

# **REFERAT Social- og Sundhedsudvalget 2014-2017 d. 02-11-2017**

**Mødedato** Torsdag d. 02. november 2017 kl. 08:00

**Mødested** Udvalgsværelse 1 - ekstraordinært møde

# Indholdsfortegnelse

Frikommuneprojekt - Oplæg til fælles akutfunktion i 4-Kommunesamarbejdet.....	3
---	---

# Punkt 1: Frikommuneprojekt - Oplæg til fælles akutfunktion i 4-Kommunesamarbejdet

29.18.00-A00-2-17

## Resume

Gentofte, Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe og Rudersdal kommuner (4K) blev i oktober 2016 godkendt som frikommunenetværk med henblik på at etablere en fælles, tværkommunal akutfunktion fra 1. januar 2018. Regeringen forhåndsgodkendte i sommer en revideret ansøgning. Folketinget forventes senest i december 2017 at vedtage de ansøgte forsøgshjemler. I denne sag præsenteres en anbefalet model for den fælles tværkommunale akutfunktion samt alternativet i form af en fortsættelse af nuværende egen akutfunktion, udvidet med natdækning. Såfremt det politisk besluttes at arbejde videre med en fælles tværkommunal akutfunktion, skal der i de fire kommuner træffes en række principbeslutninger, som skal danne grundlag for det videre arbejde med at etablere den fælles tværkommunale akutfunktion.

## Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. der etableres en fælles tværkommunal akutfunktion bestående af Lyngby-Taarbæk, Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal Kommuner
2. den fælles tværkommunale akutfunktion er åben døgnet rundt alle ugens dage og leverer akutte sygeplejefaglige ydelser på tværs af de fire kommuner
3. den overordnede henvisningsmodel samt den beskrevne model for lægedækning kan ligge til grund for den endelige udformning af den fælles akutfunktion
4. de overordnede økonomiske rammer for den fælles tværkommunale akutfunktion godkendes
5. 4K styregruppen bestående af fagdirektører bemyndiges til at ansætte en leder af den fælles tværkommunale akutfunktion med start primo 2018
6. 4K styregruppen bemyndiges til at udpege den fysiske placering af den fælles tværkommunale akutfunktion inden for de principper, der er beskrevet i nærværende sag
7. forvaltningen forelægger primo 2018 en sag, hvor kvalitetsstandarder, driftsbudget, anlægsbudget og juridisk aftale skal behandles.

## Sagsfremstilling

### 1. Fælles tværkommunal akutfunktion

Baggrund – formål og mål

Med Sundhedsstyrelsens kvalitetstandard for kommunale akutfunktioner er der krav om, at alle kommuner skal have en døgndækkende akutfunktion fra 1. januar 2018. 4K ønsker at løfte denne opgave sammen i en fælles tværkommunal akutfunktion for i fællesskab at sikre borgerne den bedst mulige kvalitet i behandlingen af akut opstået sygdom.

Udgangspunktet for at indgå i samarbejdet om en fælles akutfunktion er forskelligt i kommunerne. I Gentofte Kommune varetages opgaven af hjemmesygeplejersker, der har som funktion ved siden af deres arbejde som hjemmesygeplejersker også at rotere i et akutberedskab i hjemmesygeplejen. Lyngby-Taarbæk Kommune har oprettet et Mobilt Akutteam (MAT), der er en organisatorisk enhed med akutsygeplejersker, der udelukkende løser akutte opgaver. I Gladsaxe og Rudersdal kommuner varetages de akutte opgaver af hjemmesygeplejen.

Med den nye fælles akutfunktion vil kommunerne understøtte en fremtidssikring af indsatsen på sundhedsområdet i en kontekst med stigende efterspørgsel efter sygeplejersker med akutte kompetencer, flere komplekse opgaver og skærpede krav til kommunernes opgavevaretagelse. 4K vil sammen opnå en større organisatorisk bæredygtighed i det tværsektorielle samarbejde med fokus på at skabe mere sammenhængende forløb for borgerne med ensartede og aftalte sektorovergange til almen praksis, hospital og 1813.

