

Notat

Afdækning af senhjerneskode-indsatsen i kommuner
under Kommunekontaktråd Sjælland

Februar 2014



Notat

Afdækning af senhjerneskode-indsatsen i kommuner under Kommunekontakttråd Sjælland

Kommunekontakttråd Sjælland har besluttet at iværksætte et analysearbejde til afdækning af indsatsen for senhjerneskedede borgere i de 17 kommuner i region Sjælland. Analysearbejdet skal bestå af en årlig survey, der afdækker kommunernes kvalitetsstandarder for senhjerneskode-indsatsen sat i relation til kvalitetsmål for indsatsen, som den er defineret af Sundhedsstyrelsen (forløbsprogram) og KL (10 anbefalinger for kommunernes indsats).

For kommunerne er det vigtigt, at kunne tilbyde borgere med hjerneskode en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats. Succesmål for rehabiliteringsindsatsen er at få borgernes hverdagsliv til at fungere med bolig, job/uddannelse, familie og netværk. Det forudsætter, at kommunerne har dækkende tilbud og neurofaglige kompetencer, og at alle relevante fagaktører samarbejder om indsatsen. Det forudsætter imidlertid også, at kommunerne samarbejder på tværs af kommunegrænserne omkring specialiserede tilbud.

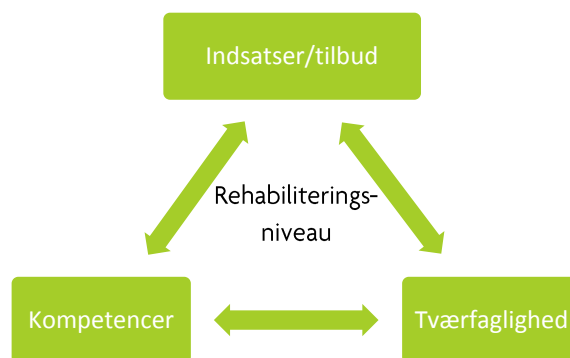
LG Insight har bistået sekretariatet for Kommunekontakttråd Sjælland med udarbejdelse af spørgeskema, gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen og analyse af data. I dette notat præsenteres undersøgelsens resultater. Fremover vil sekretariatet selv gennemføre årlige undersøgelser af kommunernes niveauer for rehabiliteringsindsatsen for senhjerneskedede borgere,

Kommunernes rehabiliteringsniveau

Som udtryk for rehabiliteringsniveauet i kommunerne har undersøgelsen haft fokus på tre centrale temaer:

1. Indsatser/tilbud til hjerneskedede borgere – dvs. om indsatsen iværksættes på rette tid og med dækkende kvalitet
2. Kompetenceniveauet hos de kommunale medarbejdere i rehabiliteringsindsatsen – dvs. om aktørerne besidder nødvendige neurofaglige kompetencer i forhold til at sikre dækkende kvalitet
3. Tværfaglig kultur og praksis i indsatsen – dvs. om alle relevante aktører samarbejder for at skabe helhed og koordination i indsatsen

Kommunernes rehabiliteringsniveau er således en sammenvæjet vurdering af kommunernes praksis og resultater inden for de tre temaområder:



Spørgeskemaet omfatter en række spørgsmål, som afdækker kommunernes kvalitetsniveauer inden for de tre områder. Spørgeskemaet er besvaret af medarbejdere i kommunerne med stor indsigt i kommunens rehabiliteringsindsats for borgere med hjerneskade – typisk hjerneskadekoordinatorerne.

I dette notat præsenteres undersøgelsens resultater. Der er lagt vægt på en generel fremstilling af resultater, hvorfor resultaterne for de enkelte kommuner ikke præsenteres. Der er også lagt vægt på at fremhæve områder, hvor kommunerne i region Sjælland kan samarbejde om at styrke indsatsen – f.eks. samarbejdet mellem kommuner og sygehusene, specialiserede tilbud m.m.

Først beskrives hvor mange borgere med senhjerneskade de enkelte kommuner har haft i 2013. Herefter struktureres præsentationen af undersøgelsens resultater efter de tre temaer som rehabiliteringsniveauet omfatter.

Antal borgere med senhjerneskade i kommunerne

De kommunale aktører vurderer, at der i alt er startet 1.114 nye sager i 2013, hvor borgere har brug for en rehabiliteringsindsats i forbindelse med en hjerneskade. Det fremgår af tabel 1, at hovedparten af borgerne ved udskrivningen fra sygehuset har en genoptræningsplan (GOP). Det drejer sig om 938 borgere (svarende til 84 pct.), mens 176 borgere ikke havde en genoptræningsplan.

Set i forhold til kommunernes befolkningstal er der nogen forskel på hvor mange nye sager kommunerne vurderer at have fået i 2013. Enkelte kommuner vurderer at have fået forholdsmæssig mange nye sager – målt i forhold til kommunens størrelse. Det drejer sig om Odsherred, Roskilde, Lejre, Sorø, Lolland og Næstved Kommune. Derimod har Vordingborg, Stevn og Solrød relativt få nye sager, mens Kalundborg Kommuner angiver, at de slet ingen nye sager har.

Tabel 1. Antal nye sager i 2013, hvor borgeren har brug for en rehabiliteringsindsats grundet senhjerneskade. Kommuner i region Sjælland:

Kommuner	Hvor mange nye sager, hvor borgeren har en GOP, skønner kommunen at have fået i 2013?	Hvor mange nye sager, hvor borgeren ikke har en GOP, skønner kommunen at have fået i 2013?	I alt
Slagelse Kommune	61	11	72
Næstved Kommune	150	0	150
Guldborgsund Kommune	54	1	55
Sorø Kommune	60	10	70
Solrød Kommune	7	4	11
Roskilde Kommune	157	60	217
Faxe Kommune	28	0	28
Greve Kommune	22	15	37
Holbæk Kommune	80	5	85
Lolland Kommune	95	1	96
Vordingborg Kommune	15	10	25
Kalundborg Kommune	0	0	0
Lejre Kommune	43	22	65
Stevns Kommune	9	2	11
Odsherred Kommune	100	20	120
Køge Kommune	35	5	40
Ringsted Kommune	22	10	32
I alt – region Sjælland	938	176	1.114

