

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social-, Børne- og Integrationsministeriet

Oktober 2013

Rapport om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirations-
insufficiens

Indhold

1. Indledning, konklusion og sammenfatning	4
1.1 Baggrund og arbejdsgruppens opgave	4
1.2 Sammenfatning og konklusion	7
1.2.1 Organisatoriske modeller	8
Model A. Kommunemodellen	8
Model B. Regionsmodellen	10
Model C. Valgfrihed inden for regionen	11
1.2.2 Fordele og ulemper ved de tre organisatoriske modeller	12
1.2.3 Supplerende løsningsforslag	13
2. Lovgivning om hjælperordninger	14
2.1 Respirationsbehandling	14
2.2 Hjælp efter serviceloven	14
3. Udmåling af timer til hjælp	16
3.1 Udmåling af timer til hjælp til respirationsbehandling	16
3.2 Udmåling af timer til hjælp efter serviceloven	16
3.3 Regler for beregning af tilskuddets størrelse	17
4. Om eksisterende fælles hjælperordninger	17
4.1 Antallet af fælles hjælperordninger	17
4.2 Eksempler på eksisterende hjælperordninger	18
4.3 Problemstillinger i forbindelse med eksisterende fælles hjælperordninger	19
4.3.1 Valg af hjælper	19
4.3.2 Fordeling af udgifter	20
5. Løsningsmodeller og supplerende løsningsmuligheder	21
5.1 Organisatoriske løsningsmodeller	22
5.1.1 Model A - Kommunen har forsyningsopgaven	22
5.1.2 Model B – Regionen har forsyningsopgaven	25
5.1.3 Model C – valgfrihed inden for regionen	27
5.2 Finansieringsmodeller	30
5.2.1 Fordelingsnøgle (procentsats)	30
5.2.2 Medfinansiering efter faste beløbsmæssige timetakster	31

5.3 Løsningsforslag på øvrige problemstillinger	31
5.3.1 Aflønning i forhold til højeste kompetencekrav	31
5.3.2 Finansiering ved ventetid på uddannelse af hjælperhold	32
5.3.3 Finansiering ved indlæggelse på sygehus	32
6. Vurdering af fordele og ulemper	33
6.1. Fordele ved model A og B	33
6.2 Ulemper ved model A og B	34
6.3 Fordele og ulemper ved model C	34
6.4 Sammenligning af model A og B	35
6.5 Vurdering af landsdækkende model (model A og B) versus samarbejdsmodel model (model C)	36
6.6 Vurdering af supplerende løsningsmuligheder	36
7. Økonomiske konsekvenser	37
Bilag A. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. hjælperordninger i hjemmet	40
Bilag B. Arbejdsgruppens sammensætning (august 2013)	43
Bilag C. Hjælperordninger	45
Bilag D. Fakta om hjælperordninger	52
Bilag E. Eksempel - Region Sjælland	53
Bilag F. Eksempel "Vejlemodellen"	54
Bilag G. Respirationsbehandling uden for hjemmet	62

1. Indledning, konklusion og sammenfatning

1.1 Baggrund og arbejdsgruppens opgave

Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse offentliggjorde i december 2011 en vejledning om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og borgerstyret personlig assistance (BPA) i de tilfælde, hvor hjælpen kan ydes af én og samme person¹. Vejledningen giver en samlet beskrivelse af reglerne for hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven og BPA efter serviceloven. I forbindelse med høringen vedr. vejledningen pegede nogle af parterne på, at de ikke fandt det er tilstrækkeligt at beskrive reglerne i en samlet vejledning. Parterne fremførte, at de eksisterende regler ikke i tilstrækkelig grad fremmer en hensigtsmæssig koordinering mellem regioner og kommuner af fælles hjælperordninger for alle hjemmeboende borgere, som modtager hjælp til respirationsbehandling.

Som opfølgning herpå nedsatte den daværende social- og integrationsminister og ministeren for sundhed og forebyggelse derfor en arbejdsgruppe i januar 2012. Arbejdsgruppen fik til opgave at udarbejde en analyse af mulighederne for at samle ansvaret for BPA efter servicelovens § 96 og hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven i fælles regler, der tager udgangspunkt i borgerens samlede hjælpebehov, jf. nedenstående uddrag af arbejdsgruppens kommissorium og bilag A. Arbejdsgruppen fik videre til opgave at vurdere, om en samling af ansvaret for hjælp til respirationsbehandling og BPA vil være en fordel for borgerne og samlet set vil forenkle kommunernes og regionernes administration af disse ordninger². Arbejdsgruppen fik desuden til opgave at vurdere, om der kunne findes løsninger på en række mindre problemstillinger forbundet med koordinering af fælles hjælperordninger.

¹ Vejledning nr. 105 af 21. december 2011 om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og borgerstyret personlig assistance.

² Kommissorium fremgår af bilag A.

Boks 1. Uddrag af kommissorium

Tilskud til BPA og personlig og praktisk hjælp mv. til børn ydes af kommunen i medfør af serviceloven, mens hjælp til respiratorbehandling i hjemmet ydes af regionen i medfør af sundhedsloven. Det er Social- og Integrationsministeriets og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfattelse, at når en borger har behov for hjælp til respirationsbehandling og BPA/hjælp efter serviceloven til børn samtidig, kan hjælpen i de fleste tilfælde ydes af én og samme person.

[...] i nogle tilfælde har der været uenighed mellem region og kommune om, hvordan udgifterne til hjælp til respirationsbehandling og BPA skal deles, når hjælpen kan varetages af en enkelt hjælper. Der kan bl.a. være uenighed om udmåling af timer til hjælp og aflønning af hjælper, idet udmåling og aflønning sker med udgangspunkt i de forskellige regelsæt. En særlig problemstilling er desuden, at borgere efter servicelovens § 96 har ret til selv at vælge handicap-hjælper og vælge hvilken virksomhed, forening eller nærtstående person, der skal være arbejdsgiver for deres hjælper, mens der ikke er en tilsvarende ret efter sundhedsloven til at vælge behandlere, herunder hjælpere til respirationsbehandling.

På den baggrund skal der udarbejdes en analyse af mulighederne for at samle reglerne om tilskud til personlige hjælpere i et fælles regelsæt, der tager udgangspunkt i borgerens samlede hjælpebehov. Det skal vurderes, om en samling af reglerne om hjælp til respirationsbehandling og BPA i ét regelsæt vil være en fordel for borgerne og samlet set vil forenkle kommunernes og regionernes administration af disse ordninger.

Arbejdsgruppens opgaver

- Udarbejde forslag til modeller for samling af bestemmelser om fælles hjælperordninger i én lovgivning samt andre muligheder for løsning af problemstillinger forbundet med koordinering af hjælperordninger.
- Vurdere om en af de foreslåede modeller kan benyttes i forbindelse med lignende hjælperordninger efter serviceloven.
- Afgive indstilling vedr. samling af bestemmelser om fælles hjælperordninger i én lovgivning.

Arbejdsgruppen skal som led i dette arbejde bl.a.:

- Beskrive reglerne for hjælperordninger i hjemmet efter hhv. sundhedsloven og serviceloven.
- Beskrive omfanget af fælles hjælperordninger.
- Beskrive erfaringer med fælles hjælperordninger i hjemmet, herunder problemer i forbindelse med koordinering af hjælperordninger.
- Vurdere fordele og ulemper ved de foreslåede modeller.
- Vurdere de økonomiske konsekvenser af de foreslåede modeller.

Efter gældende regler får borgerne efter servicelovens §§ 95 og 96 et kontant tilskud til selv at ansætte hjælpere eller borgeren kan vælge at overdrage arbejdsgiverforpligtelsen til en virksomhed, forening eller nærtstående person, som derefter i samarbejde med borgeren ansætter hjælpere. Der findes ikke en tilsvarende ret efter sundhedsloven til at vælge behandlere, herunder hjælpere som udfører respirationsbehandling. Respirationsbehandling er lægeforbeholdt virksomhed.

Reglerne medfører, at hvis der ikke på frivillig basis er enighed om arbejdsdeling og medfinansieringen mellem kommunen, der er ansvarlig for at yde hjælp efter serviceloven og for at finansiere denne hjælp og regionen, der er ansvarlig for respirationsbehandlingen og finansieringen af denne, vil konsekvensen kunne være, at hjælpen leveres af to hjælpere (hjælperhold), der er til stede i hjemmet samtidig, selv om én hjælper (ét hjælperhold) kunne varetage både respirationsbehandlingen og den hjælp efter serviceloven, som borgeren har behov for. Konsekvensen heraf er en ufleksibel og evt. uhensigtsmæssig ordning for borgerne, og kan ligeledes være uhensigtsmæssig og ineffektiv ud fra en samfundsøkonomisk betragtning.

Dertil kommer, at regioner og kommuner oplyser, at de bruger stadig flere administrative ressourcer på at forhandle om medfinansieringen af de relevante hjælperordninger. Kommunerne og regionerne oplyser, at der kan være uenighed om dels antallet af overlappende timer og dels udgiften pr. time, som er grundlaget for udgiftsfordelingen.

Det er disse to problemstillinger, der har haft arbejdsgruppens primære fokus. Arbejdsgruppen har desuden analyseret mulighederne for at løse problemstillinger vedr.:

1. Fordeling af udgifter ved forskelligt kompetenceniveau hos hhv. hjælpere til respirationsbehandling og hjælpere i BPA-ordninger
2. Fordeling af udgifter ved ventetid på uddannelse af hjælperhold
3. Fordeling af udgifter ved indlæggelse

Ved fælles hjælperordninger forstås i rapporten de situationer, hvor en borger har hjælp til respirationsbehandling jf. sundhedsloven og har hjælp efter serviceloven i hjemmet, f.eks. BPA. Arbejdsgruppen har i enighed besluttet, at analysen ikke alene skal omfatte BPA, men også en række øvrige former for hjælp til voksne efter serviceloven, idet ca. 60 procent af borgerne, som får respirationsbehandling i hjemmet, får hjælp efter andre bestemmelser i serviceloven end bestemmelserne om BPA.

Arbejdsgruppen har desuden i enighed besluttet at afgrænse analysen til at omfatte hjælperordninger til voksne, da de handicapkompenserende foranstaltninger til børn efter serviceloven, har et andet og bredere sigte end individuel kompensation, herunder at kompensere forældrene for merudgifter ved forførelsen af barnet i hjemmet og yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste. Herved bliver snitfladen til respirationsbehandling væsentligt anderledes for børneydelserne end for voksenydelse.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen i oktober 2012 har udgivet rapporten *Kronisk Respirationsinsufficiens som følge af neuromuskulære lidelser, thoraxdeformiteter mv. – tilrettelæggelse af behandling (2012)*. Det forudsættes, at evt. administrative/organisatoriske løsninger, som er beskrevet i denne rapport implementeres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan på området samt de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe³.

³ Behandling af kronisk respirationsinsufficiens. Rapport fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, oktober 2012.

Arbejdsgruppens overvejelser om organisering af pleje- og overvågningsopgaven tager bl.a. udgangspunkt i, at der er tale om en afgrænset gruppe af borgere med helt specielle behov. Det kan i et vist omfang tale for, at der overvejes særlige organiseringsformer specifikt gældende for denne gruppe af borgere.

1.2 Sammenfatning og konklusion

De to primære problemstillinger, som arbejdsgruppen har behandlet, vedrører 1) muligheden for, at borgere kan vælge hjælpere og arbejdsgiver for hjælperne bl.a. med henblik på at undgå, at borgere skal have to hjælperhold i hjemmet samtidig, og 2) uenighed mellem regioner og kommuner om fordeling af udgifter til fælles hjælp.

Arbejdsgruppen har indledningsvist konstateret, at det ikke er muligt at overføre myndighedsansvaret for respirationsbehandling i hjemmet til kommunerne, dvs. ansvaret for udmåling af hjælp til respirationsbehandling, da respirationsbehandling er lægeforbeholdt virksomhed, som kun læger må udføre, men som de kan delegeres til andre at udføre jf. vejledning nr. 115 af 11/12/2009. Herudover er behandling af patienter med kronisk respirationsinsufficiens, herunder respirationsbehandlingen i hjemmet, af Sundhedsstyrelsen fastsat som en højt specialiseret funktion i sygehusvæsenet, som kun kan udføres af de enheder, som Sundhedsstyrelsen har godkendt jf. Sundhedslovens § 208.

Omvendt vurderer arbejdsgruppen, at myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven heller ikke hensigtsmæssigt kan flyttes til regionerne, da antallet af ordninger med både respirationshjælp og hjælp efter serviceloven er så lavt, at arbejdsgruppen vurderer, at volumen ikke vil være tilstrækkelig til, at regionerne kan etablere den nødvendige rutine og faglige ekspertise til at varetage myndighedsansvaret på dette område.

Arbejdsgruppen har derfor i stedet vurderet muligheden for at samle varetagelsen af den kommunale og den regionale forsyningsopgave efter serviceloven og sundhedsloven. Det vil sige ansvaret for at yde den nødvendige hjælp efter serviceloven evt. i form af tilskud til ansættelse af hjælpere og ansvaret for at ansætte hjælpere eller firmaer, der skal udføre respirationsbehandling.

Nedenfor beskrives derfor de løsningsmodeller, som har været drøftet i arbejdsgruppen. Uddybende beskrivelser af problemstillinger og løsningsmodeller fremgår af afsnit 5 og 6.

En forudsætning for alle modellerne er, at regioner og kommuner samarbejder om borgeren/patienten, således at patienten oplever en samlet tilgang.

Den model, der evt. skal implementeres i praksis, bør i fornødent omfang balancere hensyn til borgeren/respirationspatienten i forhold til dennes behov og rettigheder, og til en sikring af kvaliteten af den ydede hjælp og hensynet til muligheden for en omkostningseffektiv tilrettelæggelse af opgaven. Sidstnævnte hensyn skal særligt ses i forhold til, at der er tale om et økonomisk omkostningstungt område.

Der er samlet set tale om en målgruppe for respirationshjælp på ca. 500-600 borgere, hvoraf hovedparten også modtager hjælp efter serviceloven. De samlede regionale udgifter til respirationshjælp i hjemmet belø-

ber sig til 800 mio. kr. årligt (2011-pl). Dertil kommer udgifter efter serviceloven til borgere med respirationshjælp. Der er imidlertid ikke data, som giver mulighed for at skønne de samlede udgifter til hjælp efter serviceloven til disse borgere.