### Model for fælles tværkommunal akutfunktion

Den fælles, tværkommunale akutfunktion lever som minimum op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen hele døgnet. Henvisninger fra kommunale enheder går via kommunale sygeplejersker eller via social- og sundhedsassistenter, hvis dette er aftalt med tilstedeværende eller vagthavende sygeplejerske. Udover de fire kommuner er det aftalt, at også almen praksis, hospitalet og Akuttefonen 1813 kan henvende sig direkte til den fælles, tværkommunale akutfunktion.

### Lægedækning

Den fælles akutfunktion har lægedækning hele døgnet. I tidsrummet 08-16 ligger det lægelige behandlingsansvar i almen praksis inden for rammerne af den gældende overenskomst. I tidsrummet 16-08 på hverdage, weekender og helligdage ligger det lægelige behandlingsansvar hos Akuttefonen 1813 hos Region Hovedstaden.

### Øvrige samarbejdsflader

Der er i regi af Planområde Midt udarbejdet samarbejdsaftale med Akuttefonen 1813, herunder bl.a. om at akutfunktionens sygeplejersker til enhver tid kan få direkte adgang til prioriterede læger med fortrinsvis almen medicinsk speciale. Der arbejdes ligeledes på en samarbejdsaftale om udskrivelse af borgere med komplekse sygepleje- og behandlingsbehov med Herlev og Gentofte Hospital. Der tilknyttes en almen praktiserende læge til den fælles akutfunktion som praksiskonsulent.

### Organisering af udarbejdelsen af den foreslåede model

Frikommunenetværkets styregruppe, projektgruppe og arbejdsgrupper har bred repræsentation fra alle tre sektorer samt fra de øvrige kommuner i kommuneklyngen. Alle samarbejdsparter har dermed været involveret i udarbejdelsen af den beskrevne model for en fælles tværkommunal akutfunktion, ligesom der er løbende dialog med relevante organisationer, fagforeninger og MED-systemet i de fire kommuner.

Udarbejdelsen af den beskrevne model for den fælles akutfunktion har trukket på erfaringerne fra Gentofte Kommune og MAT-teamet i Lyngby-Taarbæk Kommune samt andre lignende funktioner så som Specialiseret Hjemmesygeplejeteam (SHS) i Ballerup, Furesø og Herlev kommuner.

### Placering

Den fælles, tværkommunale og udgående akutfunktion placeres på én matrikel, hvor de fysiske rammer opfylder akutfunktionens behov for opbevaring af sygeplejefaglige artikler, medicin, eventuelt apparatur til analyser, arbejdsstationer og IT, afholdelse af møder, omklædning, parkeringsforhold, m.v. Akutfunktionen placeres centralt inden for de fire kommuners geografi. 4K-styregruppen udpeger den fysiske placering.

### Organisering og ansvar

Det overordnede politiske, økonomiske og juridiske ansvar for de opgaver, der bliver løst i den fælles tværkommunale akutfunktion, ligger hos kommunalbestyrelserne i de fire frikommuner. Det overordnede ledelsesansvar vil ligge i en

tværkommunal styregruppe bestående af de deltagende kommuners fagdirektører, som er ansvarlige for funktionen. Lederen af funktionen refererer til den tværkommunale styregruppe og ansættes af denne.

#### Tidsplan – de næste skridt

- Folketinget forventes at godkende frikommunernes ansøgning senest medio december 2017.
- Politisk mødesag i februar 2018 vedr. driftsbudget, anlægsøkonomi, kvalitetsstandard og fælles visitationskriterier for den fælles tværkommunale akutfunktion samt den juridiske aftale.
- Idriftsættelse af den fælles, tværkommunale akutfunktion vil afhængigt af tidsplan for tilpasning af de fysiske forhold kunne ske senest i april 2018.

#### Perspektiver og udfordringer

Perspektivet ved at være en del af den fælles tværkommunale akutfunktion er væsentligst fire forhold. For det første vil det på et arbejdsmarked med stor efterspørgsel efter specialiserede sygeplejersker formentlig være lettere at tiltrække de relevante kompetencer til en større faglig enhed. For det andet vil fire kommuner i fællesskab kunne opnå en større organisatorisk bæredygtighed og indvirkning i det tværsektorielle samarbejde med blandt andet hospital og 1813. Dette vil alt andet lige for det tredje også kunne fremme, at der skabes mere sammenhængende forløb for borgerne, herunder gennem mere ensartede og aftalte sektorovergange. For det fjerde vil der formentlig på sigt kunne opnås driftsmæssige fordele.