Kilde: LG Insight, Spørgeskemaundersøgelse 2013: N=17

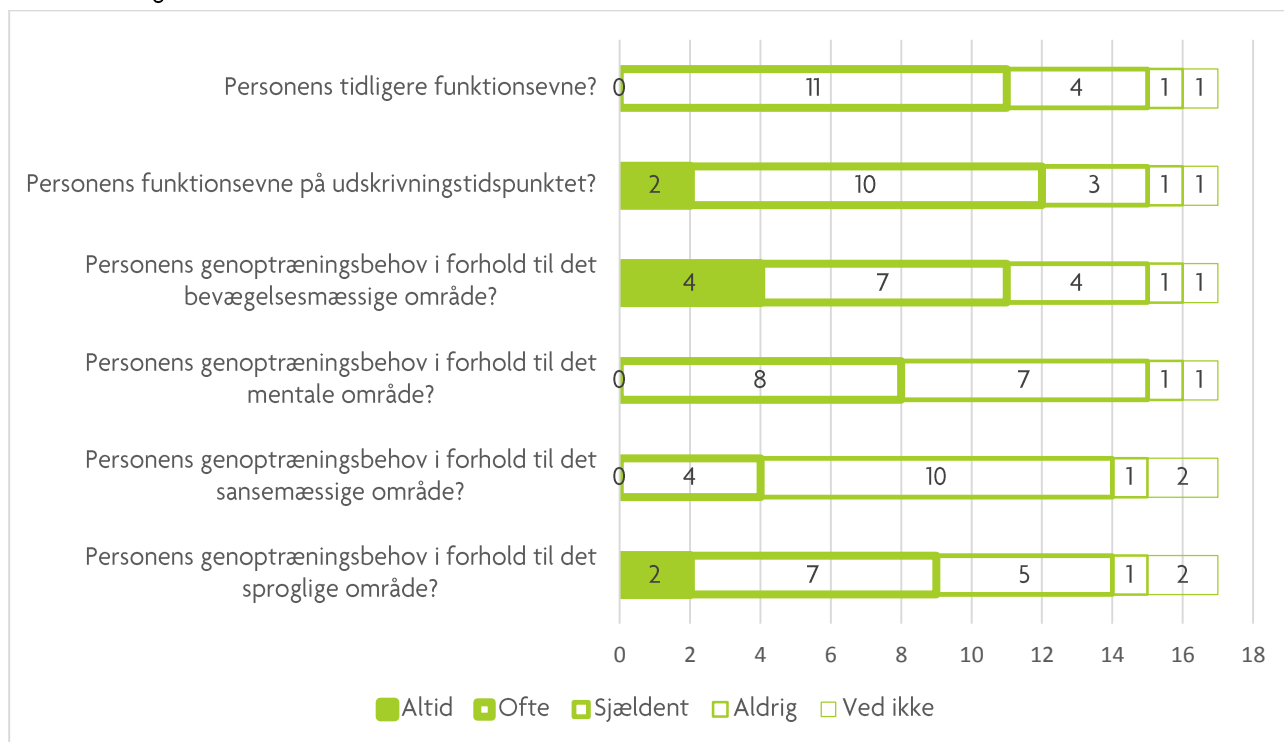
Indsatser og tilbud til borgere med senhjerneskade

En forudsætning for en hurtig og dækkende kommunal rehabiliteringsindsats er, at borgeren ved udskrivning fra sygehuset har en genoptræningsplan, og at planen indeholder træffende beskrivelser af borgerens behov for genoptræning. Det fremgik tidligere, at 84 pct. af borgerne ved udskrivningen fra sygehus havde en genoptræningsplan. I spørgeskemaundersøgelsen har kommunerne vurderet kvaliteten af genoptræningsplanerne – jf. figur 1 næste side.

Hovedparten af kommunerne vurderer, at genoptræningsplanerne generelt (ofte) er dækkende i forhold til personens tidligere funktionsevne og funktionsevne ved udskrivningen fra sygehuset. Der er ligeledes en overvægt af kommuner, som finder, at planerne (altid eller ofte) indeholder dækkende beskrivelser af patienternes genoptræningsbehov i forhold til det bevægelsesmæssige område.

Derimod finder flere af kommunerne, at genoptræningsplanerne er mangelfulde i forhold til beskrivelse af mentale og sansemæssige område.

Figur 1. Hvor ofte oplever kommunerne i region Sjælland, at genoptræningsplanen indeholder dækkende beskrivelse i forhold til følgende områder?



Kilde: LG Insight, Spørgeskemaundersøgelse, N=17 kommuner

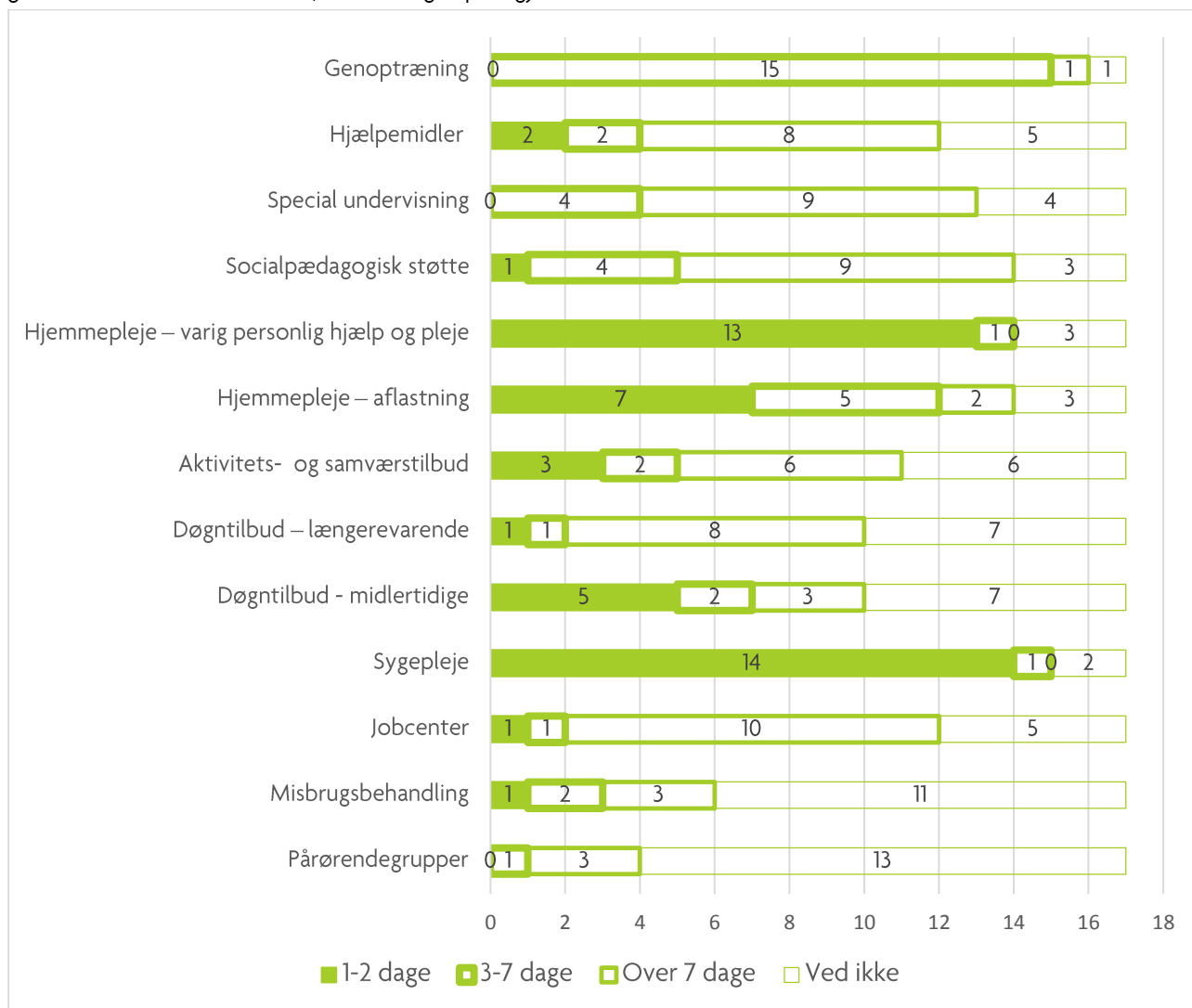
Et kvalitetsmål for den kommunale rehabiliteringsindsats er, at denne iværksættes umiddelbar efter udskrivningen fra sygehuset. KL's mål er, at kommuner inden for én uge skal have kontaktet borgeren og givet borgeren en plan for genoptræningsforløbet. I spørgeskemaundersøgelsen har kommunerne i region Sjælland vurderet, hvornår forskellige tilbud iværksættes – jf. figur 2. næste side.