1.2.1 Organisatoriske modeller

Arbejdsgruppen har beskrevet tre organisatoriske modeller. For alle tre modeller gælder følgende:

Myndighedsansvar og tilsyn

- Respirationscentret fastsætter behovet for respirationsbehandling og ordinerer arten og omfanget af respirationsbehandlingen. Det betyder også, at respirationscenteret udmåler antal timer til respirationsbehandling i hjemmet. Regionen har dermed myndighedsansvaret og det faglige ansvar for respirationsbehandlingen. Respirationscentrenes læger er ansvarlige for at godkende, oplære og instruere de konkrete personer, som skal udføre den lægeforbeholdte virksomhed. Det er tillige lægens ansvar at sikre sig, at hjælperen, som skal udføre behandlingen, er i stand til at gøre det på en forsvarlig måde, og er i stand til at vurdere komplikationer, samt hvornår der er behov for at tilkalde anden hjælp. Lægen kan afvise at delegere ansvaret for respirationsbehandlingen til en hjælper f.eks. såfremt hjælperen findes uegnet eller ikke kvalificeret. Det indebærer bl.a., at hvis de hjælpere, som borgeren ansætter efter §§ 95 og 96 også skal udføre respirationshjælp, forudsætter det, at de er godkendt hertil af respirationscentrets læger. Respirationscentrene har desuden tilsynsforpligtelsen i forhold til den faglige kvalitet af respirationsbehandlingen i hjemmet.
- Kommunen udmåler hjælp efter serviceloven efter en individuel og konkret vurdering, dvs. kommunen har myndighedsansvaret i forhold til hjælp efter serviceloven.
- Kommunen har tilsynsforpligtelsen i forhold til, at borgeren får den hjælp, han/hun er visiteret til efter serviceloven.

Det er for alle tre modeller en væsentlig forudsætning, at de administrative/organisatoriske ændringer implementeres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan på området samt de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe⁴.

Model A. Kommunemodellen

1. Forsyningsopgaven

⁴ Behandling af kronisk respirationsinsufficiens. Rapport fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, oktober 2012.

For så vidt angår borgere, der får hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85, får kommunen efter model A ansvaret for at levere personaleressourcer både til respirationshjælp og hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85. Ordination af respirationshjælp, herunder udmåling af timer til respirationshjælp sker fortsat på respirationscenteret.

For så vidt angår borgere, der får hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 får kommunen ansvaret for, at der udmåles tilskud til, at borgeren selv kan ansætte hjælpere, som også kan varetage respirationsbehandlingen. Hjælperne skal oplæres og godkendes af respirationscenteret. Det betyder, at i model A har kommunen forsyningsopgaven og kommunen får pligt til at levere respirationshjælp på samme måde, som hjælpen efter serviceloven leveres. Det vil sige, at hvis borgeren får hjælp efter §§ 83 eller 85, skal kommunen sørge for, at hjælperne (den kommunale leverandør eller firmaet) også kan varetage respirationsbehandlingen. Hvis borgeren får hjælp efter §§ 95 eller 96, skal kommunen også udmåle tilskud til hjælp til respirationsbehandling i henhold til respirationscenterets ordination. Det understreges, at det fortsat er respirationscenteret, der vurderer hjælpernes kvalifikationer i forhold til respirationsbehandlingen.

Hvis borgeren får hjælp efter §§ 95 eller 96 er det borgeren (eller det firma/forening, der varetager arbejdsgiveransvaret), der har ansvaret for at sikre, at der er hjælpere til rådighed, der kan leve op til de fastsatte kvalifikationer, herunder vikardækning ved sygdom osv. Dette dog under hensyn til, at der skal være det tilstrækkelige antal hjælpere, der er oplært og som kan godkendes af respirationscenteret. Hvis borgeren får hjælp efter §§ 83 eller 85 er det kommunen, der har ansvaret for at sikre, at der er hjælpere til rådighed, der kan leve op til de fastsatte kvalifikationer, herunder vikardækning ved, sygdom osv. Dette dog igen under hensyn til, at der skal være det tilstrækkelige antal hjælpere, der er oplært og som kan godkendes af respirationscenteret.

2. Frit valg

I henhold til reglerne efter serviceloven vil borgere, der modtager hjælp efter §§ 95 og 96 have mulighed for selv at være arbejdsgiver for hjælperne eller overdrage arbejdsgiveransvaret for hjælperne til et firma eller en forening.

Efter servicelovens § 91 skal Kommunalbestyrelsen skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter servicelovens § 83 om personlig og praktisk hjælp samt madservice kan vælge mellem flere leverandører. Kommunalbestyrelsen kan vælge, om pligten opfyldes ved at indgå kontrakt med 2 eller flere leverandører, der kan varetage hjælpen efter § 83 og respirationshjælpen eller ved at tilbyde den samlede hjælp efter reglerne om fritvalgsbevis, der giver modtageren af hjælp efter § 83 adgang til selv at indgå en aftale med en CVR-registreret virksomhed om hjælpens udførelse. Det vil dog forudsætte, at der er kvalificerede udbydere i denne ydelseskategori.

For borgere med hjælp efter § 85 er der ikke frit valg.

Hjælpere, som ansættes til respirationsbehandling, skal være godkendt af respirationscentret.

3. Myndighedsansvar

Kommunens ansvar for leveringen af den samlede hjælp/udmåling af tilskud, tager udgangspunkt i hhv. kommunens udmåling af hjælp efter serviceloven og respirationscentrets udmåling af hjælp til respirationsbehandling, dvs. visitationsansvaret (myndighedsansvaret) for respirationshjælp vil fortsat påhvile regionen.

4. Finansieringsansvar

Regionen medfinansierer de samlede udgifter, jf. at myndighedsansvar for respirationsbehandling, herunder vurdering af behov for respirationsbehandling, fortsat er regionens. Det er op til kommunen og region at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som fordeler den samlede udgift procentmæssigt⁵.

Model B. Regionsmodellen

1. Forsyningsopgave

For så vidt angår borgere med hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85 gælder, at regionen får ansvaret for enten selv at ansætte hjælpere eller at entrere med private firmaer, som både varetager respirationsbehandlingen og opgaver efter §§ 83 og 85.

For så vidt angår borgere, der har hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 gælder, at regionen har ansvaret for, at der udmåles tilskud til borgeren til ansættelse af hjælpere til såvel respirationsbehandling som opgaverne efter §§ 95 og 96.

I model B har regionen dermed forsyningsopgaven.

2. Frit valg

I henhold til reglerne efter serviceloven vil borgere, der modtager hjælp efter §§ 95 og 96, have mulighed for at selv at være arbejdsgiver for hjælperne både efter sundhedsloven og serviceloven eller overdrage arbejdsgiveransvaret for hjælperne både efter sundhedsloven og serviceloven til et firma eller en forening. Regionen har pligt til at udmåle det samlede tilskud, hvis borgeren af kommunen

⁵ Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Dette forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgerens hjælperordninger både i henhold til serviceloven og sundhedsloven.

er visiteret til hjælp efter §§ 95 eller 96 i serviceloven.

For borgere med hjælp efter § 83 vil regionen være forpligtet til at tilbyde mindst to forskellige leverandører, der kan varetage både hjælpen efter § 83 og respirationshjælpen.

For borgere med hjælp efter § 85 er der ikke frit valg.

Hjælpere, som ansættes til respirationsbehandling, skal være godkendt af respirationscentret.

3. Myndighedsansvar

Regionens ansvar for ansættelsen af den samlede hjælp tager udgangspunkt i hhv. kommunens udmåling af hjælp efter serviceloven og respirationscentrets udmåling af hjælp til respirationsbehandling, dvs. visitationsansvaret (myndighedsansvaret) i forhold til serviceloven påhviler fortsat kommunen.

4. Finansieringsansvar

Kommunen medfinansierer de samlede udgifter jf. at myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven, herunder udmåling af hjælpen fortsat er kommunens. Det er op til kommunen og region at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som enten fordeler den samlede udgift procentmæssigt⁶, eller via en finansieringsmodel, hvor kommunen betaler en fast pris pr. visiteret time efter serviceloven til regionen.

Model C. Valgfrihed inden for regionen

Model C indebærer, at kommunerne og regionerne forpligtes til at udarbejde en samarbejdsmodel inden for regionen. Aftalen inden for en region skal i hovedtræk være ens for alle kommuner, idet der dog kan være nogle elementer i en aftale, som varierer efter lokale forhold.

1. Forsyningsopgave

Kommunen har forsyningsopgaven for hjælp efter serviceloven. Regionen har forsyningsopgaven for respirationsbehandling efter sundhedsloven.

Forsyningsopgaven i model C svarer således til gældende ret, som beskrevet i afsnit 2.

⁶ Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Det nye forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgeren.

2. Frit valg

Borgeren har ikke en lovfæstet ret til at få respirationshjælpen leveret på samme måde, som hjælpen efter serviceloven leveres. Det svarer til gældende ret, jf. beskrivelsen i afsnit 2.

I model C skal kommuner og regioner aftale en model, der understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter servicelovens §§ 83, 95 eller 96, og at borgeren ikke får to hjælperhold i hjemmet samtidig.

Hjælpere, som ansættes til respirationsbehandling, skal være godkendt af respirationscentret.

3. Myndighedsansvar

Regionen har myndighedsansvaret for respirationsbehandling i hjemmet, idet respirationscentret fastsætter behovet for respirationsbehandling og ordinerer arten og omfanget af respirationsbehandlingen. Kommunen har myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven, idet kommunen udmåler hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96 efter en individuel og konkret vurdering. Myndighedsansvaret i model C er således uændret i forhold til gældende ret, som er beskrevet i afsnit 2.

4. Finansieringsansvar

Samarbejdsaftalen, som alle kommunerne inden for en region indgår med regionen, skal indeholde et generelt princip for udgiftsfordeling mellem region og kommune, således at der ikke aftales konkret fra sag til sag, men i stedet anvendes en generel aftale for fordeling af udgifter.

Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som enten fordeler den samlede udgift procentmæssigt⁷, eller via en finansieringsmodel, hvor kommunen betaler en fast timepris pr. visiteret time efter serviceloven til regionen eller regionen betaler en fast timepris pr. ordineret respirationstime til kommunen, jf. afsnit 5.2.

1.2.2 Fordele og ulemper ved de tre organisatoriske modeller

I det følgende opridses de væsentligste fordele og ulemper ved modellerne. Fordele og ulemper er beskrevet nærmere i afsnit 6.

Model A og B er kendetegnet ved, at forsyningsopgaven for enten respirationshjælpen eller hjælpen efter serviceloven flyttes fra en myndighed til en anden. Både model A og B kræver dermed lovændringer og indebærer store ændringer på området og nye opgaver for enten kommuner (model A) eller regioner (model

⁷ Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Det nye forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgeren.

B). Model C vil ligeledes kræve lovændring med henblik på at pålægge regioner og kommuner at indgå aftaler for de fælles ordninger.

Model A og B kan ifølge Danske Regioner medføre merudgifter, idet regionerne i dag har mulighed for at udbyde opgaven og dermed opnå stordriftsfordele. Disse stordriftsfordele kan ifølge Danske Regioner ikke på samme måde realiseres, når borgeren har frit valg og dermed mulighed for at få et kontant tilskud og selv vælge hjælpere. Det bemærkes dog, at der i dag kun er en enkelt region, som har valgt at udbyde opgaven med varetagelse af respirationshjælp til borgere med BPA. Det bemærkes desuden, at regionerne efter gældende regler, skal respektere borgernes valgmuligheder efter serviceloven, når der skal iværksættes fælles ordninger, og at borgere med ret til BPA derfor har mulighed for at vælge hjælpere til hjælp efter serviceloven, som ikke er ansat i de bureauer, der er indgået aftale med i medfør af et udbud.

Model C er kendetegnet ved, at regioner og kommuner, der har velfungerende løsninger i forhold til fælles hjælperordninger, kan bibeholde deres samarbejde. Yderligere får kommuner og regioner, der har vanskeligheder ved at nå til enighed, retningslinjer der kan sikre en hensigtsmæssig opgavevaretagelse på tværs af sektorerne. Dermed kan der udarbejdes modeller, der tager højde for relevante lokale forhold. Den primære ulempe ved model C er, at borgeren fortsat ikke har en lovfæstet ret til at vælge respirationshjælpere på samme måde, som de i dag kan vælge hjælpere efter serviceloven. Kommuner og regioner skal dog i model C indgå aftale, som understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter serviceloven.

1.2.3 Supplerende løsningsforslag

Arbejdsgruppen har desuden analyseret tre yderligere problemstillinger.

1. Fordeling af udgifter ved forskelligt kompetenceniveau hos hhv. hjælpere til respirationsbehandling og hjælpere i BPA-ordninger
2. Fordeling af udgifter ved ventetid på uddannelse af hjælperhold
3. Fordeling af udgifter ved indlæggelse

Arbejdsgruppen har opstillet følgende løsningsmuligheder, som er nærmere beskrevet i afsnit 5.3.:

Ad. 1. Aflønning på baggrund af højeste kompetencekrav

Ad 2. Fast finansieringsfordeling ved ventetid på uddannelse af hjælperhold

Ad 3. Fast finansieringsfordeling ved indlæggelse

De tre løsningsmuligheder kan supplere alle tre ovenstående modeller.

2. Lovgivning om hjælperordninger

I det følgende beskrives kort hjælp efter sundhedsloven og hjælp, som kan modtages efter serviceloven i kombination med hjælp efter sundhedsloven. En uddybende beskrivelse fremgår af bilag C.

2.1 Respirationsbehandling

Respirationsbehandling, herunder diagnostik, efterbehandling og behandling i hjemmet er i henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplan en højt specialiseret sygehusfunktion, som efter Sundhedsstyrelsens godkendelse, varetages af respirationscentrene på henholdsvis Glostrup Hospital (Respirationscenter Øst), AUH Århus Sygehus (Respirationscenter Vest) og Odense Universitetshospital (i formaliseret samarbejde med Respirationscenter Vest eller Øst) i medfør af sundhedslovens § 208.

Behandlingen ved hjælpere i eget hjem er en fortsættelse af den højt specialiserede sygehusbehandling. Det er således de ansvarlige læger på centrene, der har det sundhedsfaglige ansvar for behandlingen. Behandlingen er lægeforbeholdt virksomhed som lægerne kan delegere til hjælperne (medhjælp). Det sundhedsfaglige ansvar ved brug af medhjælp omfatter godkendelse og instruktion af og tilsyn med respirationshjelperne. Det er respirationscentrenes læger, der skal sikre, at hjælperne har de fornødne kvalifikationer, herunder sikre at de er oplært. Respirationscentrenes læger skal også vurdere patientens behov for respirationsbehandling, herunder omfanget af timer, ligesom det er respirationscentrenes ansvar at sørge for hjælpernes oplæring. Det betyder blandt andet, at de ansvarlige læger på et respirationscenter kan beslutte, at en person ikke er egnet til at varetage respirationsbehandlingen og dermed ikke kan varetage funktionen.

2.2 Hjælp efter serviceloven

Borgere, som er i respirationsbehandling i hjemmet, vil ofte også modtage hjælp efter serviceloven. Borgerne vil typisk modtage hjælp efter en eller flere af de fire følgende paragraffer i serviceloven.

- § 83: Personlig og praktisk hjælp i hjemmet (hjemmehjælp)
- § 85: Socialpædagogisk bistand
- § 95: Kontant tilskud til personlig og praktisk hjælp over 20 timer om ugen
- § 96: Borgerstyret personlig assistance

Den hjælp, som kan modtages efter serviceloven i kombination med hjælp efter sundhedsloven, beskrives i overordnede linjer i det følgende med den største ordning først.

