløb eller længere indlæggelser på døgnafsnittene, er familierne i en ekstremt sårbar situation. Derfor er det altafgørende, at vi formår at skabe rammerne for en tryg periode for hele familien. Hvor man kan finde ro og støtte, og hvor der er plads til at leve en hverdag, der ligner den, man gerne vil have derhjemme.

Punkt nr. 24 - Vision for et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk center
Bilag 2 - Side -14 af 26

Der ses generelt fortsat behov for specialisering inden for det børne- og ungdomspsykiatriske speciale. Samtidig lægges der i øget omfang vægt på fagligt bæredygtige enheder med god mulighed for at etablere stærke faglige miljøer og opbygning af erfaring.

Sundhedsstyrelsens Specialeplan for Børne- og Ungdomspsykiatri 2019.

Udkast



FAGLIG SPYDSPIDS

Som det største børne- og ungdomspsykiatriske center i landet, skal vi yde den bedste udredning og behandling til børn, unge og deres familier. Vi bærer samtidig et ansvar for at videreudvikle og forbedre os. Med byggeriet får vi en enestående mulighed for at skabe et sted, hvor vi kan netop det. Vi vil skabe en hospitalsbygning, hvor patientbehandling, forskning og uddannelse smelter sammen. Hvor vi kan bidrage til at øge vidensniveauet om børne- og ungdomspsykiatri lokalt, nationalt og globalt – så vi kan drive udviklingen og flytte grænserne for god børne- og ungdomspsykiatri ind i en fremtid med bedre behandlingsmuligheder og mere værdi for patienterne.



> *Det er jo børnelægen som starter det og sender en henvisning til børnepsyk. Hun har ikke været med videre, det er bare det. Vi ser og hører intet til hende og tror heller ikke at de (BUC) har kontakt til hende.*
>
> Mor til barn i ambulant behandling.

BEDRE SAMMENHÆNG

For patienter og pårørende står mødet med børne- og ungdomspsykiatrien sjældent alene, men som en del af en lang og ofte kaotisk rejse. De har typisk været i kontakt med en række fagpersoner fra den praktiserende læge over inklusionspædagogen i børnehaven til sagsbehandleren i kommunen og speciallægen i psykiatrien. Vi ved med sikkerhed, at et struktureret og tillidsfuldt samarbejde mellem hospitalspsykiatrien, kommuner og primær sektor om et sammenhængende forløb er afgørende for at forebygge, udrede og få effekt af behandlingen. Vi vil bygge et åbent børne- og ungdomspsykiatrisk center, der inviterer til inddragelse og dialog, og hvor samarbejde med udgangspunkt i patientens ønsker er en selvfølge.

Den videre proces

- Afslutning af visionsarbejdet, efter kommentarer fra udvalg og råd
- Programfase efterår 2019 – efterår 2020
  - Brugerrejser (patientforløbsbeskrivelser)
  - Oversættelse af vision til paradigmer for udformning af byggeriet
    - Tekniske forhold og Rum, nærheder og arealer
  - Myndighedsforhold, udbudsstrategi og entrepriseform, finansiering m.m.

Programfasen

- Programfasen løber ca. et år
- Programfase starter *hvis* projektet får godkendelse til igangsætning af næste fase i Regionsrådet september 2019
- To parallelle processer: rum og teknik. Dette omhandler rum.
- Beskriver alle *behov* omkring bygningen fra det strategiske til den konkrete indretning af afsnit og rum
- Alt beskrives efter en intensiv brugerinddragelsesproces Klinikere, patienter, pårørende, specialister og rådgivere inddrages
- Gældende standarder indarbejdes

Brugergrupper i efteråret 2019

- Første møde ultimo september
- 11 grupper omkring indholdet i bygningen:
  - To grundlæggende og strategiske
  - Syv organiseret efter afsnit
  - To tværgående
- Deltagere udpeges ultimo august

1	*Brugerrejser & forløb*
2	*Bygningens principper & sammenhæng*
3	Ambulatorieafsnit
4	Ankomst & café
5	Dagafsnit
6	Døgnafsnit
7	Forskning, mødecenter & kontorer
8	Service, logistik & køkkenarealer
9	Skole
10	*Kunst, farver, inventar & materialer*
11	*Leg, uderum & bevægelse*

Patient- og pårørendeinddragelse

- Gruppen med brugerrejser vil inddrage patienter og pårørende i dataindsamling
- Øvrige brugergrupper efterår 2019 er en faglig oversættelse af brugerinput fra vision- og brugeranalyse
- Programmet valideres midtvejs og afslutningsvist af patienter og pårørende m.fl.
- Patient-pårørende inddragelse intensiveres igen