15 kommuner har kontakt med borgeren inden for én uge og har påbegyndt tilbud om genoptræning. Kun én kommune opfylder ikke dette kvalitetsmål, mens én kommune er usikker og svarer "ved ikke".

Kommunerne iværksætter hurtigt – inden for 1-2 dage – sygepleje og hjemmepleje. Godt halvdelen af kommunerne giver døgntilbud inden for den første uge.

Det bemærkes, at en gruppe kommuner svarer "ved ikke" til spørgsmålene om, hvornår kommunen iværksætter tilbud som f.eks. aktivitets- og samværstilbud, døgntilbud, misbrugsbehandling og hjælpemidler. Manglende viden om disse spørgsmål kan indikere graden af samarbejde mellem aktørerne. Dette tema behandles særskilt senere i notatet, men det er især bemærkelsesværdigt at så stor en andel ikke ved, hvornår døgntilbud gives.

Figur 2. Når kommunen har identificeret behov for en rehabiliterende indsats, hvor lang tid går der så (anslået) i gennemsnit før selve indsatsen/behandlingen påbegyndes?

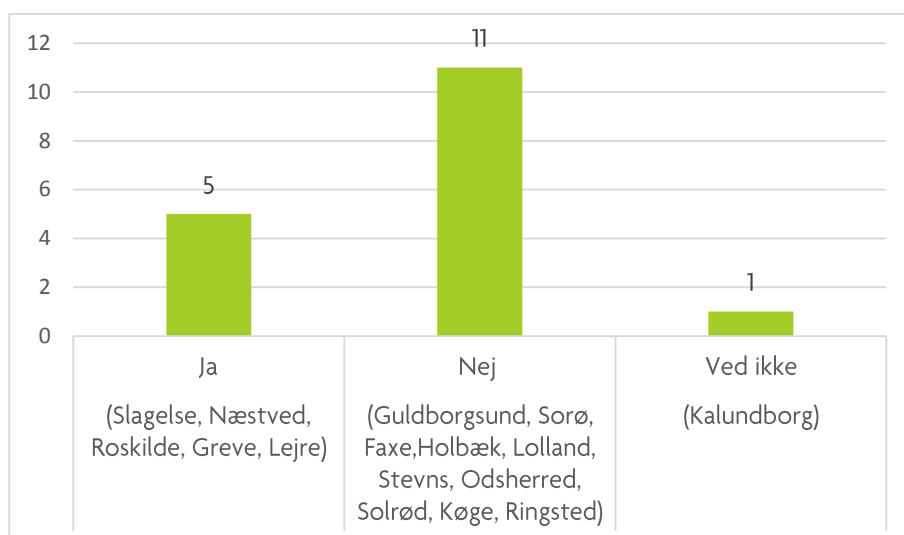


Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, N=17 kommuner

KL anbefaler desuden, at kommunerne skal have klare og tilgængelige visitationsretningslinjer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. Disse visitationsretningslinjer skal bl.a. gøre det synligt over for borgere med en hjerneskade, hvilken indsats, de kan forvente, herunder hvilke specialiserede hjerneskadetilbud, som den enkelte kommune samarbejder med.

5 kommuner i region Sjælland har klare og tilgængelige visitationskriterier for hjerneskadeindsatsen. Det drejer sig om Slagelse, Næstved, Roskilde, Greve og Lejre Kommune. 11 kommuner har ikke retningslinjer.

Figur 3. Har kommunen klare og tilgængelige visitationskriterier for hjerneskadeindsatsen?



I undersøgelsen har kommunerne oplyst, hvor mange borgere, der i 2013 blev visiteret til et specialiseret tilbud. I alt er 57 borgere visiteret til et specialiseret tilbud. Det svarer til, at 5 pct., af alle nye sager i 2013 krævede en specialiseret indsats, hvilket kan ses som et udtryk for, at deres hjerneskade er kompleks.

Tabel 2. Antal borgere visiteret til specialiseret tilbud i 2013

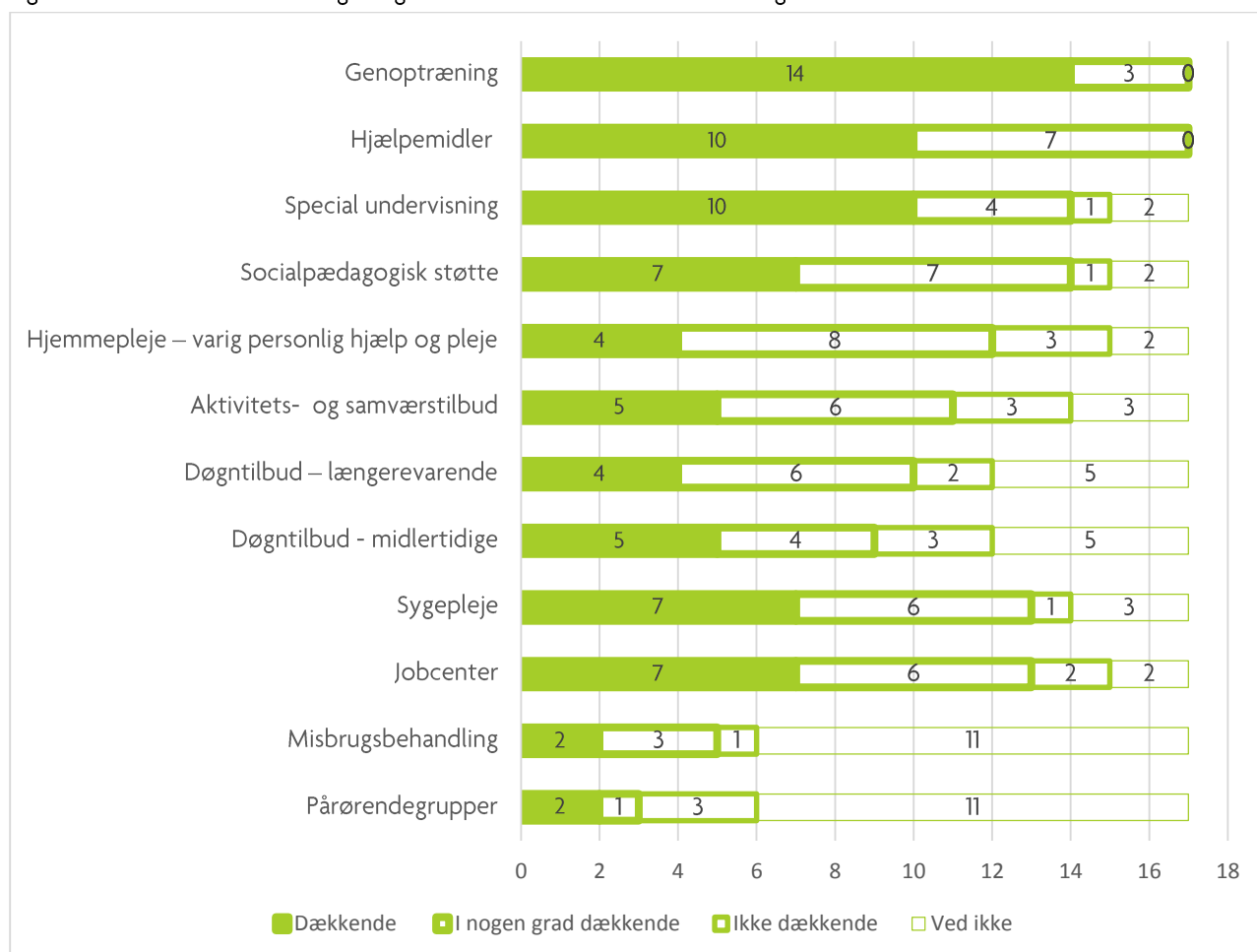
Kommuner	Visiteret til specialiseret tilbud
Slagelse Kommune	1
Næstved Kommune	3
Guldborgsund Kommune	1
Sorø Kommune	4
Solrød Kommune	1
Roskilde Kommune	4
Faxe Kommune	3
Greve Kommune	13
Holbæk Kommune	10
Lolland Kommune	9
Vordingborg Kommune	0
Kalundborg Kommune	0
Lejre Kommune	0
Stevns Kommune	2
Odsherred Kommune	2
Køge Kommune	4
Ringsted Kommune	0
I alt - region Sjælland	57