§ 96: Borgerstyret personlig assistance

Det overordnede formål med reglerne om BPA er at skabe grundlag for fleksible ordninger. Borgere inden for målgruppen, der kan og ønsker at modtage tilskud til selv at ansætte hjælpere, får tilbudt en ordning, der tager udgangspunkt i borgerens selvbestemmelse, og som dermed kan tilpasses borgernes ønsker og behov, så personer med omfattende funktionsnedsættelser kan fastholde eller etablere et selvstændigt liv.

Målgruppen for BPA er borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte til pleje, overvågning eller ledsagelse, for at kunne opbygge eller fastholde et selvstændigt liv med mulighed for deltagelse i samfundslivet. Det vil normalt sige personer, som i høj grad er afhængig af hjælp til at udføre almindelige daglige aktiviteter som eksempelvis lave mad, læse, tage bad, skrive mv., og som har et omfattende behov for pleje, overvågning, ledsagelse eller praktisk bistand.

Det er en betingelse for tilskud til ansættelse af hjælpere, at borgeren er i stand til at fungere som arbejdsleder for hjælperne. Det er desuden en betingelse, at borgeren kan fungere som arbejdsgiver for hjælperne, medmindre den pågældende indgår aftale med en nærstående, en forening eller en privat virksomhed om, at tilskuddet overføres til den nærstående, foreningen eller den private virksomhed, der herefter er arbejdsgiver for hjælperne. Arbejdsgiverbeføjelserne i forhold til hjælperne vedrørende spørgsmål om ansættelse og afskedigelse af hjælpere varetages i så fald af den nærstående, foreningen eller den private virksomhed i samråd med den pågældende.

Ifølge data fra regionerne har ca. 200 borgere en BPA-ordning og modtager samtidig hjælp til respirationsbehandling. Det svarer til ca. 3 pct. af det samlede antal borgere med respirationshjælp i hjemmet.

§ 95: Kontant tilskud til personlig og praktisk hjælp over 20 timer om ugen

Serviceovens § 95, stk. 2 giver borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for personlig hjælp og pleje og for støtte til løsning af nødvendige praktiske opgaver i hjemmet i mere end 20 timer ugentligt, mulighed for at vælge at få udbetalt et kontant tilskud til hjælp, som den pågældende selv antager. Det er i lighed med i BPA-ordningen en betingelse, at borgeren kan fungere som arbejdsleder for hjælperne. Det er desuden en betingelse, at borgeren kan fungere som arbejdsgiver for hjælperne, medmindre den pågældende indgår aftale med en nærstående, en forening eller en privat virksomhed om, at tilskuddet overføres til den nærstående, foreningen eller den private virksomhed, der herefter er arbejdsgiver for hjælperne. Arbejdsgiverbeføjelserne i forhold til hjælperne vedrørende spørgsmål om ansættelse og afskedigelse af hjælpere varetages i så fald af den nærstående, foreningen eller den private virksomhed i samråd med den pågældende.

Ifølge data fra regionerne modtager ca. 30 borgere et kontant tilskud efter reglerne i serviceovens § 95 og modtager samtidig hjælp til respirationsbehandling. Det svarer til ca. 5 pct. af det samlede antal borgere med respirationshjælp i hjemmet.

§ 83: Personlig og praktisk hjælp i hjemmet (hjemmehjælp)

Kommunen skal efter serviceovens § 83 tilbyde personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice, til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat

fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Kommunen har det overordnede ansvar for denne hjælp.

§ 85: Socialpædagogisk bistand

Socialpædagogisk bistand efter servicelovens § 85, ydes til personer, der på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor. Socialpædagogisk bistand kan bl.a. bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, således at borgeren kan leve et liv på egne præmisser.

Ifølge data fra regionerne modtager ca. 80 borgere hjælp efter servicelovens §§ 83 eller 85 samtidig med, at de modtager hjælp til respirationsbehandling. Det svarer til ca. 15 pct. af det samlede antal borgere med respirationshjælp i hjemmet.

3. Udmåling af timer til hjælp

I det følgende beskrives grundlaget for hhv. udmåling af hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven og udmåling af hjælp efter serviceloven. Det skal i den forbindelse nævnes, at hjælp efter serviceloven skal udmåles uafhængigt af den hjælp, som er fastsat i sundhedsloven og omvendt⁸. Det indebærer, at den kommunale udmåling af hjælp ikke skal udregnes subsidiært i forhold til den regionale hjælp.

3.1 Udmåling af timer til hjælp til respirationsbehandling

Udmåling af, hvor mange timer borgeren har behov for hjælp til respirationsbehandling, foretages af et af respirationscentrene, som varetager højt specialiseret sygehusbehandling for kronisk respirationsinsufficiens.

3.2 Udmåling af timer til hjælp efter serviceloven

Udmålingen af, hvor meget hjælp efter serviceloven borgeren har behov for til f.eks. personlig og praktisk hjælp i hjemmet, socialpædagogisk bistand eller BPA, foretages af kommunen.

Vurderingen skal foretages på baggrund af en konkret, individuel helhedsvurdering af borgerens samlede behov for hjælp.

Visitationen til hjælp efter serviceloven skal i hvert enkelt tilfælde tage udgangspunkt i formålet med den hjælp, som kommunen vil iværksætte. Herudover skal kommunen også i sin udmåling inddrage det overord-

⁸ Dom afsagt af Vestre Landsret den 1. juni 2001 i sag anlagt af Dronninglund Kommune mod Nordjyllands Amt.

nede formål med hjælp efter serviceloven, jf. lovens § 1. Dette formål er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Hjælpen efter serviceloven bygger på den enkelte borgers ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges ud fra den enkeltes behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte.

For så vidt angår §§ 95 og 96, hvor der udbetales et kontant tilskud til ansættelse af hjælpen, udmåles der et antal timers hjælp, som borgeren herefter er berettiget til at modtage et kontant tilskud til dækning af.

3.3 Regler for beregning af tilskuddets størrelse

Kommunen skal, jf. bekendtgørelse om udmåling af tilskud til BPA efter serviceloven, beregne og fastsætte et kontant tilskud til ansættelse af hjælpere i en BPA-ordning. I en bekendtgørelse om udmåling af tilskud efter §§ 95 og 96 er det fastsat, at kommunen skal tage højde for en række elementer i udmålingen af det kontante tilskud, herunder løn, tillæg og arbejdsmarkedspension. Desuden fremgår det, at kommunen skal dække en række omkostninger efter regning (forsikringer, løn under sygdom samt omkostninger forbundet med overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen mv.), og at kommunen skal udmåle et tilskud til varetagelse af arbejds giveropgaven, herunder f.eks. ansættelses- og afskedigelsesprocedure i forhold til hjælpere og løn-administration, hvis borgeren ønsker at overføre sit tilskud til en forening eller et firma. Udmålingsreglerne er nærmere beskrevet i vejledning om BPA.

Afregning til leverandøren for hjælp efter § 83 afhænger af, hvilken model kommunalbestyrelsen har valgt. Ved udbud fastsættes prisen af markedet. Anvendes godkendelsesmodellen, hvor prisen fastsættes uden konkurrence, skal afregningen ske på grundlag af kommunens gennemsnitlige langsigtede omkostninger ved levering af tilsvarende ydelse. Reglerne for beregning af fritvalgsbevisets værdi er fastsat i en bekendtgørelse. Udgangspunktet er, at fritvalgsbevisets værdi skal afspejle kommunens omkostninger på området.

Der er ikke fastsat regler om fastsættelse af priser på hjælp efter § 85.

Der er ikke fastsat særlige regler om aflønning af hjælpere, der udfører respirationsbehandling.

4. Om eksisterende fælles hjælperordninger

4.1 Antallet af fælles hjælperordninger

Ifølge regionernes opgørelse i slutningen af 2011/begyndelsen af 2012 har ca. 540 patienter på landsplan hjælp til respirationsbehandling i hjemmet, jf. bilag D. Heraf har ca. 480 patienter også en kommunal ordning med hjælp efter serviceloven.

Af dette bilag fremgår dels regionale respirationsordninger, hvor der ikke er overlap med kommunale ordninger med hjælp efter serviceloven, dels regionale respirationsordninger, hvor der samtidig er bevilget

kommunal hjælp, og hvor regionen og kommunen derfor træffer aftale om samfinansiering. I en række tilfælde har det dog været vanskeligt for region og kommune at blive enige herom.

Respirationspatienternes kommunale ordninger med hjælp efter serviceloven er opgjort ved hjælp af de oplysninger, som regionerne har haft til rådighed og er forbundet med nogen usikkerhed.

Omfanget af hjælperordninger er nærmere beskrevet i bilag D.

4.2 Eksempler på eksisterende hjælperordninger

De enkelte regioner og kommuner rundt om i landet har i dag løst problematikken med fælles hjælperordninger på forskellig vis. På nuværende tidspunkt er den mest udbredte model for fælles hjælperordninger en model, hvor kommunen dækker udgiften til den samlede hjælp over for borgeren, det vil sige, at kommunen yder hjælperordninger efter serviceloven, og samtidig forestår de praktiske opgaver ift. respirationshjælpen. Regionen refunderer kommunens udgifter i forhold til respirationshjælpen og medfinansierer udgiften for overlappende timer.

Boks 2. Fælles hjælperordning ydes af kommunen – regionen medfinansierer

Kommunen yder hjælperordninger efter serviceloven, og varetager også det praktiske i forbindelse med respirationshjælpen i hjemmet. Regionen medfinansierer hjælpen i overlappende timer. For så vidt angår borgere, der modtager BPA, anvendes denne model i alle regioner bortset fra Region Hovedstaden. For så vidt angår borgere, der modtager hjemmehjælp eller socialpædagogisk bistand, anvendes modellen i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Modellen er kendetegnet ved

- Kommunen udmåler hjælp efter serviceloven.
- Respirationscentret udmåler hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven.
- Kommunen yder hjælp enten som et kontant tilskud til borgeren til ansættelse af hjælpere, som både kan varetage hjælpen efter serviceloven og hjælp til respirationsbehandling eller ved at sikre, at hjælpen ydes af hjemmehjælpen el.lign., der så også yder hjælp til respirationsbehandling.
- Regionen og kommunen finansierer hver 50 pct. af udgifterne til overlappende hjælpertimer.
- Regionen finansierer hele udgiften til hjælp til respirationsbehandling i timer, hvor der ikke samtidig ydes hjælp efter serviceloven, og kommunen finansierer hele udgiften til hjælp efter serviceloven i timer, hvor der ikke samtidig ydes hjælp til respirationsbehandling.

Boks 3. Fælles hjælperordninger ydes af regionen – kommunen medfinansierer

I Region Hovedstaden sikrer regionen ansættelsen af den samlede hjælp i de tilfælde, hvor respirationsbehandlingen er kombineret med en BPA-ordning, og kommunen medfinansierer den fælles hjælp. I Region Sjælland sikrer regionen den samlede hjælp i alle tilfælde, hvor respirationsbehandlingen er kombineret med hjemmehjælp, og kommunen medfinansierer den fælles hjælp.

Modellen er kendetegnet ved:

- Kommunen udmåler hjælp efter serviceloven.
- Respirationscentret udmåler hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven.
- Regionen og kommunen finansierer hver 50 pct. af udgifterne til overlappende hjælpertimer.
- Regionen har leverandøraftale med en eller flere private virksomheder, som varetager opgaven med hjælp til respirationsbehandling i hjemmet for regionen og som borgere med BPA-hjælp kan bruge som arbejdsgivere for deres hjælpere, der udfører hjælpen efter serviceloven. Firmaerne kan desuden levere hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85, hvis borgeren er visiteret hertil.
- Regionen finansierer hele udgiften til hjælp til respirationsbehandling i timer, hvor der ikke samtidig ydes hjælp efter serviceloven, og kommunen finansierer hele udgiften til hjælp efter serviceloven i timer, hvor der ikke samtidig ydes hjælp til respirationsbehandling.

Samarbejdsmodellen, som anvendes i Region Sjælland er nærmere beskrevet i bilag E.

4.3 Problemstillinger i forbindelse med eksisterende fælles hjælperordninger

4.3.1 Valg af hjælper

Som beskrevet i afsnit 2.2 har borgerne efter servicelovens §§ 95 og 96 ret til selv at vælge hjælpere og vælge mellem selv at varetage arbejdsgiveransvaret for deres hjælpere eller overdrage det til en nærtstående person, forening eller virksomhed. Desuden har kommunen efter servicelovens § 91 pligt til at skabe grundlag for, at modtager af hjælp efter § 83 kan vælge mellem to eller flere leverandører, enten ved selv at indgå kontrakt eller ved at tilbyde et fritvalgs bevis. Der er ikke en ret efter sundhedsloven til at vælge behandlere, herunder hjælp til respirationsbehandling.

Region Hovedstaden har indgået aftale med tre leverandører (såkaldte hjælperbureauer), som har arbejdsgiveransvaret for de hjælpere, der varetager respirationsbehandling i hjemmet. Region Hovedstaden ønsker, at disse bureauer i videst muligt omfang også varetager arbejdsgiveransvaret for hjælp efter serviceloven i de tilfælde, hvor borgeren samtidig har BPA. Dermed forudsættes, at borgeren også ønsker at anvende et af de bureauer, som regionen har indgået aftale med. Det er Region Hovedstadens erfaring, at hjælperordnin-

gerne fra bureauerne, som regionen har indgået aftale med, er velfungerende for "nye" patienter, som ikke har haft hjælp efter den sociale lovgivning i hjemmet, før respirationsbehandling blev aktuell. Borgerne er selv med til at udvælge de hjælpere, der ansættes af de udvalgte bureauer ved udarbejdelse af hjælperprofiler og i forbindelse med samtaler med hjælperne forud for ansættelse. Nogle patienter som f.eks. patienter, der har haft BPA, før de kom i respirationsbehandling, kan have andre ønsker til arbejdsgiver for deres BPA-hjælper end et af de hjælperbureauer, som regionen har indgået aftale med.

Hvis der ikke kan opnås enighed om en fælles ordning fx hvis borgeren ønsker at varetage arbejdsgiveransvaret selv og ikke ønsker at ansætte hjælpere, der også er ansat af de leverandører, som regionen har indgået aftale med, eller hvis borgeren ønsker at bruge en leverandør, som regionen ikke har aftale med, skal hjælpen i stedet leveres af to hjælperhold. Disse to hjælperhold vil være til stede i hjemmet samtidig på tidspunkter, hvor hjælpen ville kunne varetages af én person. De to hjælperhold finansieres henholdsvis af regionen og kommunen.

Handicaporganisationerne har fremført, at borgerne ikke er tilfredse med, enten at skulle benytte en af de leverandører, som regionen har indgået aftale med eller være nødsaget til at have to hjælperhold i hjemmet på samme tid.