Udfordringerne ved at indgå i en fælles tværkommunal akutfunktion er omvendt, at der er tale om et forsøg og derfor en række ubekendte. Der vil formentlig undervejs i forsøget blive identificeret uhensigtsmæssigheder, som vil skulle håndteres med andre løsninger i fællesskabet. Særligt vil der ved at indgå i en større enhed alt andet lige ikke kunne fastholdes samme nærhed mellem akutfunktionen og de decentrale enheder i kommunen samt kommunens praktiserende læger.

Model for fælles tværkommunal akutfunktion er uddybet i bilag.

## 2. Alternativ -Fortsættelse af nuværende egen akutfunktion, udvidet med natdækning

#### En udvidet MAT-funktion

Et alternativ til en tværkommunal fælles akutfunktion er, at Lyngby-Taarbæk Kommune fortsætter med den eksisterende mobile akutfunktion (MAT) udvidet med natdækning. For at leve op til kravet om natdækning vil det kræve, at Vagtcentralens kapacitet og kompetencer er tilstrækkelige om natten. Vurderingen er, at der er i gennemsnit er så få opkald om natten, at det ikke vil kræve flere personaleressourcer, men evt. øgede kompetencer indenfor akutområdet. Lægedækningen i denne løsning er anderledes i tidsrummet 16-20 på hverdage og 10-18 øvrige dage end den fælles tværkommunale akutfunktion, idet der er indgået kontrakt med to almen praktiserende læger i kommunen om at varetage det telefoniske lægevagtberedskab ift. MAT.

De øvrige samarbejdsflader vil ligne dem, der kendetegner den fælles tværkommunale akutfunktion. Samarbejdsaftalen med Herlev og Gentofte Hospital omfatter alle kommuner i Planområde Midt og vil derfor også gælde, hvis kommunen fortsætter med egen akutfunktion. Det samme gælder samarbejdsaftalen med Akuttelefonen 1813 - med den nævnte forskel beskrevet ovenfor ift. lægevagtberedskabet.

#### Perspektiver og udfordringer

Perspektivet ved at fortsætte med egen akutfunktion er væsentligst, at funktionen er kendt, velkonsolideret og understøttet et princip om nærhed i sundhedsvæsenet. MAT har allerede ansat højt specialiserede sygeplejersker med lokalkendskab til såvel institutionerne på ældreområdet samt den lokale praksissektor. Der er et velfungerende samarbejde med praksissektoren om udvidet lægedækning.

Udfordringerne ved at fortsætte med en egen funktion er blandt andet, at alle kommuner fra årsskiftet skal have etableret akutfunktioner. Derfor vil efterspørgslen efter højt specialiserede sygeplejersker alt andet lige stige, og det vil måske blive vanskeligere at tiltrække de relevante kompetencer til en lille enhed. En anden udfordring er, at kommunens aftale med praksissektoren om udvidet lægedækning er sårbar. Praksissektoren er ikke forpligtet til at indgå aftaler om udvidet lægedækning, idet regionen er ansvarlig for lægedækning uden for praksissektorens åbningstider. Kommunens mulighed for at fortsætte med udvidet lægedækning beror derfor på, at der er læger med interesse for en sådan aftale.

CenterMED i Center for Sundhed og Omsorg har behandlet sagen på møde 5. oktober. Bemærkninger er bilagt sagen. Sagen er endvidere sendt i høring i Seniorrådet, som behandler sagen den 9. oktober 2017. Evt. høringssvar eftersendes pr. mail forud for udvalgsrådet.

## Lovgrundlag

Kommunerne er efter Sundhedslovens § 138 ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen og for at afgøre tildeling af hjemmesygepleje. Med hjemmel i sundhedslovens § 139 kan sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen.

## Økonomi

### 1. Etablering af fælles tværkommunal akutfunktion

Den økonomiske ramme for den drift af den fælles tværkommunale akutfunktion forventes at være ca. 13 mio. kr. årligt. Derudover forventes der at skulle afholdes etableringsomkostninger for ca. 1,6 mio. kr.

Fordelingen af udgifterne mellem de fire kommuner vil ske efter en fordelingsnøgle, der ligeligt vægter antallet af +65 årige og befolkningsstørrelsen. Lyngby-Taarbæks andel heraf er 21,7 %, svarende til 0,3 mio. kr. i etableringsomkostninger og 2,8 mio. kr. i løbende driftsomkostninger.