Kommunerne har vurderet om kommunens egne tilbud i rehabiliteringsindsatsen er dækkende i forhold til borgernes behov. Kommunernes svar fremgår af figur 4. Det fremgår, at kommunerne generelt vurderer, at de kommunale tilbud enten er dækkende eller i nogen grad er dækkende.

Kommunerne vurderer især, at genoptræningstilbud, hjælpemidler og specialundervisningstilbud er dækkende. Kommunerne vurderer, at socialpædagogisk støtte og hjemmepleje i nogen grad er dækkende, mens kommunerne har forskellige vurderinger af døgntilbud (både midlertidig og længerevarende), sygepleje og af beskæftigelsesfaglige tilbud i jobcentret.

Bemærk, at en stor andel af kommunerne ikke ved om misbrugsbehandlingstilbud eller tilbud om pårørende grupper er dækkende. Hele 11 kommuner svarer i undersøgelsen, at de "ikke ved" om disse tilbud er dækkende.

Figur 4. Kommunernes vurdering af egne kommunale tilbud i rehabiliteringsindsatsen

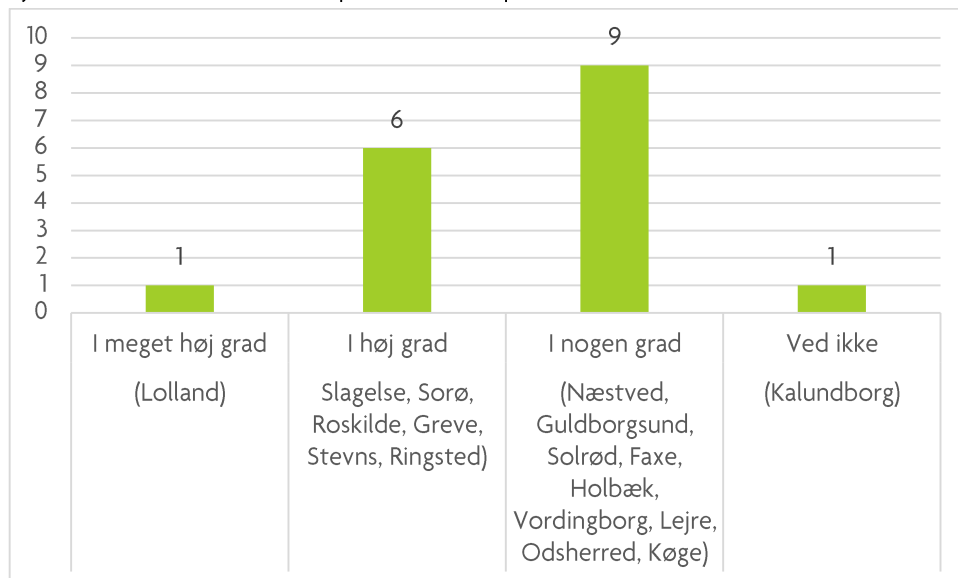


Kilde: LG Insight, Spørgeskemaundersøgelse, N=17 kommuner

Kommunerne i region Sjælland har sammenvejet vurderet, i hvilken grad borgere i den erhvervsaktive alder med en erhvervet hjerneskade får de rette indsatser på de rette tidspunkter. Kommunernes svar fremgår af figur 5.

Lolland Kommune vurderer, at kommunen i meget høj grad giver borgerne rette indsatser på rette tidspunkt. 6 kommuner vurderer sammenvejet, at de i "høj grad" giver borgere med hjerneskade rette tilbud på rette tidspunkt, mens 9 kommuner svarer, at de "i nogen grad" giver rette tilbud til rette tid. Kun Kalundborg Kommune har i undersøgelsen svaret "ved ikke".

Figur 5. I hvilken grad får borgere i den erhvervsaktive alder (16-66 år) med erhvervet hjerneskade de rette indsatser på de rette tidspunkter?



Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, N=17 kommuner

Kommunernes neurofaglige kompetencer

Undersøgelsen har afdækket hvilke neurofaglige kompetencer kommunerne anvender i indsatsen. Graden af neurofaglige kompetencer hos aktørerne kan have betydning for afdækning af borgernes ressourcer og behov, visitation til indsatser og udvikling af kommunens tilbudsvifte til målgruppen.

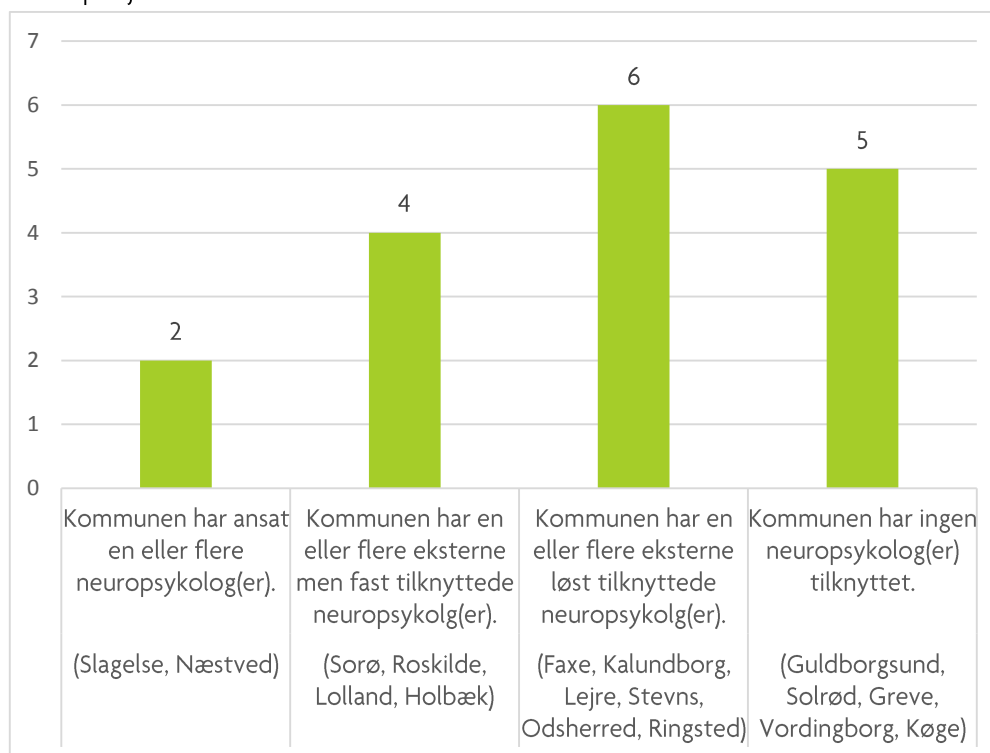
I undersøgelsen er kompetenceniveauet i kommunerne blevet undersøgt ved tre spørgsmål til kommunerne:

- Om kommunen har tilknyttet neuropsykologer?
- Specialiseringsgraden i kommunerne – dvs. i hvor stor udstrækning aktørerne er specialiseret i forhold til målgruppen af borgere med senhjerneskade

- Om medarbejderne er blevet kompetenceudviklet med neurofaglige kurser, herunder har gennemført diplomuddannelse?