Til dette bemærkes det dog, at Region Hovedstaden har oplyst, at der i dag ikke er eksempler på en uhenigtsmæssig dobbeltbemanding. Regionen har i den forbindelse oplyst, at 67 patienter med BPA har fælles hjælper fra et af de bureauer, som regionen har indgået rammeaftale med, og at der p.t. er 20 patienter med BPA-ordning, som får den samlede hjælp på anden måde, dvs. som ikke har hjælpere fra et bureau inden for regionens rammeaftale⁹.

4.3.2 Fordeling af udgifter

Flere af arbejdsgruppens medlemmer fra regioner og kommuner har anført, at det bliver stadig vanskeligere at opnå enighed mellem regioner og kommuner om fordelingen af udgifter til overlappende hjælperordninger. Udgangspunktet for fordelingen er det antal timer, som er udmålt efter hhv. sundhedsloven og serviceloven. Det er imidlertid regionernes opfattelse, at kommunerne i mange tilfælde udmåler for få timer til hjælp efter serviceloven, mens kommunerne ikke mener, der er grundlag for denne opfattelse. Der kan således være uenighed om grundlaget for fordelingen af udgifter til overlappende timer.

Der kan desuden være uenighed om det udgiftsniveau, der skal fordeles, idet arbejdsgiverne for hjælpere efter serviceloven og arbejdsgiverne for hjælpere efter sundhedsloven kan have ansat hjælperne på forskellige vilkår, herunder forskellig løn.

I forbindelse med fordeling af udgifter kan der desuden være uenighed på særlige områder, jf. nedenfor.

⁹ Oplyst af Region Hovedstaden den 14. august 2013.

Kompetenceniveau

Der kan være forskel på, hvilket kompetenceniveau der er nødvendigt for at varetage hhv. respirationsbehandling og hjælperopgaver efter serviceloven, hvilket kan give anledning til uenighed om fordeling af udgifter til fælles hjælper.

Ventetid på uddannelse af hjælperhold

Det kan i nogle tilfælde i nogle regioner tage lang tid at få uddannet et hjælperhold, når permanent respirationsbehandling iværksættes af respirationscentret. Det kan desuden tage lang tid at få uddannet nyt personale, når der sker udskiftning i hjælperholdet. I tiden indtil hjælperholdet er uddannet anvendes i nogle regioner i stedet vikarbureauer, hvilket øger udgifterne til aflønning, og der kan opstå uenighed om fordelingen af finansieringen i den forbindelse.

Indlæggelse

Der kan være uenighed mellem region og kommune mht. finansieringen af hjælpere, som fortsat varetager hjælperopgaver, når en borger er indlagt på et sygehus.

Uklarhed med hensyn til lovgivning vedr. rejser

Regioner og kommuner har i forbindelse med udvalgsarbejdet anført, at reglerne i forbindelse med at borgere med respirationshjælp i hjemmet ønsker at rejse, kan være uklare. Der er dels spørgsmål, om finansieringsansvar for hjælperne, dels spørgsmål vedr. ansvar, hvis en patient ønsker at rejse med en enkelt hjælper, og det indebærer, at de faglige anbefalinger for overvågningen ikke kan overholdes. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har beskrevet reglerne nærmere i et notat, som er vedlagt som bilag G til denne rapport.

5. Løsningsmodeller og supplerende løsningsmuligheder

I dette afsnit gennemgås forskellige løsninger på problemstillingerne vedr. hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven, som ydes samtidig med hjælp efter serviceloven.

Løsningsmodellerne omfatter de bestemmelser i serviceloven, som er beskrevet i afsnit 2.2 (servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96).

Ved valg af løsningsmodel skal der tages hensyn til dels borgeren, dels de administrative byrder og dels de økonomiske konsekvenser ved modellen.

I forhold til borgeren skal der bl.a. tages hensyn til, at modellen så vidt mulig kan medvirke til at skabe størst mulig fleksibilitet og selvbestemmelse hos borgeren samtidig med, at den sikrer høj sikkerhed og kvalitet i behandlingen. Det er væsentligt, at borgerens mulighed for at leve et selvstændigt liv respekteres, at der er sammenhæng i hjælpen, og at borgerne så vidt muligt har mulighed for at vælge hjælpere og vælge mellem selv at være arbejdsgiver for hjælpere eller overlade arbejdsgiveransvaret til andre.

I forhold til de administrative byrder skal det vurderes, hvordan tilrettelæggelsen og koordineringen af fælles hjælperordninger, herunder udmåling af ydelsernes omfang kan ske mest simpelt. En løsningsmodel bør

minimere risikoen for tvister mellem myndighederne om finansiering af hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven.

Det skal understreges, at ændringer vedr. den faglige oplæring mv. af hjælpere, som besluttes på baggrund af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. organisering og tilrettelæggelse af behandling af kronisk respirationsinsufficiens, implementeres uafhængigt af valg af model for organisering af respirationsbehandling i hjemmet, idet ingen af modellerne indebærer ændringer ift. det lægelige ansvar for behandlingen og dermed heller ikke for respirationscentrenes ansvar for oplæring, instruktion, faglig vejledning, tilsyn mv.

5.1 Organisatoriske løsningsmodeller

I det følgende gennemgås tre organisatoriske løsningsmodeller.

Det er i alle tre modeller en væsentlig forudsætning, at de administrative/organisatoriske ændringer implementeres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan på området samt de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe¹⁰.

5.1.1 Model A - Kommunen har forsyningsopgaven

De overordnede karakteristika er:

1. Kommunen har den samlede forsyningsopgave for hjælp i hjemmet, dvs.

For så vidt angår borgere, der får hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85, får kommunen ansvaret for at levere både respirationshjælp og hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85.

For så vidt angår borgere, der får hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96, får kommunen ansvaret for, at der udmåles tilskud til, at borgeren selv kan ansætte BPA, som også kan varetage respirationsbehandlingen eller overdrage arbejdsgiveransvaret til en nærtstående person, forening eller virksomhed som i §§ 95 og 96 i serviceloven.

2. Respirationscentret ordinerer art og omfang af respirationsbehandlingen inklusiv krav til kvalifikationer mv. og udmåler herunder også timer til respirationsbehandling i hjemmet, dvs. regionen har myndighedsansvaret i forhold til respirationsbehandlingen, oplæring, tilsyn mv. Hjælperne skal godkendes af respirationscentret.
3. Kommunen udmåler hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96, og på baggrund af respirationscentrets ordination af timer til respirationshjælp udmåler kommunen ligeledes tilskud til hjælpere, der kan

¹⁰ Behandling af kronisk respirationsinsufficiens. Rapport fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, oktober 2012.

udføre respirationshjælp eller sikrer, at respirationshjælpen leveres af den leverandør, der leverer borgersens hjælp efter §§ 83 og 85.

Model A kan konstrueres således, at den omfatter alle personer, der modtager respirationsbehandling og ikke alene personer, der både får hjælp efter serviceloven og respirationsbehandling. Dermed skal regionerne ikke ansætte hjælpere til de relativt få borgere, der ikke får hjælp efter serviceloven.

Ansættelse og finansiering af hjælpere

Kommunen har ansvaret for, at der ansættes hjælp til både respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven. Dette omfatter også de timer, hvor der ikke ydes overlappende hjælp efter serviceloven. Borgere, der også modtager BPA, vil fortsat kunne vælge mellem selv at være arbejdsgiver for hjælperne eller overdrage arbejdsgiveransvaret til andre, jf. nedenfor.

Kommunen skal fortsat udmåle timer til hjælp efter serviceloven uafhængigt af, om borgeren også har timer udmålt til hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven. Det samlede antal timer til hjælp, som borgeren bevilges, udgøres af omfanget af timer, hvor én person kan yde hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven samtidig samt evt. øvrige timer, hvor der kun er behov for én af de to typer hjælp, og timer, hvor der er et fagligt begrundet behov for to hjælpere på samme tid.

Kommunen har ansvaret og tilsynsforpligtelsen i forhold til, at borgeren får den hjælp, han/hun er visiteret til efter serviceloven. Hjælp efter serviceloven ydes således uændret i forhold til i dag, dvs. efter principperne beskrevet i bilag C.

Det er op til den enkelte kommune og region at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som enten fordeler den samlede udgift procentmæssigt¹¹, eller via en finansieringsmodel, hvor regionen betaler en fast timepris pr. ordineret respirationstime til kommunen. jf. afsnit 5.2¹².

Respirationscentrets ansvar for behandling og kommunens ansvar for hjælp efter serviceloven

Det faglige ansvar for respirationsbehandling i model A er uændret i forhold til i dag, jf. beskrivelsen i afsnit 3.1. Respirationsbehandling er højt specialiseret sygehusbehandling og vil også i model A fortsat skulle varetages under ansvar af en læge på et respirationscenter.

¹¹ Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Dette forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgeren.

¹² Reglerne om handle- og betalingskommune og refusion mellem kommuner skal iagttages, hvis der skal udarbejdes et lovforslag, hvor forsyningsopgaven ligger hos kommunerne og hvor regionerne alene betaler en takst eller andel af udgifterne til respirationsbehandling. Model A kan derfor medføre behov for særlige aftaler i de tilfælde, hvor en borgers handle- og betalingskommune ikke er beliggende i samme region /hører under samme respirationscenter som borgeren bor i/hører under.

Respirationsbehandling kan som nævnt delegeres til en medhjælp. Det er den ansvarlige læge på respirationscentret som fastsætter, hvilke kompetencer der forudsættes ved varetagelsen af respirationsbehandling i de enkelte tilfælde.

Respirationscentrene vil også fortsat have pligt til at oplære, instruere og føre tilsyn med hjælp til respirationsbehandlingen. De ansvarlige læger på respirationscentret har således fortsat ansvaret for, at de personer, som udøver respirationsbehandling i hjemmet, har de kvalifikationer, der er nødvendige for at udføre opgaven, og den ansvarlige læge kan derfor også vurdere, at en person ikke er egnet til at varetage respirationsbehandlingen. Det indebærer, at i tilfælde af, at hjælperen skal udføre respirationsbehandling, så skal respirationscenteret godkende hjælperen, som borgeren, en virksomhed, en forening eller kommunen ansætter.

Valg af hjælper

Bestemmelser vedr. borgerens mulighed for at vælge hjælpere og vælge placering af arbejdsgiveransvar efter serviceloven fastholdes.

En borger, som har BPA, jf. servicelovens §§ 95 eller 96, og som modtager respirationsbehandling i hjemmet, kan således vælge at anvende samme arbejdsgiver for hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har valgt i medfør af servicelovens bestemmelser om BPA, jf. §§ 95-96. Det betyder, at det er borgeren selv, en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, som borgeren kan vælge til at varetage arbejdsgiveransvaret. Det vil være en forudsætning, at de hjælpere, som ansættes af den ønskede arbejdsgiver, ud fra en faglig vurdering kan godkendes af respirationscentret, idet hjælp til respirationsbehandling fortsat sker på delegation af en læge på respirationscentret.

Retten til at vælge hjælpere og arbejdsgiver for hjælpere omfatter samtlige timer, hvor der ydes respirationshjælp.

Kommunen/regionen vil ikke kunne ansætte de valgte hjælpere under forskellige vilkår afhængigt af, om hjælperne i perioder alene varetager hjælp til respirationsbehandling eller BPA-opgaver. Hvis en borger har BPA, skal hjælpere, som også varetager hjælp på tidspunkter, hvor der alene ydes hjælp til respirationsbehandling, også være ansat i overensstemmelse med de vilkår, som er fastsat for ansættelsen i forbindelse med hjælpen efter §§ 95 eller 96.

Lovgivning

Model A forudsætter lovændringer med henblik på at flytte forsyningsopgaven for respirationsbehandlingen til borgere med hjælp efter serviceloven fra regionsrådet til kommunalbestyrelsen.

5.1.2 Model B – Regionen har forsyningsopgaven

De overordnede karakteristika ved model B er:

1. Regionen har den samlede forsyningsopgave for hjælp i hjemmet. Dvs. at for så vidt angår borgere med hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85 gælder, at regionen får ansvaret for enten selv at ansætte hjælpere eller at entrere med private firmaer, som både varetager respirationsbehandlingen og opgaver efter §§ 83 og 85. For så vidt angår borgere, der har hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 gælder, at regionen har på baggrund af den normale visitation til hjælp efter serviceloven, ansvaret for, at der udmåles tilskud til, at hjælpere udfører såvel respirationsbehandling som opgaverne efter §§ 95 og 96.
2. Respirationscentret udmåler timer til respirationsbehandling i hjemmet, dvs. regionen har myndighedsansvaret i forhold til respirationsbehandlingen.
3. Kommunen udmåler hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96, dvs. kommunen har myndighedsansvaret i forhold til hjælp efter serviceloven.
4. Respirationscentret har det faglige ansvar for respirationsbehandling i hjemmet. Respirationspatienters behandling i hjemmet delegeres af en læge på respirationscentret til den hjælper, der i øvrigt yder hjælpen efter serviceloven. Respirationscentret har tilsynsforpligtelsen i forhold til respirationsbehandlingen.
5. Kommunen har tilsynsforpligtelsen i forhold til den hjælp borgeren er visiteret til efter serviceloven.
6. Som supplement til modellen kan udgifterne til hjælp i hjemmet deles efter en fast fordelingsnøgle eller en fast takst pr. time.
7. Med model B får regionen ansvaret for den samlede hjælp i alle de timer, en borger har behov for hjælp efter serviceloven og til respirationsbehandling i hjemmet for borgere, der får både respirationshjælp og hjælp efter serviceloven. Desuden kan finansieringen ændres, jf. afsnit 5.2.

Ansættelse og finansiering af hjælpere

Regionerne har i model B ansvaret for at sikre, at der bliver ansat hjælp i hjemmet efter §§ 83 og 85 eller udmålt tilskud til §§ 95 og 96 i serviceloven til borgere, som modtager sådan hjælp samtidig med respirationsbehandlingen.

Kommunen skal fortsat træffe afgørelse vedr. hjælp efter serviceloven og i den forbindelse fastsætte omfanget af hjælpen. Afgørelser om hjælp efter serviceloven og udmåling af hjælpen varetages mest hensigtsmæssigt af kommunen, da den også træffer afgørelse om den øvrige hjælp efter den sociale lovgivning, som en borger kan have behov for. Det vil desuden være hensigtsmæssigt, at afgørelser vedr. hjælp efter serviceloven træffes på baggrund af et vist erfaringsgrundlag/volumen, som vanskeligt kan oparbejdes i en region på grund af det begrænsede antal sager sammenlignet med kommunerne.

Det er op til den enkelte kommune og region at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som enten fordeler den samlede udgift procentmæssigt¹³, eller via en finansieringsmodel, hvor kommunen betaler en fast timepris pr. visiteret time efter serviceloven til regionen, jf. afsnit 5.2¹⁴.

Respirationscentrets ansvar for behandling og kommunens ansvar for hjælp efter serviceloven

Modellen medfører ikke ændringer i forhold til behandlingsansvaret hos lægerne på respirationscentrene, herunder ansvaret for oplæring, tilsyn mv. sammenlignet med i dag eller model A. Det er f.eks. fortsat lægerne på respirationscentrene, som udmåler timer til hjælp til respirationsbehandling.