Punkt nr. 24 - Vision for et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk center
Bilag 2 - Side -22 af 26

Finansiering af projektet

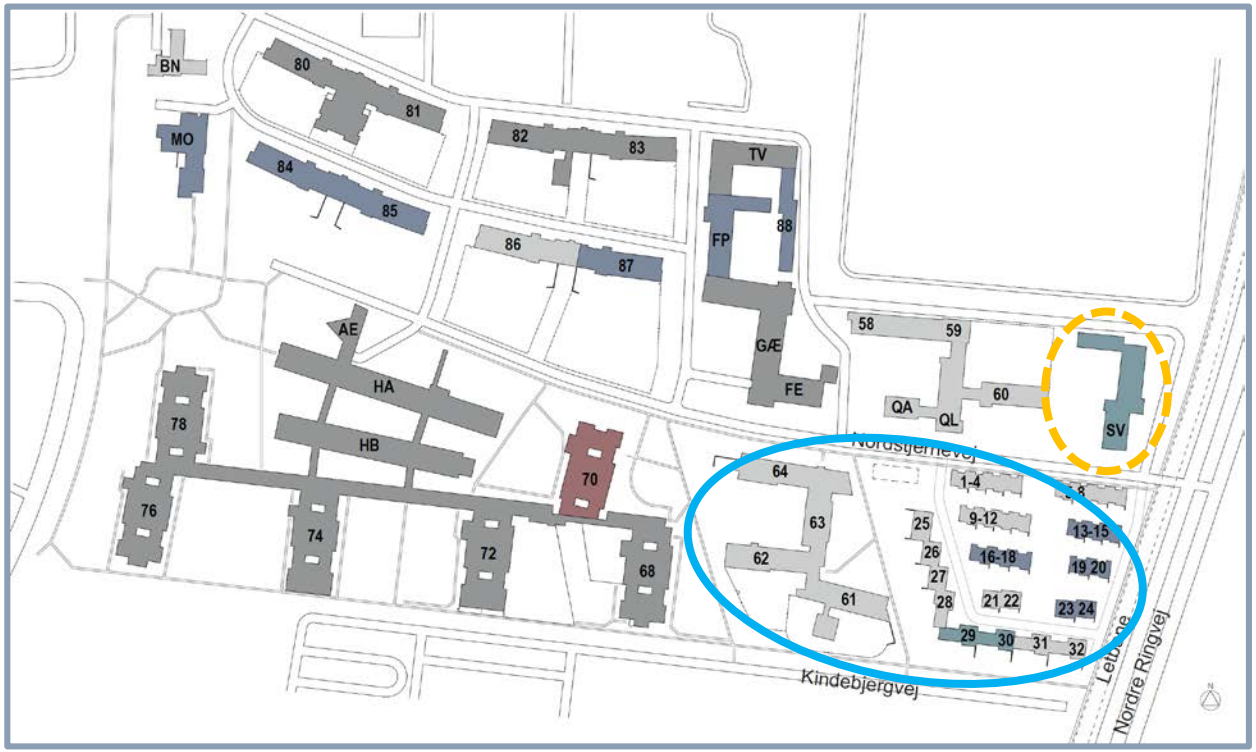
- Regionens efterslæb (renoveringsplan og udestående kvalitetsløft)
- Råderum i anlægsloft kun 850-900 mio. kr. om året, der de næste 3-4 år er disponeret til andre store projekter. Herefter renoveringsplan.
- **O**ffentligt **P**rivat **P**artnerskab om finansiering, opførelse og efterfølgende drift af bygningen – mange fordele: innovation i det offentlige og ejendomsleasing
- Deponeringspligt imødegås ved ansøgning i årlig OPP-pulje
- Derfor peges på hovedfinansiering ved gennemførelse af projektet som OPP
- Tilbagebetaling over driftsbudgettet
- Ambitionsniveau for projekt kunne måske også give mulighed for fondsstøtte for en mindre andel

Mulig tidsplan

Aktivitet	Periode
Programfase	September 2019 – efterår 2020
Konkurrencefase og kontrakt	Efterår 2020 – ultimo 2021
Udførelsesfase	
• Færdigprojektering	2022 – 2023
• Udførelse	2023 – 2025

Punkt nr. 24 - Vision for et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk center
Bilag 2 - Side -25 af 26

Arealbehov for et byggefelt



Punkt nr. 24 - Vision for et nyt børne- og ungdomspsykiatrisk center
Bilag 2 - Side -26 af 26