2 kommuner i regionen har ansat én eller flere neuropsykologer. Det drejer sig om Slagelse og Næstved Kommune (jf. figur 6). 4 Kommuner har én eller flere eksterne neuropsykologer fast tilknyttet kommunen. 6 kommuner har løst tilknyttet neuropsykolog(er), mens 5 kommuner i regionen slet ikke har tilknyttet neuropsykologer til kommunens indsats.

Figur 6. Hvilket udsagn matcher bedst kommunens anvendelse af neuropsykologer i indsatsen på hjerneskadeområdet?



Kilde: LG Insight, Spørgeskemaundersøgelse, N=17 kommuner

Kompetenceniveauet blandt aktørerne i de enkelte kommuner er desuden bestemt af, om medarbejdernes neurofaglige viden hovedsageligt stammer fra deres basisuddannelse eller fra neurofaglige kurser eller uddannelser. Det fremgår af tabel 3, at medarbejdere med tilknytning til genoptræning, socialpædagogisk støtte, døgntilbud og specialundervisning især har suppleret deres basisuddannelser med neurofaglige kurser eller uddannelser.

Det skal bemærkes, at flere af svarpersonerne i spørgeskemaet svarer "ved ikke" til spørgsmålene, da de ikke er bekendt med, hvordan samarbejdspartnernes kompetencer er opnået.

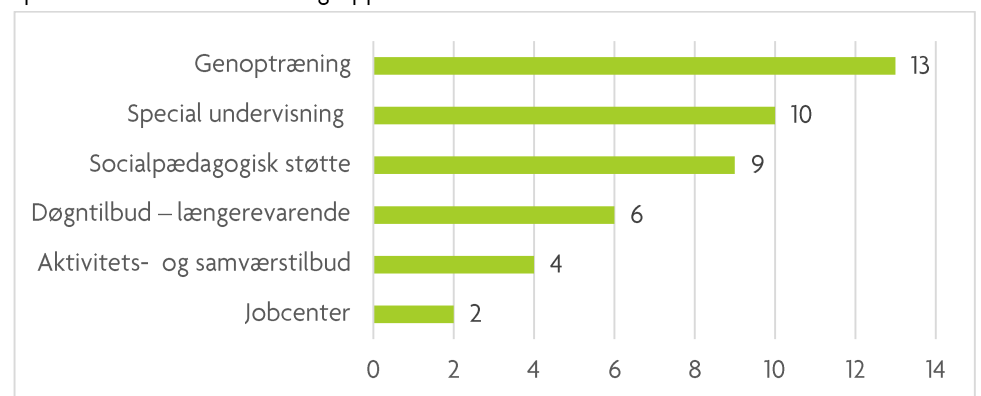
Tabel 3. Hvilke faglige kompetencer har kommunens medarbejdere inden for kerneindsatserne?

Aktørgrupper	Neuro-faglige kurser	Uddannelser på minimum diplom-niveau	Basisuddannelse/- "Ved ikke"
Genoptræning	15	2	0
Hjælpe midler	5	0	12
Special undervisning	1	8	8
Socialpædagogisk støtte	9	3	5
Hjemmepleje – varig personlig hjælp og pleje	2	0	15
Hjemmepleje – aflastning	3	0	14
Aktivitets- og samværstilbud	5	1	11
Døgntilbud – længerevarende	9	0	8
Døgntilbud – midlertidige	5	2	10
Sygepleje	2	2	13
Jobcenter	5	0	12
Misbrugsbehandling	1	0	16
Pårørendegrupper	2	1	14

Endelig kan specialiseringsgraden have betydning for kompetenceniveauet i indsatsen i kommunerne, da medarbejdere, der alene eller primært arbejder med senhjerneskadede borgere måske i højere grad opnår erfaringsbaseret viden om målgruppen. I undersøgelsen er aktørgruppernes specialiseringsgrader i relation til borgere med (sen)hjerneskader afdækket – jf. figur 7.

De kommunale aktører, der er mest specialiseret i forhold til borgere med hjerneskade, er aktører med tilknytning til genoptræning, specialundervisning, socialpædagogisk støtte. 13 kommuner har inden for genoptræning medarbejdere, der alene eller primært arbejder med hjerneskadede borgere.

Figur 7. I hvilken grad er kommunens medarbejdere i de forskellige kerneindsatser specialiseret i forhold til målgruppen?



Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, N=17 kommuner

Kommunernes tværfaglige rehabiliteringsindsats

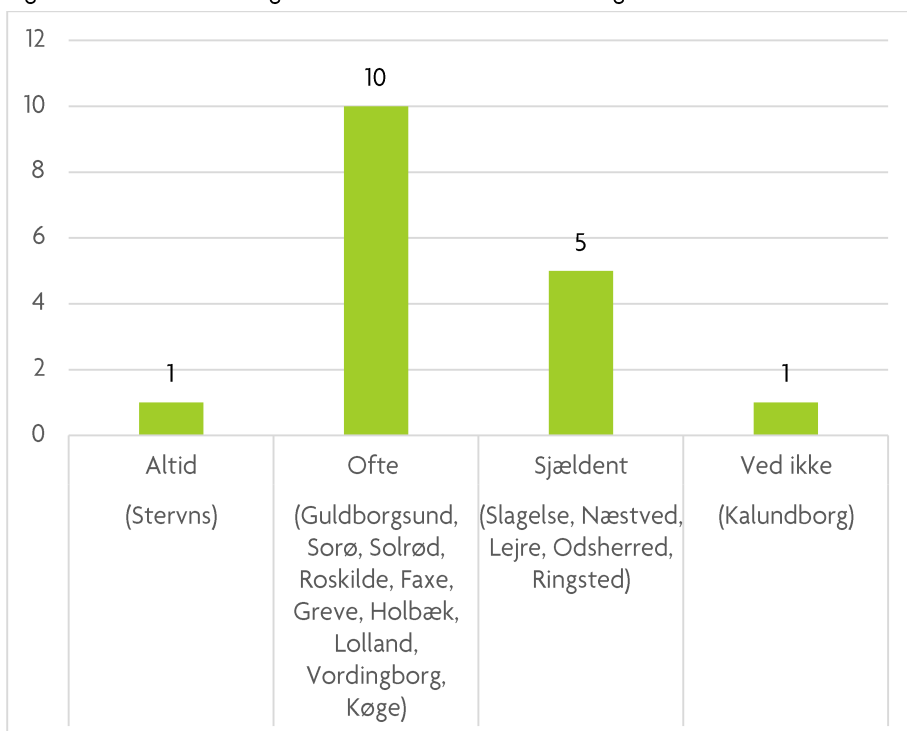
En rehabiliteringsindsats for borgere med hjerneskade kan involvere en lang række af fagaktører og myndigheder - både aktører i det sundhedsfaglige system og kommunale aktører. Et tema for undersøgelsen har været at afdække, hvordan aktørerne samarbejder i rehabiliteringsindsatsen.