Kommunen har tilsynsforpligtelsen i forhold til hjælp efter serviceloven.

Valg af hjælpere

Bestemmelser vedr. borgerens mulighed for at vælge hjælpere og vælge placering af arbejdsgiveransvar efter servicelovens § 95 og 96 fastholdes og borgeren, der får hjælp efter §§ 95 eller 96 får ret til at modtage et tilskud til respirationshjælp, som de så kan anvende til at ansætte hjælpere eller overdrage arbejdsgiveransvaret.

En borger, som har BPA, jf. servicelovens §§ 95 eller 96, og som modtager respirationsbehandling i hjemmet, kan vælge at anvende den arbejdsgiver for hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har valgt i medfør af servicelovens bestemmelser om BPA, jf. §§ 95 og 96. Det betyder, at det er borgeren selv, en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, som borgeren kan vælge til at varetage arbejdsgiveransvaret. Det vil være en forudsætning, at de hjælpere, som ansættes af den ønskede arbejdsgiver, ud fra en faglig vurdering kan godkendes af respirationscentret, idet hjælp til respirationsbehandling fortsat sker på delegation af en læge på respirationscentret.

Regionen vil ikke kunne udmåle forskellige tilskud afhængig af, om hjælperne i perioder alene varetager hjælp til respirationsbehandling eller BPA-opgaver. Hvis en borger har BPA, skal hjælpere, som også varetager hjælp på tidspunkter, hvor der alene ydes hjælp til respirationsbehandling, også være ansat i overensstemmelse med de vilkår, som er fastsat for ansættelsen i forbindelse med hjælpen efter §§ 95 eller 96.

¹³ Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Det nye forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgeren.

¹⁴ Reglerne om handle- og betalingskommune og refusion mellem kommuner skal iagttages, hvis der skal udarbejdes et lovforslag, hvor forsyningsopgaven er placeret hos kommunerne og hvor regionerne alene betaler en takst eller andel af udgifterne til respirationsbehandling. Model B kan medføre behov for særlige aftaler i de tilfælde, hvor en borgers handle- og betalingskommune ikke er beliggende i samme region som borgeren bor i/hører under.

For borgere, der alene modtager respirationsbehandling, kan der evt. fastsættes regler om, at den myndighed, som har ansvaret for, at der ansættes hjælpere, skal tilbyde et valg mellem minimum to arbejdsgivere.

For borgere med hjælp efter § 83 vil regionen være forpligtet til at tilbyde mindst to forskellige leverandører, der kan varetage både hjælpen efter § 83 og respirationshjælpen. Leverandøren kan både være regional og privat.

Lovgivning

Model B forudsætter lovændringer med henblik på at flytte forsyningsopgaven for servicelovsydelserne fra kommunalbestyrelsen til regionsrådet.

5.1.3 Model C – valgfrihed inden for regionen

De overordnede karakteristika ved model C er:

1. I model C forpligtes kommunerne og regionerne til at udarbejde en lokal samarbejdsmodel inden for regionen. Samarbejdsaftalen skal bl.a. omfatte en model for fordeling af udgifter mellem regionen og kommunerne samt en model som understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter serviceloven.
2. Respirationscentret udmåler timer til respirationsbehandling i hjemmet, dvs. regionen har myndighedsansvaret i forhold til respirationsbehandlingen.
3. Kommunen udmåler hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96, dvs. kommunen har myndighedsansvaret i forhold til hjælp efter serviceloven.
4. Respirationscentret har det faglige ansvar for respirationsbehandling i hjemmet. Respirationspatienters behandling i hjemmet delegeres af en læge på respirationscentret til den hjælper, der i øvrigt yder hjælpen efter serviceloven. Respirationscentret har tilsynsforpligtelsen i forhold til respirationsbehandlingen.
5. Kommunen har tilsynsforpligtelsen i forhold til den hjælp, som borgeren er visiteret til efter serviceloven.

Ansættelse af og finansiering af hjælpere

I model C er placeringen af forsyningsopgaven som udgangspunkt uændret, men kommuner og regioner har mulighed for at aftale at den ene part overtager forsyningsopgaven, sådan som det i dag f.eks. sker i Vejle Kommune, hvor det er aftalt, at kommunen har forsyningsopgaven, jf. boks 4. Denne mulighed kan i dag også finde anvendelse inden for gældende ret. Ligeledes har kommuner og regioner mulighed for at aftale, at regionen har forsyningsopgaven i forhold til den samlede hjælp i alle tilfælde, hvor respirationsbehandlingen er kombineret med hjemmehjælp, og kommunen medfinansierer den fælles hjælp, sådan som det i dag sker i Region Sjælland, jf. boks 3 i afsnit 4.2.

Samarbejdsmodellen skal beskrive, hvordan udgifterne fordeles mellem region og kommune. Kommunen og regionen deles om finansieringen af de samlede udgifter jf. at myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven, herunder udmåling af hjælpen fortsat er kommunens, og myndighedsansvaret for respirationsbehandling, herunder vurdering af behov for respirationsbehandling fortsat er regionens.

Det er op til den enkelte region og de samlede kommuner i regionen at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som enten fordeler den samlede udgift procentmæssigt¹⁵, eller via en finansieringsmodel, hvor kommunen betaler en fast timepris pr. visiteret time efter serviceloven til regionen eller regionen betaler en fast timepris pr. ordineret respirationstime til kommunen, jf. afsnit 5.2.¹⁶

Modellen fastholder således myndigheds- og forsyningsopgaven efter de gældende regler på området, men indebærer en pligt til at indgå en aftale om samarbejde i forhold til de borgere, der både har behov for respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven.

Valg af hjælpere

Borgeren har ikke en lovfæstet ret til at få respirationshjælpen leveret på samme måde, som hjælpen efter serviceloven leveres. Det svarer til gældende ret.

Kommuner og regioner skal dog i model C indgå aftale, som understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter serviceloven.

¹⁵ Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Det nye forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgeren.

¹⁶ Reglerne om handle- og betalingskommune og refusion mellem kommuner skal iagttages, hvis der skal udarbejdes et lovforslag, hvor forsyningsopgaven er placeret hos kommunerne og hvor regionerne alene betaler en takst eller andel af udgifterne til respirationsbehandling. Det skal bemærkes, at model C vil give behov for flere aftaler i de tilfælde, hvor borgerens handle- og betalingskommune ikke er beliggende i samme region, som borgeren bor.

Lovgivning

Model C forudsætter lovændringer med henblik på at pålægge regioner og kommuner at indgå aftaler om en model for fordeling af udgifter mellem regionen og kommunerne samt en model som understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter serviceloven.

Boks 4. Eksempel – som både kan anvendes i model A og C (Vejlemodellen)

Modellen nedenfor er primært baseret på erfaringer fra samarbejdet mellem Vejle Kommune og Sygehus Lillebælt. Lignende samarbejdsmodeller har været anvendt i det øvrige Vestdanmark.

De overordnede principper for modellen er:

- Hjælperopgaven forankres i kommunen. Regionen medfinansierer timer til respirationsbehandling ved den kommunale løsning ud fra fordelingen 35/65, hvor kommunen betaler 35 % og regionen betaler 65 %.
- Kommunen har den overordnede instruktions- og tilsynsforpligtelse i forhold til borgerens personlige pleje og omsorg, praktiske og personlige bistand samt hjælp til opretholdelse af livsudfoldelse.
- Respirationscenteret (regionen) har ansvaret for respirationsbehandlingen og har dermed instruktions- og tilsynsforpligtelse med den respiratoriske behandling/overvågning, herunder varetagelse af den fornødne oplæring af hjælperne. Respirationsbehandling er højt specialiseret sygehusbehandling og varetages under ansvar fra lægen på respirationscenteret. Respirationsbehandlingen delegeres til hjælpere, som er ansat efter servicelovens bestemmelser. Det er respirationscenteret, som fastsætter omfanget af behov for respirationsbehandling/overvågning.
- Regionens andel af udgiften til en fælles opgaveløsning tager udgangspunkt i timer til hjælp. Se eksempler i slutningen af bilag F.
- Regionen vurderer krav til uddannelsesniveau for respirationsbehandlingen. Kommunen vurderer uddannelsesniveau for hjælp efter serviceloven. Den højeste fællesnævner anvendes ved fastsættelse af lønniveau for hjælperne.
- Ved akut opstået behov for respiratorovervågning, hvor kommunen ikke kan løse opgaven fra udskrivelsesdatoen, iværksættes overvågningen af regionen i form af midlertidigt vikarbureau. Kommunen medfinansierer regionens løsning i op til 4 måneder – uanset om der samtidig ydes hjælp efter serviceloven. Går der mere end 4 måneder, inden regionen kan oplære hjælperhold, afholder regionen hele udgiften indtil startdatoen for hjælpernes oplæringsforløb. Oplæring skal varsles min. 2 måneder før. Fristen på 4 måneder er fastsat for at modvirke, at kommuner skal medfinansiere en eventuelt dyrere regional akut-løsning i længere tid.
- Ved indlæggelser over 8 dage betaler regionen hele udgiften fra og med dag 8.

Detaljer og forudsætninger for modellen fremgår af bilag F.

5.2 Finansieringsmodeller

Der er to muligheder for, hvordan delt finansieringsansvar kan implementeres i model A, B og C. Finansieringsmodellerne kan evt. supplere hinanden.

1. Udgifterne til hjælp efter servicelovens bestemmelser for eksempel til BPA og udgifterne til hjælpere til respirationsbehandling fordeles efter en fastlagt **fordelingsnøgle** mellem region og kommune, dvs. der er delt finansieringsansvar. Fordelingsnøgle aftales mellem region og kommune. Kan parterne ikke blive enige, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat, vejledende fordelingsnøgle. Den centralt fastlagte fordelingsnøgle angiver en procentsats for, hvor stor en del af den samlede udgift, som henholdsvis kommunen og regionen finansierer.
2. Medfinansieringen sker efter en **fast beløbsmæssig takst** pr. time i det antal timer, der ydes respirationsbehandling eller i de timer, der ydes hjælp efter serviceloven.

5.2.1 Fordelingsnøgle (procentsats)

I alle de tre beskrevne modeller fastsætter regionen det antal timer, der skal ydes hjælp til respirationsbehandling i hjemmet. Hjælperne (eller leverandøren) yder samtidig hjælp i overensstemmelse med kommunens afgørelse om hjælp til opgaver efter serviceloven.

Den samlede udgift til hjælpertimer deles mellem region og kommune efter en fast fordelingsnøgle, der angiver den procentvise fordeling til henholdsvis kommune og region. De udgifter, som skal fordeles mellem region og kommune, omfatter som udgangspunkt alle udgifter forbundet med respirationshjælp og med en hjælperordning efter serviceloven, herunder aflønningen af hjælperne, udgifter forbundet med arbejdsgiver- og arbejdslederopgaver, sygefravær, forsikringer mv.

Det kan ved fastsættelsen af den procentvise fordeling af udgifterne vurderes, om finansieringsansvaret skal fordeles forskelligt afhængigt af, om der til den konkrete borger ydes BPA eller hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85. Der kan evt. også differentieres i medfinansieringen afhængigt af, om kommunen ydede personlig og praktisk hjælp, før borgeren påbegyndte respirationsbehandling. Begge muligheder vil dog øge kompleksiteten og dermed modarbejde formålet om en simplere ordning, der ikke fører til tvister mellem kommuner og regioner.

En fordelingsnøgle kan kombineres med alle tre beskrevne modeller for varetagelse af forsyningsopgaven.

Der har i arbejdsgruppen været foreslået en 65/35 fordelingsnøgle, som en mulig fordelingsnøgle mellem regioner og kommuner jf. bilag F, hvor en fungerende model beskrives. 65/35-fordelingsnøglen skal forstås

som et eksempel på en gennemsnitlig fordeling af udgifterne, som kan beregnes på baggrund af samtlige fælles ordninger både på de kommunale og regionale udgifter til hjælperholdet ¹⁷.

Fastsættelsen af en central fordelingsnøgle vil forudsætte en nærmere gennemgang af regioners og kommuners udgifter til hhv. hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven. I den forbindelse skal det desuden specificeres nærmere, hvilke omkostningselementer der skal indgå ved beregningen af de samlede udgifter, som skal fordeles mellem region og kommune.

5.2.2 Medfinansiering efter faste beløbsmæssige timetakster

Fordelingen af udgifterne mellem region og kommune kan i alle tre modeller også ske efter en fast beløbsmæssig takst pr. time, der skal medfinansieres. Dermed vil der ikke være behov for at drøfte de faktisk afholdte udgifter i hver enkelt sag. Det betyder, at region og kommune kan fastsætte en timetakst, som den myndighed, der medfinansierer, betaler til den anden part uanset det faktiske udgiftsniveau i den enkelte ordning.

5.3 Løsningsforslag på øvrige problemstillinger

Arbejdsgruppen har desuden analyseret de tre yderligere problemstillinger:

- Aflønning på baggrund af højeste kompetencekrav
- Fast finansieringsfordeling ved ventetid på uddannelse af hjælperhold
- Fast finansieringsfordeling ved indlæggelse

Arbejdsgruppen har opstillet forslag til løsninger på de tre problemer. Disse løsningsmuligheder kan supplere alle tre ovenstående modeller.

5.3.1 Aflønning i forhold til højeste kompetencekrav

Der kan i konkrete tilfælde være forskellige krav til kompetenceniveau i forbindelse med hhv. hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven. Det løses i dag i praksis i nogle tilfælde ved, at regionen og

¹⁷ Denne fordelingsnøgle skal ikke forveksles med den i "Vejledning om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og borgerstyret personlig assistance" fra december 2011¹⁷, angivne fordelingsnøgle på 50/50, der angiver fordelingen af udgifter til overlappende timer i én konkret patientsag.

kommunen aftaler at medfinansiere lønniveau, svarende til aflønning af højeste krav til kompetenceniveau efter den regionale eller kommunale vurdering.

Samme princip kan indgå i ovennævnte model A og B, således at regionen fastsætter krav til kompetenceniveau i forbindelse med varetagelse af respirationsbehandling i hjemmet, mens kommunen fastsætter krav til kompetenceniveau til hjælperopgaverne efter serviceloven, og at aflønning af hjælperne fastsættes i forhold til højeste kompetencebehov, som er fastlagt af regionen eller kommunen.

Tilsvarende kan anbefales i forbindelse med den skitserede model C.

Fastsættelse af kompetenceniveau for så vidt angår hjælpen til respirationsbehandling skal ske i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

5.3.2 Finansiering ved ventetid på uddannelse af hjælperhold

Der kan være ventetid på uddannelse af hjælpere på respirationscentre i nogle regioner, hvorfor der i en periode i disse regioner må anvendes vikarbureauer. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe om behandling af kronisk respirationsinsufficiens har anbefalet, at der indgås samarbejdsaftaler vedr. respirationsbehandling i ventetiden på etablering og oplæring af hjælperhold.