Overgangen til det fælleskommunale samarbejde forventes at være udgiftsneutralt i forhold til den nuværende ramme, men vil medføre ekstraudgifter i forbindelse med opstart af projektet i 2017.

Tabel 1: Økonomiske konsekvenser ved overgang til fælleskommunalt samarbejde.

Mio. kr. i 2018-priser	2017	2018	2019	2020	2021
Fælles akutfunk. - LTK andel	0,345	2,805	2,805	2,805	2,805
Egen akutfunk. - ved lukning	0	-3,751	-3,751	-3,751	-3,751
Afledte udgiftsstigninger	0	0,968	0,968	0,968	0,968

Total	0,345	0,022	0,022	0,022	0,022
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Ved opstart af den fælleskommunale akutfunktion vil kommunen skulle afholde omkostninger i 2017 og frem, som beskrevet ovenfor i forbindelse med etableringen og årlig drift. Ved lukningen af Lyngby-Taarbæk Kommunes egen akutfunktion (MAT), vil kommunen spare de løbende driftsudgifter på 3,75 mio. kr. årligt.

Det mobile akutteam (MAT) varetager på nuværende tidspunkt en række opgaver for hjemmeplejen og træningsenheden i forbindelse med akutforløb, som ikke fremadrettet vil indgå i det fælleskommunale samarbejde. Det forventes dermed, at kommunen vil have afledte udgiftsstigninger i hjemmeplejen og træningsenheden på samlet set 1,0 mio. kr. årligt ved lukningen af det mobile akutteam (MAT). Samlet giver dette en udgiftsstigning i 2017 på 0,35 mio. kr. svarende til etableringsomkostninger, og en forventet udgiftsstigning i 2018 og frem på 0,02 mio. kr.

## 2. Alternativ: Fortsættelse af nuværende egen akutfunktion, udvidet med natdækning

Hvis kommunens nuværende mobile akutteam (MAT) skal fortsætte med udvidet natdækning, vil det kræve at en sygeplejerske i Vagtcentralens natdækning erstattes af en akutsygeplejerske. Det forventes, at en akutsygeplejerske kan ansættes med en årlig lønforskel på 0,045 mio. kr. fra 2018 og frem.

Tabel 2: Økonomiske konsekvenser ved fastholdelse af egen akutfunktion.

Mio. kr. i 2018-priser	2017	2018	2019	2020	2021
Fælles akutfunk. - LTK andel	0,000	0,045	0,045	0,045	0,045
Total	0,000	0,045	0,045	0,045	0,045

## Finansiering

Det foreslås, at midler - reserveret til styrkelse af de kommunale akutfunktioner i forbindelse med udmøntning af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient - fortsat reserveres til at dække udgifterne på området.

## **Beslutningskompetence**

Kommunalbestyrelsen.

## **Beslutning**

Økonomiudvalget, 26. oktober 2017, pkt. 10:

Social- og Sundhedsudvalget, 10. oktober 2017, pkt. 2:

## **Social- og Sundhedsudvalget, den 10. oktober 2017**

### **Ad 1-7)**

**For stemte: 3 (C (2), F (1))**

## **Imod stemte: 4 (A (2), V (2)).**

Økonomiudvalget, den 26. oktober 2017

Oversendt til ekstraordinært Social- og Sundhedsudvalgsmøde med det sigte at undersøge muligheden for yderligere lægedækning m.v.

### Supplerende sagsfremstilling

I den fremlagte model for den fælles akutfunktion indgår, at 1813 står for lægedækning efter kl. 16 på hverdage og i weekender/helligdage. Den tværkommunale styregruppe for frikommuneprojektet drøftede på sit møde den 27. oktober 2017 muligheden for, at Lyngby-Taarbæk Kommune kan videreføre nuværende model for lægedækning, hvor praktiserende læger er tilknyttet akutfunktionen fra kl. 16-20 på hverdage og kl. 10-18 øvrige dage. Styregruppen er indstillet på, at Lyngby-Taarbæk Kommune mod egenbetaling i en overgangsperiode på op til et halvt år kan fortsætte med denne model. Styregruppens perspektiv er, at frikommuneforsøget vil kunne opsamle erfaringer med forskellige modeller for lægedækning i denne overgangsperiode. Inden overgangsperiodens udløb vil der blive foretaget en evaluering til politisk forelæggelse med henblik på en fremadrettet model for lægedækning.