Kommunernes samarbejde med sygehusene

Forudsætninger for en god og effektiv indsats kan være, at kommunerne allerede inden udskrivningen fra sygehuset er involveret i borgerens sag. I undersøgelsen svarer 11 kommuner, at de inden udskrivningssamtalen fra sygehuset enten altid eller ofte er inddraget. 5 kommuner oplyser, at de kun sjældent er inddraget i samarbejdet inden udskrivningssamtalen.

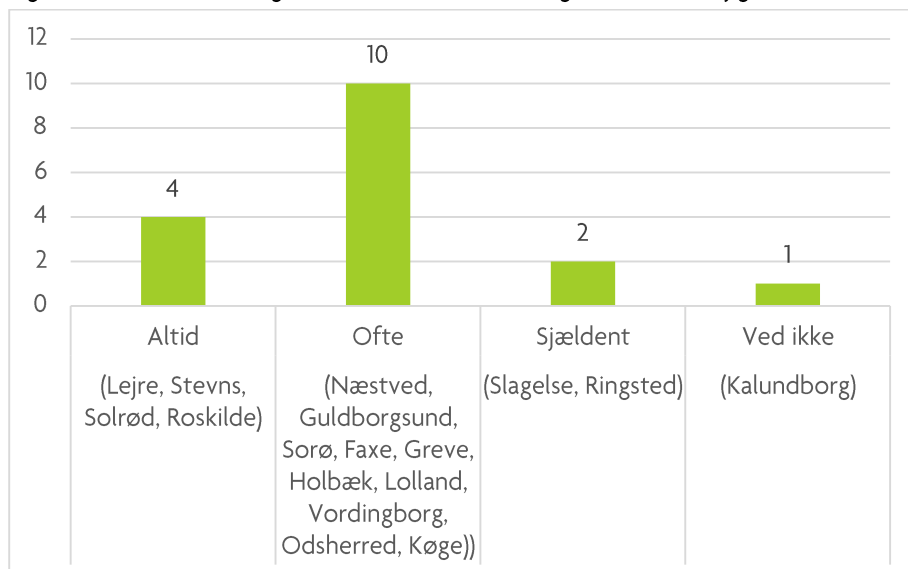
15 kommuner har en udskrivningskoordinator eller lignende, der har fast og systematisk kontakt med sygehusene. Kun Kalundborg og Solrød Kommune har ikke en udskrivningskoordinator eller lignende funktion.

Figur 8. Hvor ofte inddrages kommunen inden udskrivningssamtalen?



14 kommuner oplyser derimod, at de altid eller ofte er inddraget i selve udskrivningssamtalerne på sygehusene. Kun 2 kommuner oplyser, at de kun sjældent er inddraget i udskrivningssamtalerne på sygehusene.

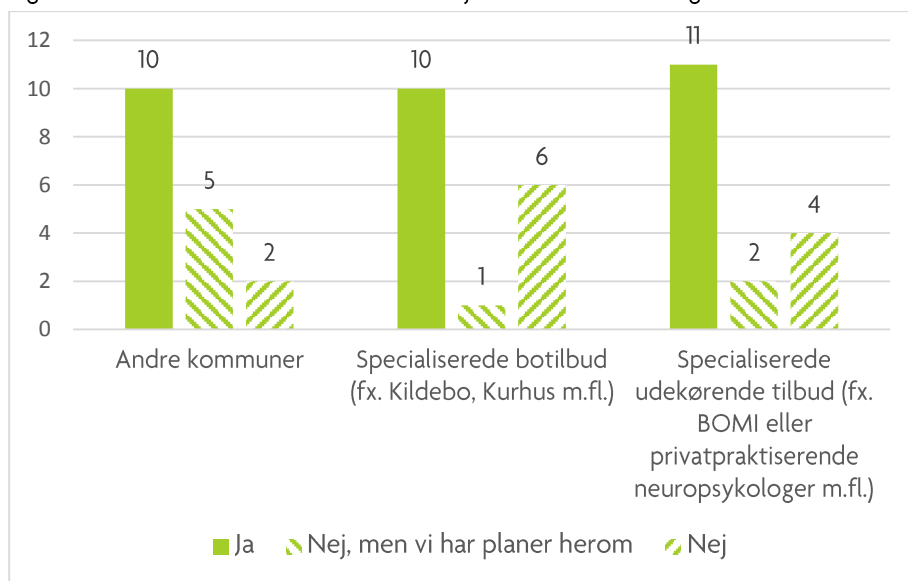
Figur 9. Hvor ofte inddrages kommunen i udskrivningssamtaler fra sygehusene?



Kommunernes samarbejde med andre kommuner, pårørende m.m.

Flere kommuner i region Sjælland samarbejder med andre kommuner i indsatsen for hjerneskadede borgere. 10 kommuner har allerede et tværkommunalt samarbejde, mens 5 kommuner har planer om at etablere samarbejdsrelationer med andre kommuner. Kun to kommuner oplyser i spørgeskemaet, at de ikke samarbejder med andre kommuner og ikke har planer herom.

Figur 10. Har kommunen etableret samarbejdsrelationer med følgende aktører:

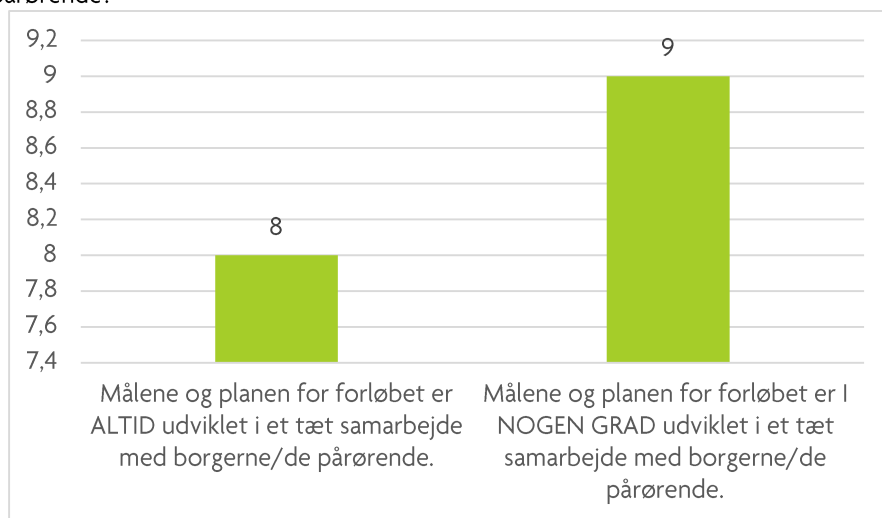


10 kommuner samarbejder med specialiserede botilbud, mens 1 kommune (Ringsted Kommune) har planer om at etablere et samarbejde med specialiserede botilbud. 6 kommuner har ikke et samarbejde og planlægger heller ikke at etablere et samarbejde med specialiserede botilbud – det drejer sig om Greve, Solrød, Guldborgsund, Holbæk, Kalundborg og Lejre Kommune.