Der kan centralt fastsættes regler om, at skal indgås aftaler mellem kommuner og regioner, om at der ved beregningen af medfinansieringen i ventetiden på uddannelse af hjælperhold. anvendes en takst, som i gennemsnit også skal dække de ekstra udgifter til hjælpere som følge af, at der anvendes vikarbureau . Det kan fx fastsættes, at medfinansieringen fra regionen de første måneder sker med udgangspunkt i det generelle princip for medfinansiering, og at regionen herefter udover den fastsatte medfinansieringsandel også finansierer de ekstra udgifter som følge af, at hjælperne evt. er ansat i et vikarbureau. Antallet af måneder, som skal finansieres i overensstemmelse med det generelle finansieringsprincip, må fastsættes på baggrund af en vurdering af den tid, inden for hvilken et respirationscenter realistisk/hensigtsmæssigt kan påbegynde respirationsbehandlingen og på baggrund af den tid en kommune realistisk/hensigtsmæssigt kan sammensætte et hjælperteam.

5.3.3 Finansiering ved indlæggelse på sygehus

Der kan være uenighed mellem region og kommune mht. finansieringen af hjælpere, som fortsat varetager hjælperopgaver, når en borger er indlagt på et sygehus. Hjælperopgaverne består i at hjælpe borgere, som fx ikke kan benytte egne hænder til små opgaver, som kan være alt fra hjælp til læsning til at vifte en flue væk.

Af vejledningen om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og borgerstyret personlig assistance fremgår følgende vedr. indlæggelse på sygehus:

”Personale, som er nødvendigt i forbindelse med gennemførelsen af behandling på et sygehus, skal stilles gratis til rådighed af sygehuset. Det er sygehuset, der har ansvaret for at vurdere, hvilket personale der er behov for i den enkelte borgers tilfælde og sørge for, at dette personale stilles til rådighed.

Evt. fastholdelse af hjælperteamet i forbindelse med indlæggelse af borgeren kan indgå i aftalen mellem kommune og region i dialog med borgeren.

Når en respiratorbruger indlægges, er det almindelig praksis, at hjælpen til respirationsbehandling følger med, særligt ved ikke planlagte eller korterevarende indlæggelser. Kommunen kan vælge at fastholde ansættelsen af borgerens hjælper. Det sker af hensyn til både borgeren, hjælperne og i mange tilfælde også myndighederne. Dermed undgår borgeren at skulle nyansætte hjælper ved udskrivelse fra sygehus, og borgeren har dermed bedre mulighed for at fastholde et stabilt hjælperteam. Desuden vil udskrivelsen ikke blive forsinket af, at der skal nyansættes og uddannes hjælpere. I praksis yder hjælperteamet også støtte til borgeren under sygehusindlæggelse, udover den hjælp sygehuset yder.”

Det kan være i både regionens og kommunens interesse at fastholde hjælperteamet i indlæggelsesperioder. Dermed sikres det, at respirationspatienter også efter udskrivelse modtager en stabil og kontinuerlig ydelse af både region og kommune.

Det kan evt. fastsættes, at såfremt fælles hjælperordninger varetages med delt finansiering, fortsættes den delte finansiering efter det generelt fastsatte princip i et nærmere aftalt antal dage af en indlæggelse. Herefter finansierer regionen 100 pct. udgifterne til hjælperteamet til respirationsbehandling.

6. Vurdering af fordele og ulemper

I det følgende gennemgås arbejdsgruppens vurdering af fordele og ulemper ved henholdsvis model A og B og de supplerende løsningsmuligheder.

6.1. Fordele ved model A og B

Den primære fordel ved både model A og B er, at forsyningsopgaven varetages af en enkelt myndighed. Desuden skal der indgås en aftale mellem kommunen og regionen om finansieringen af de samlede udgifter således, at der ikke indgås aftaler om fordeling af udgifter for hver enkelt fælles ordning, hvormed administrationen som udgangspunkt forenkles.

- Begge modeller indebærer, at en borger, som har BPA, jf. servicelovens §§ 95 eller 96, og som modtager respirationsbehandling i hjemmet, kan vælge at anvende den arbejdsgiver for hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har valgt i medfør af servicelovens bestemmelser om BPA, jf. §§ 95-96. Dermed er der ikke risiko for, at en borger får to hjælpere i hjemmet, når hjælpen kan varetages af en enkelt person.

- Borgeren skal primært koordinere med den myndighed, der har forsyningsopgaven, hvorved borgeren oplever én samlet indgang til det system, som skal bistå dem med hjælp efter servicelov og sundhedslov.

6.2 Ulemper ved model A og B

Ulemper ved model A:

- En ulempe ved modellen kan være, at særligt de mindre kommuner kan have svært ved at opnå den fornødne erfaring med patienter i respirationsbehandling og de komplekse problemstillinger, der kan være forbundet hermed.
- Det er Danske Regioners vurdering, at udgifterne til ordningen ved en kommunal forankring kan stige, da kommunerne med reglerne om frit valg ikke kan opnå de stordriftsfordele, der i dag evt. er ved at regionerne kan udbyde respirationsopgaven. Dette sker dog i dag kun i en enkelt region.
- Modellen kan evt. medføre en øget koordinationsopgave for respirationscentrene, da den vil medføre koordination med et større antal kommuner frem for med fem regioner. Respirationscentrene koordinerer dog allerede i dag med alle kommunerne i fire ud af fem regioner.

Ulemper ved model B:

- Med et regionalt forankret ansvar for ansættelse af BPA eller hjemmehjælp efter serviceloven, kan det muligvis blive vanskeligere at koordinere hjælperordningen med de øvrige sociale ydelser, som en borger modtager efter den sociale lovgivning.
- Model B (og A) forudsætter yderligere detailregulering fra centralt hold, herunder eksempelvis afgrænsning af, hvilke servicelovsordninger der medtages eller ikke medtages ved flytning af forsyningsopgaven. Det er en afgrænsning, der jf. gennemgangen af eksisterende ordninger, i dag håndteres i samarbejde mellem regioner og kommuner.

6.3 Fordele og ulemper ved model C

Fordele ved model C:

- Med model C får regioner og kommuner mulighed for selv at vælge samarbejdsmodel. Regioner og kommuner, der har velfungerende løsninger i forhold til fælles hjælperordninger, kan således bibeholde deres samarbejde. Yderligere får kommuner og regioner, der har vanskeligt ved at nå til enighed, retningslinjer der kan sikre en hensigtsmæssig opgavevaretagelse på tværs.

- Model C giver mulighed for, at regioner og kommuner kan tage hensyn til de lokale forhold og forskelle der er.
- Samarbejdsmodellen skal indeholde en fordelingsnøgle, der fordeler udgifterne mellem region og kommuner, således at der ikke skal ske en drøftelse i hver enkelt sag, hvormed administrationen som udgangspunkt forenkles.
- Ansvar for at tilrettelægge opgaven fastholdes og er fortsat baseret på en klar forudsætning om hensigtsmæssigt samarbejde mellem kommune og region om den enkelte borger.

Ulemper ved model C:

- I valget af samarbejdsmodel overlades koordinationen fortsat til den enkelte region og kommunerne i regionen. Der er risiko for, at det i nogle tilfælde kan blive vanskeligt at opnå enighed mellem region og kommuner om indførelse af en ny samarbejdsmodel, bl.a. fordi de økonomiske konsekvenser kan variere mellem kommuner og mellem sager i den enkelte kommune. Konsekvensen af at overlade valg af samarbejdsmodel til de enkelte regioner og kommuner kan derfor være en mere ressourcetrækkende administration.
- Modellen foreskriver, at regioner og kommuner skal finde hensigtsmæssige løsninger for borgerne, men modellen giver ikke borgeren en lovfæstet ret til at få hjælpen efter sundhedsloven leveret på samme måde som serviceloven, og dermed er der fortsat risiko for, at borgeren får to hjælperhold i hjemmet samtidig med mindre borgeren ønsker at anvende den leverandør til at udbyde hjælpen efter serviceloven, i de tilfælde, hvor regionen har indgået aftale med bestemte leverandører i forhold til respirationshjælpen. Regioner og kommuner skal dog indgå aftale om en model, der så vidt muligt understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælper til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96, og at borgeren ikke får to hjælperhold i hjemmet samtidig.

6.4 Sammenligning af model A og B

Det vurderes, at model B vil være indgribende i forhold til serviceloven, da visse regioner som noget nyt skal etablere og levere hjemmehjælpsordninger, herunder evt. gennemføre udbud. Derudover skal der sikres frit valg af leverandør mv. Regionen skal imidlertid kun varetage hjemmehjælp for patienter, som også modtager respirationsbehandling, og regionen har et større patientunderlag og dermed bedre grundlag for i sit udbud at fastsætte krav til kompetencer mht. respirationsbehandling. Dermed er der teoretisk set større mulighed for kan hjemmehjælp ydes af samme hjælper, som også varetager respirationsbehandlingen, idet regionen kan indgå aftaler med firmaer, som også kan levere hjemmehjælp, der har de nødvendige kompe-

tencer mht. respirationsbehandling. Det forudsættes, at regionen indgår aftaler med flere firmaer, således at borgerne har flere valgmuligheder, jf. § 91 i serviceloven.

Med et regionalt forankret ansvar for ansættelse af BPA eller hjemmehjælp efter serviceloven (model B), kan det evt. blive vanskeligere at koordinere hjælperordningen med de øvrige sociale ydelser, som en borger modtager efter den sociale lovgivning og dermed sikre en helhedsorienteret hjælp på det sociale område. Det bemærkes dog i den forbindelse, at kommunen har ansvaret for at udmåle tilskud til BPA og timer til hjemmehjælp samt tilsynsforpligtelsen, og at kommunen således har grundlag for at kende borgerens behov for andre ydelser.

Endelig kan den hjælp, som kommunerne yder efter serviceloven og sundhedsloven i nogle tilfælde være mere kompleks og kompetencekrævende (forflytning, sygepleje, pleje, ernæring, genoptræning m.m.) end den hjælp, der ydes til respirationsbehandlingen. Der kan derfor argumenteres for, at det er hensigtsmæssigt, at en fælles hjælperordning er kommunalt forankret, således at tilsynsansvaret for disse opgavers vedkommende er placeret hos samme myndighed, som har forsyningsopgaven. Tilsynsansvaret for respirationshjælpen vil dog fortsat ligge på respirationscenteret.

6.5 Vurdering af landsdækkende model (model A og B) versus samarbejdsmodel model (model C)

I model A og B indføres én model for så vidt angår forsyningsopgaven for hele landet, mens model C indebærer, at valget af samarbejdsmodel overlades til den enkelte region og kommunerne i regionen. Det kan dog evt. i nogle tilfælde blive vanskeligt at opnå enighed mellem region og regionens kommuner om indførelse af en ny samarbejdsmodel, bl.a. fordi de økonomiske konsekvenser kan variere mellem kommuner. Denne udfordring bliver dog i betydeligt omfang mindskes ved at indføre en fast fordelingsnøgle for fordeling af udgifter mellem region og kommune eller ved indførelse af anvendelsen af en fast takst.

Model C forudsætter, at region og kommunerne inden for regionen er villige til at indgå aftaler, så borgeren ikke oplever problemstillingen om frit valg af hjælper og to hjælperhold i hjemmet.

6.6 Vurdering af supplerende løsningsmuligheder

De supplerende løsningsmuligheder vedrører hhv. en fast takst pr. time, som skal medfinansieres, finansieringsfordeling i forbindelse med en borgers indlæggelse, ventetid på oplæring af hjælpere og ved forskellige krav til kompetence. Formålet med de supplerende løsningsmuligheder er således alene at lette administrationen af fælles hjælperordninger, således at finansieringsfordelingen i højere grad er fastsat på forhånd, og derved ikke skal forhandles mellem region og kommune i hver enkelt sag.

Alle de supplerende løsningsmuligheder kan i udgangspunktet anvendes i kombination med såvel model A, B og C.

Alle de supplerende løsningsmuligheder kan ligeledes anvendes i kombination med eksisterende modeller for samarbejde om fælles hjælperordninger. Dermed vil der også indenfor de eksisterende samarbejdsmodeller være mulighed at forenkle administrationen af de fælles ordninger.

7. Økonomiske konsekvenser

Der kan argumenteres for, at ingen af de tre beskrevne modeller vil føre til øgede udgifter til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven, idet modellerne alene indebærer tiltag, som kan medføre en omfordeling af udgifterne mellem regioner og kommuner. Det vurderes således, at alle tre modeller vil medføre en omfordeling af udgifterne til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven, jf. bl.a. spørgsmålet om en fordelingsnøgle.

Det er dog Danske Regioners vurdering, at en samling af forsyningsopgaven hos kommunerne kan medføre, at der i den region, der i dag benytter sig af udbud af rammeaftaler for hjælpere til respirationsbehandling til borgere med BPA, vil kunne opstå et pres på prisen pr. hjælperhold, hvis den enkelte borger selv sammensætter sit et hjælperhold. Det er således Danske Regioners vurdering, at model A formentlig vil medføre øgede udgifter til hjælperordninger. Det bemærkes, at det er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering, at det ikke er et EU-krav at opgaven sendes i udbud.

Hvad angår *udgifterne til administration*, må der i alle tre modeller forventes at være en reduktion i udgifterne hertil som følge af, at der ikke løbende skal indgås aftaler mellem regioner og kommuner om fordeling af finansiering af fælles hjælperordninger. Den supplerende finansieringsmodel, hvor der fastsættes en beløbsmæssig takst pr. time, som skal finansieres med en vis andel af hhv. kommunen og regionen, vil yderligere kunne reducere de administrative omkostninger forbundet med koordinering af hjælperordninger. Dette skal dog holdes op imod udfordringen fra centralt hold om at fastsætte en dækkende takst.

Hvis model B (regional forsyningsopgave) anvendes i forbindelse med hjælp efter servicelovens § 83, kan den regionale forankring medføre, at hjemmehjælp i højere grad kan ydes af samme hjælper, som også varetager respirationsbehandlingen, idet regionen i sit udbud kan fastsætte krav vedr. kompetencer mht. respirationsbehandling, og der ved kan evt. opnås en besparelse, som kan opveje de evt. ekstra udgifter til administration.

Udgifterne til respirationsbehandling i hjemmet er for 2012 skønnet til at udgøre knap 800 mio. kr. jf. Danske Regioners oplysninger i tabel 7.1. Udgifterne til BPA udgjorde ca. 1.750 mio. kr. samme år¹⁸. Af tabel 1 fremgår også oplysninger om udgifterne pr. times respirationshjælp og pr. hjælperteam. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at udgifterne til BPA gælder alle de borgere, der har BPA – og ikke kun borgere, der

¹⁸ Kilde: Social-, Børne- og Integrationsministeriet, de kommunale regnskabstal.

både har BPA og respirationshjælp. Desuden skal det understreges, at kun knap 40 pct. af de borgere, der modtager respirationshjælp i hjemmet har en BPA-ordning efter serviceloven, jf. kapitel 2.