Forvaltningen har søgt at vurdere de mulige konsekvenser ved en tidsbegrænset fortsættelse med lægedækning i Lyngby-Taarbæk Kommune som skitseret af styregruppen.

For det første vil en fælles kommunal akutfunktion betyde flere og nye midlertidige arbejdsgange for personalet og de praktiserende læger, som kan påvirke arbejdsforhold og kvaliteten i arbejdet.

Sygeplejersker og leder i den fælles akutfunktion skal således differentiere mellem borgere i Lyngby-Taarbæk og de øvrige kommuner, så der vil være én arbejdsgang, der gælder for Lyngby-Taarbæk Kommune borgere og én, der gælder for borgerne i de øvrige kommuner. Dertil kommer, at de praktiserende læger skal forholde sig til mange flere sygeplejersker.

En tidsbegrænset særlig løsning for Lyngby-Taarbæk Kommune vil også betyde, at der skal ske implementering af nye arbejdsgange m.m. to gange på et år. Sådanne ændringer vil altid i en periode have betydning for driften og dermed for den kvalitet, der kan ydes til borgerne.

For det andet vil de ændrede arbejdsgange for de praktiserende læger kunne få afledt effekt på honoreringen af lægerne, idet sparring, rådgivning mv. skal ske i forhold til langt flere sygeplejersker. Eventuelle merudgifter vil afhænge af resultatet af genforhandling af kontrakten med lægerne. Merudgiften kan dog ud fra den nuværende kontrakt med de praktiserende læger anslås til 250.000-300.000 kr. for et halvt år.

Forvaltningen har rettet henvendelse til de læger, der i dag er tilknyttet MAT for at høre om interessen for at fortsætte samarbejdet i en midlertidig løsning. Tilbage meldingen fra disse læger er, at det ikke vil have interesse. Dette begrundes bl.a. i, at implementeringen i de andre kommuner tager længere tid end de 6 måneder, og der derfor ikke vil være et rimeligt sammenligningsgrundlag. Samtidig peges der på, at det vil det være en stor opgave at skulle opnå en faglig relation til alle sygeplejerskerne i den fælles akutfunktion, især for en så begrænset periode.

Forvaltningen orienterede i øvrigt de deltagende praktiserende læger på det seneste møde i det Kommunal Lægelige Udvalg (KLU) om arbejdet med frikommuneforsøget og en fælles akutfunktion. Referat af dagsordenspunktet er bilagt.

Forvaltningen kan på baggrund af ovenstående ikke anbefale, at der arbejdes videre med en anden model for lægedækning i Lyngby-Taarbæk Kommune indenfor frikommuneforsøget i en overgangsperiode.

Social- og Sundhedsudvalget, den 2. november 2017

Ad) 1-7

For stemte: 2 ( F (1), C (Karsten Lomholt))

Imod stemte: 4 (A (2), V (2)), idet det ønskes, at forvaltningen kommer med et oplæg til, hvordan kommunen kan videreudvikle det Mobile Akutteam i samarbejde med de decentrale enheder og dermed yderligere styrke det borgernære sundhedsvæsen.

Aase Steffensen (C) undlod at stemme.

Jørn Moos (V) var fraværende. I stedet deltog Søren P. Rasmussen (V).

Uddrag af referat fra Styregruppemøde i Frikommunenetværk den 27. oktober vedlagt som bilag.

Kommunalbestyrelsen, den 2. november 2017

For Social- og Sundhedsudvalgets protokollat af 2. november 2017 stemte: 12 (V (4), A (5), Ø (1), I (1) og Birgitte Hannibal (UP))

Imod stemte: 8 (C (6) og F (2))

B (1) undlod at stemme.

## **Bilag**

Uddrag af referat fra 4K styregruppemøde frikommunenetværk

Frikommuneprojekt

Bemærkninger fra ekstraordinært CenterMED den 05/10/17

Høringssvar vedr oplæg til fælles akutfunktion i 4-K samarbejdet - 09-10-2017

Referat af møde i Kommunalt-lægeligt udvalg 04/09/2017