11 kommuner samarbejder allerede med specialiserede udkørende tilbud som f.eks. BOMI eller privatpraktiserende neuropsykologer. 2 kommuner har planer om at etablere samarbejde med udkørende specialistleverandører (Ringsted og Greve Kommune), mens 4 kommuner hverken har – eller har planer – herom (Slagelse, Næstved, Guldborgsund og Kalundborg Kommune).

En vigtig samarbejdspartner for indsatsen er selvsagt borgerne selv og/eller de pårørende. I 8 kommuner er målene og planen for indsatsen altid skabt i tæt samarbejde med borgerne og/eller de pårørende. 9 kommuner oplyser derimod, at målene og planen for forløbet kun i nogen grad er udviklet i et tæt samarbejde med borgerne og/eller de pårørende.

Figur 11. Hvilket af følgende udsagn matcher bedst inddragelsen af borgere/-pårørende?

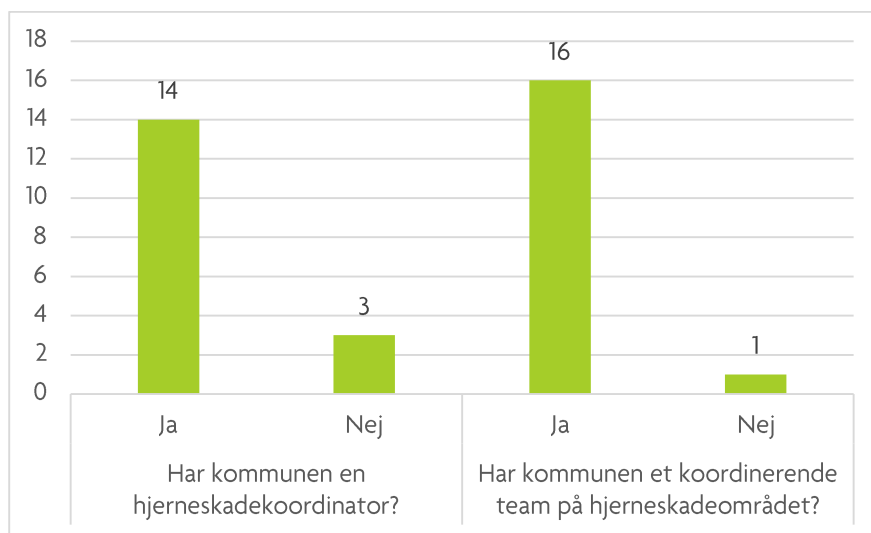


Koordination og tværfagligt samarbejde i den kommunale indsats

KL anbefaler, at alle kommuner skal have en organisering, som understøtter en koordineret rehabiliteringsindsats på tværs af forvaltningsområder, fx via en hjerneskadekoordinator eller et koordinatorteam.

De fleste kommuner i region Sjælland har både en hjerneskadekoordinator og et koordinerende team på hjerneskadeområdet. Ingen kommune har hverken koordinator eller koordinerende team – jf. nedenstående figur.

Figur 12. Har kommunen en hjerneskadekoordinator og/eller et koordinerende team på hjerneskadeområdet?



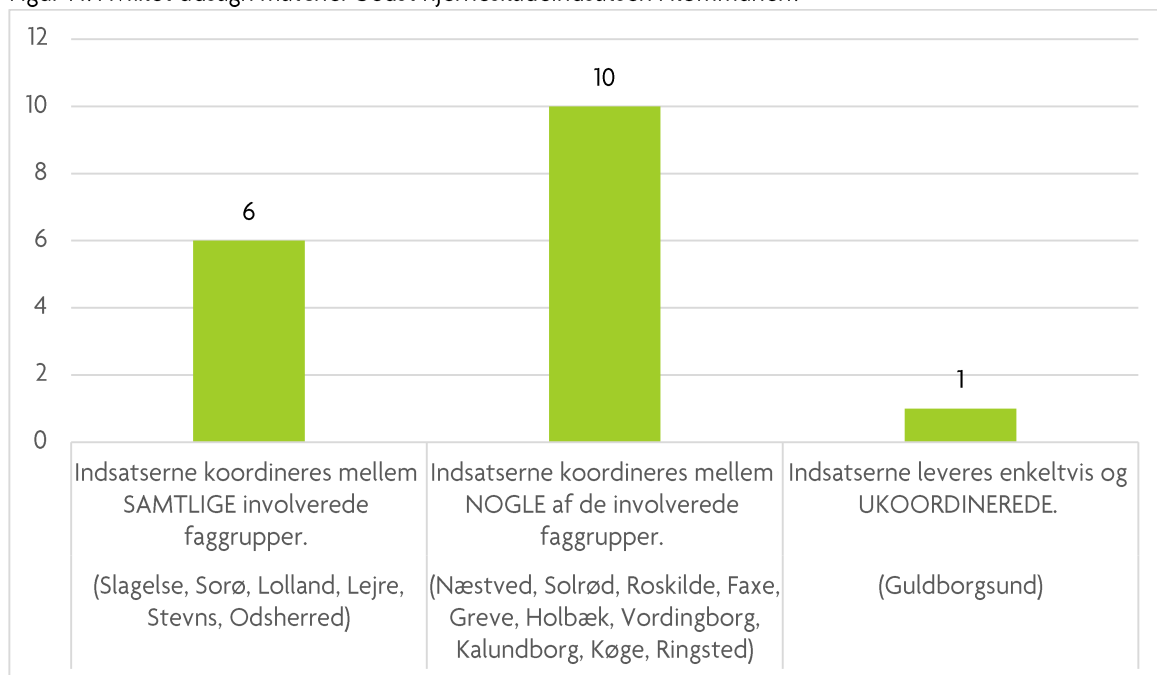
I 5 kommuner er det praksis, at der altid udarbejdes en tværgående plan for det samlede forløb for borgeren. Dette er praksis i henholdsvis Slagelse, Sorø, Lolland, Vordingborg og Odsherred Kommune.

Figur 13. Bliver der altid udarbejdet en tværgående plan for det samlede forløb for borgeren?



6 kommuner oplyser, at indsatserne altid koordineres mellem samtlige involverede faggrupper. Med koordineres menes, at faggrupperne i fællesskab udarbejder forløb med tydelige målsætninger og en plan for forløbet. I 10 kommuner involveres nogle faggrupper, mens kun én kommune vurderer, at indsatserne leveres enkeltvis og ukoordineret – dvs. at faggrupperne ikke i fællesskab har udarbejdet tydelige målsætninger og en plan for rehabiliteringsforløbet.

Figur 14. Hvilket udsagn matcher bedst hjerneskodeindsatsen i kommunen?