Oplysningerne i tabel 7.1 viser bl.a., at der er betydelige forskelle i omkostningerne i de enkelte regioner. Det er dog ikke muligt på den baggrund at konkludere noget entydigt om sammenhængen mellem en organisationsmodel i en region og udgiften til respirationsbehandling, som kan danne grundlag for beregning af udgifterne forbundet med hhv. model A, B og C.

De konkrete økonomiske konsekvenser, herunder evt. forskydninger lokalt og regionalt, forudsætter bl.a. stillingtagen til det nærmere indhold af den model, som vælges, idet udgifterne bl.a. vil afhænge af fordelingsnøgle, forsyningsansvaret, timetakst og kompetenceniveau.

Tabel 7. 1. Timer og udgifter til respirationsbehandling fordelt på regioner 2012.

	Ordinerede antal timer til respirationsbehandling i hjemmet om året*	Fordeling mellem ufaglært/faglært respirationshjælp (ordinerede timer)	Gennemsnitlig pris for 1 times faglært respirationshjælp	Gennemsnitlig pris for 1 times ufaglært respirationshjælp	Regionernes samlede udgifter til respirationsbehandling i hjemmet **	Antal hjælperordninger	Regionernes gennemsnitlige udgift pr. hjælperordning	Gennemsnitligt antal timer pr. hjælperordning
Region Hovedstaden	1.415.687	1.186.367/29.320	321 kr.****	178 kr.****	250.000.000	192	1.302.083	7.373
Region Sjælland	718.000	639.000/79.000	243-617 kr.***	174-375 kr.***	131.000.000	105	1.247.619	6.838
Region Syddanmark	681.090	*****	250-300 kr.***	174 – 230 kr.***	181.200.000	97	1.868.041	7.022
Region Midtjylland	1.000.100	705.070,5/295.029,5	328 kr.*****	194,25 kr.	162.500.000	140	1.160.714	7.144
Region Nordjylland	295.285	87.109/208.176			70.200.000	43	1.632.558	6.867
Hele landet	4.110.162				794.900.00	577	1.377.643	7.123,33

Kilde: Danske Regioner

* For Region Hovedstaden indbefatter tallet både region og kommuner

**Kommunernes andel heraf er modregnet

*** Angivet i interval, da prisen varierer alt efter tidspunkt på døgnet samt om det er hverdag, lørdag eller søn- og helligdage.

**** Beregnet som gennemsnit på grundlag af faktisk antal ordninger og de samlede faktiske udgifter. Priserne omfatter både respirationsbehandling og pleje

***** Region Syddanmark har ikke indberettet tal for fordelingen ml. faglært og ufaglært, men angiver, at der er overvægt af ufaglært hjælp til respirationsbehandling.

***** Timeprisen for en faglært hjælper er en gennemsnitsberegning og kan således variere afhængig af, hvilken type sag, der er tale om.

Den gennemsnitlige årlige udgift i 2012 i en § 95-ordning var ca. 0,5 mio. kr. og ca. 1,0 mio. kr. i en § 96 ordning (kilde: Social-, Børne- og Integrationsministeriet, Statistikbanken).

Bilag A. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. hjælperordninger i hjemmet

Baggrund

Voksne borgere med et omfattende behov for hjælp som følge af en betydelig og varigt nedsat funktionsevne kan få tilskud til hjælpere i form af borgerstyret personlig assistance (BPA). Tilsvarende gælder, at et barn med funktionsnedsættelse kan modtage praktisk og personlig hjælp, aflastning mv. efter serviceloven. Nogle af disse borgere har også behov for respiratorbehandling i hjemmet og har behov for hjælpere til behandlingen.

Tilskud til BPA og personlig og praktisk hjælp mv. til børn ydes af kommunen i medfør af serviceloven, mens hjælp til respiratorbehandling i hjemmet ydes af regionen i medfør af sundhedsloven. Det er Social- og Integrationsministeriets og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfattelse, at når en borger har behov for hjælp til respirationsbehandling og BPA/hjælp efter serviceloven til børn samtidig, kan hjælpen i de fleste tilfælde ydes af én og samme person.

BPA efter serviceloven dækker hjælp i hjemmet, ledsagelse og overvågning. Det er en betingelse, at borgeren er i stand til at fungere som arbejdsleder for hjælperne. Borgeren har som udgangspunkt også arbejdsgiveransvaret, dvs. ansvaret for administrationen af ordningen, herunder ansættelse/afskedigelse af hjælpere, men har mulighed for at overdrage denne opgave til en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed. Det er kommunen, som fastsætter, hvor mange timer en borger har behov for BPA.

Kommunalbestyrelsen skal efter servicelovens bestemmelser om støtte til børn under 18 år yde den nødvendige støtte til barnet og familien. Kommunalbestyrelsen kan fx yde personlig hjælp og pleje samt afløsning og aflastning efter servicelovens § 44, jf. §§ 83 og 84 samt hjemmesygepleje efter sundhedslovens § 138.

Respiratorbehandling er en højt specialiseret sygehusfunktion. Behandlingen er lægeforbeholdt virksomhed, som kan delegeres til en medhjælp. Uanset respirationshjælperens ansættelsesforhold er det derfor de ansvarlige sygehuslæger, der har det overordnede sundhedsfaglige ansvar for behandlingen. Det sundhedsfaglige ansvar omfatter oplæring, instruktion og tilsyn med hjælpen til respirationsbehandling. De ansvarlige læger kan således også vurdere, at en person ikke er egnet til at varetage hjælpen til respirationsbehandling. Det er de ansvarlige læger i respirationscentret, der vurderer borgerens behov for respirationshjælp.

Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har udarbejdet en vejledning om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og BPA i de tilfælde, hvor hjælpen kan ydes af én og samme person. Baggrunden for vejledningen er bl.a., at der i nogle tilfælde har været uenighed mellem region og kommune om, hvordan udgifterne til hjælp til respirationsbehandling og BPA skal deles, når hjælpen kan varetages af en enkelt hjælper. Der kan bl.a. være uenighed om udmåling af timer til hjælp og aflønning af hjælpere, idet udmåling og aflønning sker med udgangspunkt i de forskellige regelsæt. F.eks. er der efter servicelovens § 96 fastsat bindende regler for udmåling af tilskud til løn mv. til handicaphjælper, som ikke gælder på sundhedslovens område.

En særlig problemstilling er desuden, at borgere efter servicelovens § 96 har ret til selv at vælge handicap-hjælpere og vælge hvilken nærtstående person, forening eller virksomhed, der skal være arbejdsgiver for deres hjælpere, mens der ikke er en tilsvarende ret efter sundhedsloven til at vælge behandlere, herunder hjælpere til respirationsbehandling.

Vejledningen giver en samlet beskrivelse af reglerne for hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven og BPA efter serviceloven. I forbindelse med høringen vedr. vejledningen har flere parter peget på, at det ikke er tilstrækkeligt at tydeliggøre reglerne, men at reglerne bør samles i en enkelt lovgivning.

På den baggrund skal der udarbejdes en analyse af mulighederne for at samle reglerne om tilskud til personlige hjælpere i et fælles regelsæt, der tager udgangspunkt i borgerens samlede hjælpebehov. Det skal vurderes, om en samling af reglerne om hjælp til respirationsbehandling og BPA i ét regelsæt vil være en fordel for borgerne og samlet set vil forenkle kommunernes og regionernes administration af disse ordninger.

Opgaver

Arbejdsgruppen skal:

- Udarbejde forslag til modeller for samling af bestemmelser om fælles hjælperordninger i én lovgivning samt andre muligheder for løsning af problemstillinger forbundet med koordinering af hjælperordninger
- Vurdere om en af de foreslåede modeller kan benyttes i forbindelse med lignende hjælperordninger efter serviceloven
- Afgive indstilling vedr. samling af bestemmelser om fælles hjælperordninger i én lovgivning

Arbejdsgruppen skal som led i dette arbejde bl.a.:

- Beskrive reglerne for hjælperordninger i hjemmet efter hhv. sundhedsloven og serviceloven
- Beskrive omfanget af fælles hjælperordninger
- Beskrive erfaringer med fælles hjælperordninger i hjemmet, herunder problemer i forbindelse med koordinering af hjælperordninger
- Vurdere fordele og ulemper ved de foreslåede modeller
- Vurdere de økonomiske konsekvenser af de foreslåede modeller

Deltagere og organisering

Social- og Integrationsministeriet (2)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (3)

Sundhedsstyrelsen (2)

Danske Regioner (1)

Regioner (5)

KL (1)

Kommuner (2)

Danske Handicaporganisationer (2)

Formandskab og sekretariat varetages i samarbejde mellem Social-, Børne- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Tidsplan

Arbejdsgruppens indstilling skal foreligge medio 2012

Bilag B. Arbejdsgruppens sammensætning (august 2013)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Helle Schnedler, kontorchef, Primær Sundhed og Forebyggelse (formand til juni 2013)

Jakob Krogh, kontorchef, Sygehuspolitik (formand fra juni 2013)

Birgitta Winkler, specialkonsulent, Primær Sundhed og Forebyggelse (sekretær) – indtil november 2012 og fra juni 2013, Sygehuspolitik.

Camilla Lund-Cramer, fuldmægtig, Sygehuspolitik (sekretær)- indtil juni 2013

Pernille Westh Nielsen, Primær Sundhed og Forebyggelse, fuldmægtig (fra august 2013)

Social-, Børne- og Integrationsministeriet

Hanne Stig Andersen kontorchef, Handicapkontoret (formand)

Katrine Wilms Andersen, souschef, Handicapkontoret

Charlotte Aastrup Poole, specialkonsulent, Handicapkontoret (sekretær fra 1. juni 2012)

Tina Hansen, specialkonsulent, Handicapkontoret (sekretær til 1. juni 2012)

Sundhedsstyrelsen

Tora Dahl, seniorkonsulent, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Rune Eeg Nordvig, konsulent, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Danske Regioner

Janet Samuel, kontorchef, Center for sundhedspolitik, økonomi og socialpolitik

Anne Martens, konsulent, Center for sundhedspolitik, økonomi og socialpolitik

Regionerne

Dorthe Mathiesen, teamleder v. respiratorer, Primær Sundhed, Region Sjælland

Dorthe Sylvestersen, konsulent, direktionssekretariatet, OUH, Region Syddanmark

Søren Helsted, budgetchef, Koncern Økonomi, Region Hovedstaden

Martin Kragh Abildgaard, koordinerende respiratorkonsulent, respiratorteamet, Region Midtjylland,

Anne Merethe Christensen, jurist, Region Nordjylland

KL

Rigmor Lond, konsulent, Social og Sundhed

Kommunerne

Vita Jensen, visitator, Myndighedsafdelingen, Vejle Kommune

Helle Østergaard Stisen, områdechef, Enheden Handicapkompenserende ydelser til børn

Danske Handicaporganisationer

Jeppe Kerckhoff, Politisk konsulent / rådgivningsleder, Dansk Handicap Forbund

Jørgen Lenger, udviklingschef, Muskelsvindfonden

DASAIM (Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin) (pr. 21. august 2012)

Ole Nørregaard

Bilag C. Hjælperordninger

I det følgende beskrives hjælp efter sundhedsloven og hjælp, som kan modtages efter serviceloven i kombination med hjælp efter sundhedsloven. Reglerne vedr. behandlingsansvar, arbejdsgiveransvar, valg af hjælper mv. er desuden beskrevet mere detaljeret i vejledning om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og borgerstyret personlig assistance.

Hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven

Sygehusbehandling i hjemmet

Regionsrådet har ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver, jf. § 74 i sundhedsloven. Det er sygehusvæsenets opgave at yde specialiseret behandling samt yde den direkte dermed forbundne pleje og overvågning. Nogle af sygehusvæsenets behandlingsopgaver kan blive udlagt til hjemmet. Respirationsbehandling i hjemmet er et konkret eksempel på dette. I tilfælde hvor sygehusbehandling er udlagt til hjemmet, er det sygehusvæsenet (regionen), som finansierer den hjælp til behandling, som er direkte forbundet dermed.

Et integreret led i sygehusbehandling er at forsyne patienter med de redskaber m.v., som indgår i behandlingsindsatsen. I cirkulære nr. 149 af 21. december 2006 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret) nævnes respiratorer og dialyseapparater som eksempler på behandlingsredskaber, og det bemærkes samtidig, at sygehusvæsenet er forpligtet til at betale for de nødvendige personaleressourcer, der knytter sig til den daglige brug i hjemmet heraf, jf. også ovenfor. Dette gælder efter Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfattelse også nødvendige personaleressourcer, der knytter sig til den daglige brug i hjemmet af andet apparatur, som er behandlingsredskaber efter afgrænsningscirkulærets pkt. 2.1.3.

Sygehusvæsenet kan yde sygehusbehandling ved egne sygehuse, men kan bl.a. også indgå aftale med private institutioner som led i opgaveløsningen, jf. § 75 i sundhedsloven.

Respirationsbehandling, herunder diagnostik, efterbehandling og behandling i hjemmet er en højt specialiseret sygehusfunktion, som varetages af respirationscentre på henholdsvis Glostrup Hospital (Respirationscenter Øst), AUH Århus Sygehus (Respirationscenter Vest) og Odense Universitetshospital (i formaliseret samarbejde med Respirationscenter Vest eller Øst)¹⁹. Principperne for den sundhedsfaglige tilrettelæggelse af respirationsbehandling i hjemmet er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om kronisk respirationsinsufficiens²⁰.

¹⁹ Specialevejledning for anæstesiologi, Sundhedsstyrelsen 12. oktober 2011.

²⁰ Vejledning nr. 15875 af 19. december 1990 om respirationsinsufficiens som følge af neuromuskulære lidelser, thoraxdeformiteter mm.

Respirationsbehandling er lægeforbeholdt virksomhed, som kan delegeres til en medhjælp, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af medhjælp²¹. Det vil sige, at hjælperen behandler patienten efter delegation fra den ansvarlige læge på respirationscentret. Respirationscentret/den ansvarlige læge har pligt til at oplære, instruere og føre tilsyn med respirationsbehandlingen og sikre, at den udføres som ordineret. I den forbindelse skal de ansvarlige læger på respirationscentrene sikre, at de personer, som udfører respirationsbehandlingen i hjemmet, har de nødvendige kompetencer til at udføre opgaven. Uanset hjælpernes ansættelsesforhold er det den ansvarlige læge på respirationscentrene, der har det overordnede sundhedsfaglige ansvar for den respirationsbehandling, der gives i patientens eget hjem. Det betyder blandt andet, at de ansvarlige læger på et respirationscenter kan beslutte, at en person ikke er egnet til at varetage respirationsbehandlingen.

Det er efter Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses vurdering ikke en forudsætning for delegation af lægeforbeholdt virksomhed, at der består et ansættelsesretligt eller kontraktmæssigt forhold mellem den, der delegerer og medhjælpen, der delegeres til.