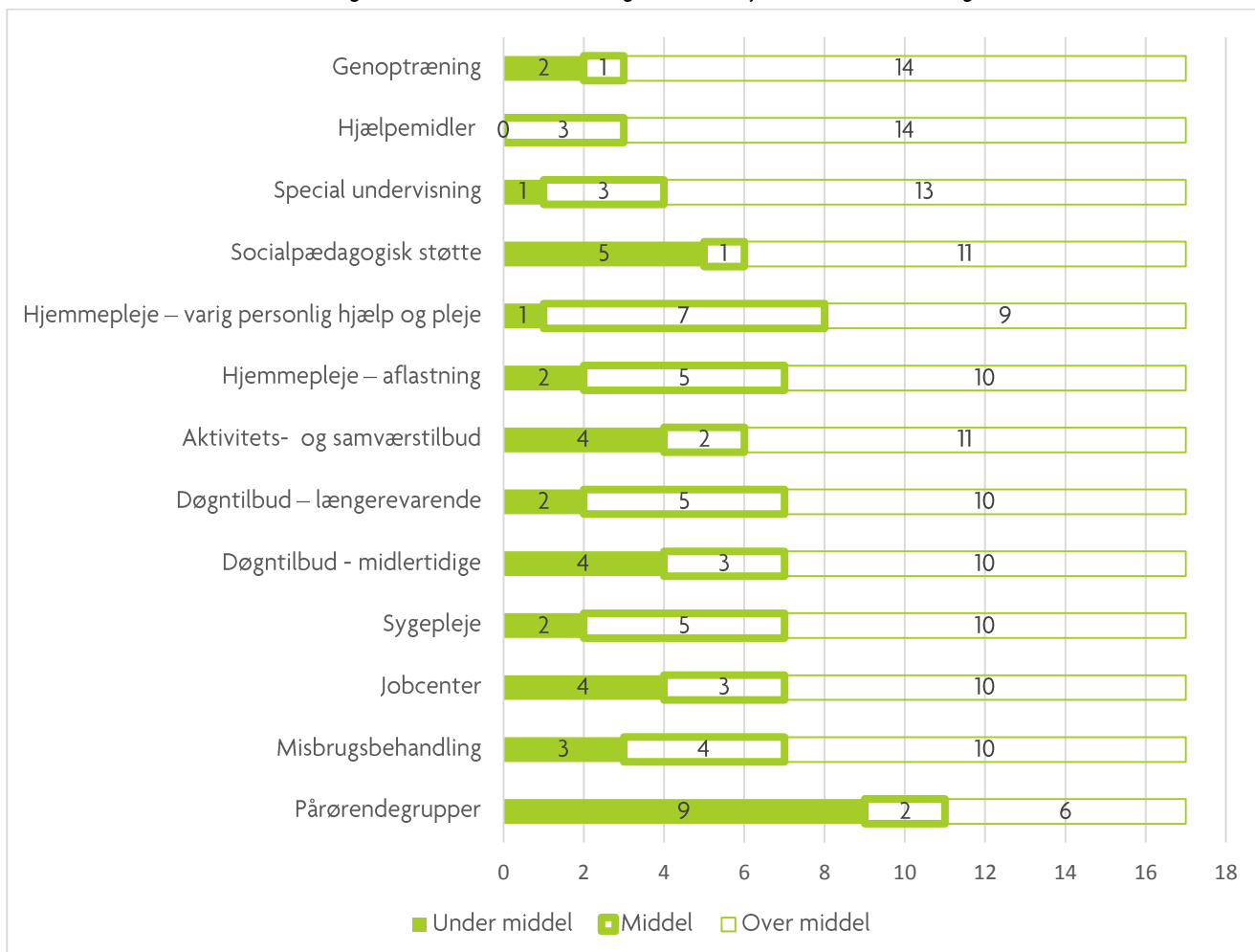
Aktørerne er blevet bedt om at vurdere samarbejdsrelationerne med udvalgte samarbejdspartnere på en skala fra 1 til 7, hvor 1 er meget dårligt og 7 er meget godt. Generelt tilkendegiver kommunerne i undersøgelsen, at de har et godt samarbejde med hovedparten af aktørerne i rehabiliteringsindsatsen. Hovedparten af kommunerne vurderer samarbejdet som enten middel eller overmiddel, og især vurderes samarbejdet med aktører inden for genoptræning, hjælpemidler og specialundervisning som meget positivt af svarpersonerne.

Enkelte kommuner vurderer, at samarbejdet med døgntilbud, socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværstilbud og jobcentret som under middel. I fritekst fremhæver kommunerne, at det kan være vanskeligt at få tildelt socialpædagogisk støtte, ligesom samarbejdet med jobcentre i nogle kommuner udfordres af, at jobcentret iværksætter ukoordinerede tilbud.

Kommunernes besvarelser vidner om, at samarbejdsrelationerne er bestemt af forhold i kommunerne og ikke af lovgivningsmæssige forhold el.lign. Der er således en variation i kommunernes vurderinger, hvor nogle svarpersoner f.eks. vurderer samarbejdsforholdet til jobcentret skidt, svarer andre svarpersoner at de har et rigtig godt samarbejde med f.eks. jobcentret.

Kun samarbejdet med pårørendegrupper en overvægt at kommunerne som generelt dårligt. Det omfatter 9 kommuner.

Figur 15. Aktørernes vurdering af samarbejdet med de forskellige aktører



Sammenfatning

Nærværende undersøgelse har afdækket kommunernes rehabiliteringsniveau. Rehabiliteringsniveauet er en sammenvæjet vurdering af kommunernes indsatser i forhold til følgende tre områder:

1. Kommunen iværksætter indsats på rette tid og med dækkende tilbud
2. De kommunale aktører benytter neurofaglige psykologer
3. Rehabiliteringsindsatsen tilrettelægges koordineret i samarbejde med involverede aktører i indsatsen

Spørgeskemaundersøgelsen har med forskellige spørgsmål afdækket de sjællandske kommuners rehabiliteringsniveauer. Inden for hvert af de

ovenstående områder er der et spørgsmål, hvor svarpersonerne har foretaget en sammenvejet vurdering af kommunens indsats inden for området. Nedenfor er svarpersonernes sammenvejede vurdering præsenteret inden for de tre temaer.

Tabel 4. De sjællandske kommunernes rehabiliteringsniveau inden for tre områder

	Indsatser iværksættes på rette tid og med dækkende kvalitet	Tilknyttet neuropsykologer	Indsatsen koordineres mellem relevante aktører
Slagelse Kommune	I høj grad	Egne psykologer	Alle involveres
Næstved Kommune	I nogen grad	Egne psykologer	Nogle involveres
Guldborgsund Kommune	I nogen grad	Ingen	Ukoordineret
Sorø Kommune	I høj grad	Faste eksterne psykologer	Alle involveres
Solrød Kommune	I nogen grad	Ingen	Nogle involveres
Roskilde Kommune	I høj grad	Faste eksterne psykologer	Nogle involveres
Faxe Kommune	I nogen grad	Løst/eksternt tilknyttede	Nogle involveres
Greve Kommune	I høj grad	Ingen	Nogle involveres
Holbæk Kommune	I nogen grad	Faste eksterne psykologer	Nogle involveres
Lolland Kommune	I meget høj grad	Faste eksterne psykologer	Alle involveres
Vordingborg Kommune	I nogen grad	Ingen	Nogle involveres
Kalundborg Kommune	Ved ikke	Løst/eksternt tilknyttede	Nogle involveres
Lejre Kommune	I nogen grad	Løst/eksternt tilknyttede	Alle involveres
Stevns Kommune	I høj grad	Løst/eksternt tilknyttede	Alle involveres
Odsherred Kommune	I nogen grad	Løst/eksternt tilknyttede	Alle involveres
Køge Kommune	I nogen grad	Ingen	Nogle involveres
Ringsted Kommune	I høj grad	Løst/eksternt tilknyttede	Nogle involveres