Det følger af vejledningen om benyttelse af medhjælp, at hvis en person, der har fået delegeret ansvar for respirationsbehandling, følger den givne instruktion, vil ansvaret for udførelsen af opgaven påhvile lægen. Hvis personen ikke følger den givne instruktion, vil pågældende selv have ansvaret for opgavens udførelse. Hvis den ansvarlige læge således vurderer, at en hjælper ikke varetager respirationsbehandlingen forsvarligt, skal lægen instruere hjælperen og efter omstændighederne informere patienten og arbejdsgiveren, hvis der er behov for opfølgning - f.eks. i form af yderligere supervision eller afskedigelse af hjælperen.

Hjælp efter serviceloven

Der er følgende ordninger efter serviceloven, som er den hjælp, der typisk gives til borgere, som er i respirationsbehandling, og som derfor vurderes relevante at beskrive i nærværende rapport:

- § 83: Personlig og praktisk hjælp i hjemmet (hjemmehjælp)
- § 85: Socialpædagogisk bistand
- § 95: Kontant tilskud til personlig og praktisk hjælp over 20 timer om ugen
- § 96: Borgerstyret personlig assistance

Herudover er der bestemmelser i serviceloven om botilbud m.v. (§ 107/ § 108 / § 192) samt ledsageordninger (§ 97), som kan være relevante for borgere, som modtager hjælp til respirationsbehandling efter sund-

²¹ Vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af lægeforbeholdt virksomhed).

hedsloven, jf. opgørelsen over de forskellige ordninger i afsnit 4. Disse bestemmelser vil ikke være det primære fokus i denne rapport.

De ordninger, som kan modtages efter serviceloven i kombination med hjælp efter sundhedsloven, beskrives i overordnede linjer i det følgende, idet der indledes med BPA.

§ 96: Borgerstyret personlig assistance.

Det overordnede formål med reglerne om borgerstyret personlig assistance (BPA) er at skabe grundlag for fleksible ordninger. Borgere, der kan og ønsker at modtage tilskud til selv at ansætte hjælpere, får tilbudt en ordning, der tager udgangspunkt i borgerens selvbestemmelse, og som dermed kan tilpasses borgernes ønsker og behov, så personer med omfattende funktionsnedsættelser kan fastholde eller etablere et selvstændigt liv.

Formålet er samtidig, at der skabes mulighed for helhedsorienteret hjælp for borgere med et omfattende hjælpebehov. BPA kan samtidig være et tilbud til borgere, der ikke har så omfattende plejemæssigt hjælpebehov, og hvor kommunen vurderer, at BPA vil være den bedste mulighed for at tilbyde en sammenhængende hjælp til borgeren. Det er borgerens valg, om denne ønsker at modtage hjælpen i form af BPA.

Ved at give borgerne mere valgfrihed med hensyn til placeringen af de opgaver, der er forbundet med at ansætte hjælpere, sikres det, at ordningen i højere grad kan indrettes i forhold til den enkelte borgers ønsker og behov. Herved fastholdes intentionerne om at sikre borgerens selvbestemmelse samtidig med, at den enkelte borger kan aflastes i forhold til en række administrative opgaver, ved at overføre tilskuddet til en anden part (nærtstående, forening eller privat virksomhed), der herefter er arbejdsgiver for hjælperne og varetager de administrative og juridiske opgaver, der er forbundet hermed.

Kommunen skal tilbyde BPA til den personkreds, der er omfattet af § 96, stk. 1. Det drejer sig om borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte til pleje, overvågning²² eller ledsagelse, for at kunne opbygge eller fastholde et selvstændigt liv med mulighed for deltagelse i samfundslivet. Det vil normalt sige personer, som i høj grad er afhængig af hjælp til at udføre almindelige daglige aktiviteter som eksempelvis lave mad, læse, tage bad, skrive mv., og som har et omfattende behov for pleje, overvågning, ledsagelse eller praktisk bistand.

Servicelovens § 96 er desuden som udgangspunkt rettet mod borgere med mere massive og sammensatte hjælpebehov, hvor borgerens behov ikke kan dækkes ved almindelig personlig og praktisk hjælp mv. Det kan eksempelvis skyldes, at der er tale om hjælpebehov, der ligger ud over, hvad der kan ydes som personlig og praktisk hjælp, eller ud over det behov for ledsagelse, der kan imødekommes efter andre bestemmelser i

²² Overvågning anvendes både i Serviceloven som et generelt behov for overvågning og er samtidig beskrevet i Vejledning om respirationsbehandling som en integreret del af respirationsbehandling. Hvis der er behov for overvågning efter serviceloven, visiteres dette ikke subsidiært til den respiratoriske overvågning.

serviceloven. Det kan f.eks. være behov for hjælp til mange eller mere spredte opgaver i løbet af døgnet, hvor det er en forudsætning, at hjælperne er til stede for, at borgeren kan leve et selvstændigt liv.

Det særlige hjælpebehov kan f.eks. også have baggrund i, at den hjælp, borgeren har behov for, har en så personlig karakter, at det er væsentligt selv at kunne sammensætte sit hjælperkorps. Det kan være, at borgerens behov er så specifikke og personlige, at de forudsætter individuel oplæring af hjælperne, f.eks. af hensyn til forflytning, placering i kørestol, betjening af særligt indrettet bil eller lift.

Endelig kan det være afgørende for borgeren, at hjælpen skal ydes på bestemte tidspunkter i forhold til at få borgerens dagligdag til at fungere i forhold til familieliv, arbejdsliv, herunder sikkerhed for overholdelse af mødetider, uddannelse, fritidsliv mv. Det at have ansvaret for et eller flere mindre børn, som borgeren bor sammen med, kan også i sig selv være tilstrækkeligt, fordi borgeren kun i meget begrænset omfang kan påtage sig noget af det praktiske selv.

Der er ikke fastsat begrænsninger for, hvilke former for funktionsnedsættelser der kan være omfattet af hjælp efter servicelovens § 96. Det vil altid bero på en konkret og individuel vurdering, om borgeren er omfattet af personkredsen og opfylder betingelserne for at modtage hjælp efter denne bestemmelse.

Kommunen kan desuden vælge at tilbyde BPA til borgere, der normalt ikke er omfattet af personkredsen for hjælp efter § 96, når kommunen vurderer, at BPA er den bedste mulighed for at yde en sammenhængende og helhedsorienteret hjælp til borgeren, jf. servicelovens § 96, stk. 3. Det kan eksempelvis være borgere, der ikke har helt så omfattende og sammensat et hjælpebehov, som det forudsættes efter § 96, stk. 1. Bestemmelsen kan være relevant at anvende til borgere, der får dækket hjælpebehovet efter en række bestemmelser, som f.eks. servicelovens § 83 om personlig og praktisk hjælp, § 84 om aflastning og afløsning, § 95 om kontant tilskud, § 97 om ledsagelse, § 100 om nødvendige merudgifter m.fl. Denne adgang til i stedet at yde hjælp efter § 96 giver kommunen mulighed for at tilbyde en sammenhængende hjælp til borgere, der ellers vil modtage hjælp efter mange forskellige bestemmelser. Det vil give mulighed for en enklere sagsbehandling i forhold til den enkelte borger, hvor der ellers vil være behov for at koordinere sagen mellem flere sagsbehandlere, evt. flere forvaltninger.

§ 95: Kontant tilskud til personlig og praktisk hjælp

Hvis kommunen ikke har mulighed for at udføre den hjælp, som borgeren har behov for, kan kommunen i stedet udbetale et tilskud til hjælp, som den pågældende selv antager, jf. § 95, stk. 1. § 95, stk. 1, er en undtagelsesbestemmelse, der kun kan anvendes, hvis kommunen ikke kan stille den nødvendige hjælp til rådighed efter servicelovens §§ 83 om personlig og praktisk hjælp og 84 om afløsning/aflastning.

Kommunen eller borgeren kan dermed ikke frit vælge, om der skal udbetales et kontant tilskud efter § 95, stk. 1, eller gives naturalhjælp (dvs. at hjælpen leveres som hjemmehjælp af kommunen eller en godkendt privat leverandør). Det er en forudsætning, at kommunen sikrer, at ressourcerne løbende tilpasses til behovet for personlig og praktisk hjælp. Muligheden for at udbetale tilskud kan derfor kun anvendes i særlige tilfælde. Som eksempler kan nævnes tilfælde, hvor samarbejdet mellem borgeren og det kommunale personale eller godkendte leverandører er vanskeliggjort i væsentlig grad.

En person med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for personlig hjælp og pleje og for støtte til løsning af nødvendige praktiske opgaver i hjemmet i mere end 20 timer ugentligt, har en ret til at få udbetalt et kontant tilskud til hjælp, som den pågældende selv antager, jf. § 95, stk. 2. For denne gruppe borgere med et større hjælpebehov end 20 timer om ugen er der dermed tale om en ret til at vælge et kontant tilskud frem for at modtage hjælpen i form af naturalhjælp.

Bestemmelsen er rettet mod personer der, selv om der er tale om et større hjælpebehov, ikke har et så omfattende og sammensat hjælpebehov, som forudsættes efter servicelovens § 96 om BPA, og hvor der er tale om ydelser, der ligger inden for rammerne af servicelovens §§ 83 og 84. Der kan eksempelvis også være tale om borgere, som har et omfattende behov for personlig og praktisk hjælp, men hvor behovet for ledsagelse uden for hjemmet er begrænset og kan dækkes gennem en ledsageordning efter servicelovens § 97.

Kommunen kan desuden i særlige tilfælde vælge at udbetale tilskuddet til en nærtstående person, som hjælper den pågældende efter § 95, stk. 3. Bestemmelsen er rettet mod de situationer, hvor kommunen skønner, at borgeren ikke selv vil være i stand til at fungere hverken som arbejdsgiver eller arbejdsleder for hjælperne, eksempelvis som følge af udviklingshæmning, hjerneskade eller kognitive funktionsnedsættelser. I denne situation kan kommunen vælge at yde det kontante tilskud til en nærtstående, som kan og vil påtage sig at varetage denne opgave. Det er en forudsætning, at både borgeren (eller eventuelle væрге) og den nærtstående ønsker, at denne udfører opgaven.

Det er endvidere en forudsætning, at kommunen efter en nøje vurdering af den pågældendes situation, herunder en vurdering af borgerens mulighed for selvstændig livsførelse, boligforhold, netværksressourcer mv., finder det hensigtsmæssigt, at det er den nærtstående, der varetager denne opgave. Kommunen skal, især når der er tale om yngre personer, overveje, om denne løsning giver den unge mulighed for selvstændig livsudfoldelse. Kommunen kan eventuelt beslutte, at hjælpen skal ydes helt eller delvis som naturalhjælp.

Hvis den nærtstående vælger at overføre tilskuddet til en forening eller en privat virksomhed, vil det alene være en betingelse, at den nærtstående kan fungere som arbejdsleder for hjælperne.

§ 83: Personlig og praktisk hjælp i hjemmet (hjemmehjælp)

Kommunen har efter § 83 stk. 1, nr. 1, 2 og 3, jf. stk. 2, pligt til at sikre, at personer, der midlertidigt eller varigt har behov for personlig hjælp og pleje og praktisk hjælp og støtte til nødvendige opgaver i hjemmet og madservice, kan få tilbud om hjælp til disse funktioner. Kommunen har det overordnede ansvar for denne hjælp.

Hjælpen skal indgå som et led i kommunens øvrige sociale og sundhedsmæssige tilbud til ældre, personer med handicap og personer med sociale problemer mv., og hjælpen skal medvirke til, at disse personer kan fungere bedst muligt i deres aktuelle bolig, idet hjælpen skal bidrage til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Den personlige og praktiske hjælp og madservice skal betragtes som hjælp til selvhjælp, dvs. som supplerende hjælp til opgaver, som modtageren midlertidigt eller varigt er ude af stand til eller kun meget vanskeligt kan udføre på egen hånd. Hjælpen skal gives og tilrettelægges i nært samarbejde med modtageren og støtte

denne i at vedligeholde eller genvinde et fysisk eller psykisk funktionsniveau eller afhjælpe særlige sociale problemer.

Personlig og praktisk hjælp og madservice kan gives midlertidigt eller varigt afhængigt af det konkrete behov for hjælp. Der er ikke fastsat grænser for, hvor lang tid der kan gives midlertidig hjælp. Midlertidig hjælp kan derfor gives så længe, det skønnes, at modtageren på et tidspunkt vil blive i stand til at klare sig selv.

Kommunen skal fastsætte kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp og madservice, men der skal i den enkelte sag foretages en konkret og individuel vurdering af borgerens hjælpebehov, som skal holdes op mod kvalitetsstandarderne. Hvis borgerens behov tilsiger det, skal der ydes hjælp ud over, hvad der følger af kvalitetsstandarderne.

Personlig og praktisk hjælp og madservice gives hovedsagelig i dag- og aften timerne, men kommunen skal efter § 87 sørge for, at der i fornødent omfang kan gives hjælp døgnet rundt. Kommunen kan ikke stille krav om, at modtageren skal tage ophold i en anden boligform, hvis hjælpen overstiger et vist niveau.

Personer eller familier, der har behov for personlig og praktisk hjælp og madservice, kan have problemer, som kræver mere indgående social- eller sundhedsmæssig bistand. Det følger af formålsbestemmelsen i § 81, at der skal ydes en særlig indsats over for bl.a. denne målgruppe. Det kan derfor være nødvendigt at give andre former for hjælp ved siden af hjælpen efter § 83.

Kommunen har i medfør af § 91 i serviceloven pligt til at sikre, at modtagere af hjælp efter § 83 kan vælge mellem to eller flere leverandører af hjælpen.²³

Hjælp og støtte efter servicelovens § 85

Hjælp og støtte efter servicelovens § 85, herunder socialpædagogisk bistand, ydes til personer, der på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor. Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, således at borgeren kan leve et liv på egne præmisser. Socialpædagogisk bistand kan bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter borgeren i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt. Socialpædagogisk bistand kan ydes, som et element i et samlet tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning, ledsagelse til personer uanset deres boform. Bistanden kan også bestå af den mere omsorgsbetonende og intensive støtte til personer med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, hvor den personlige omsorg og pleje kan være et mål i sig selv.

Formålet med indsatsen efter servicelovens § 85 er at styrke den enkeltes funktionsevne eller at kompensere for den nedsatte funktionsevne, som betyder, at den enkelte ikke kan klare sig i dagligdagen eller i relation til omgivelserne. Socialpædagogisk bistand skal bidrage til, at den enkelte kan skabe en tilværelse på egne

²³ En modtager af hjælp efter § 83 har mulighed for selv at udpege en person til at udføre den personlige og praktiske hjælp, jf. § 94 i serviceloven. KL har dog vurderet, at kun ganske få personer får hjælp efter servicelovens § 94 samtidig med hjælp til respirationsbehandling. Derfor indgår hjælp efter servicelovens § 94 ikke i arbejdsgruppens analyse.

præmisser, Indsatsen tager således sigte på, at den enkelte kan bevare eller forbedre sine psykiske, fysiske eller sociale funktioner. Formålet med støtten kan være udvikling af og vedligeholdelse af personlige færdigheder, bl.a. med henblik på at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v., således at personen bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud.

Støtte efter § 85 vil ofte blive givet i sammenhæng med andre ydelser efter serviceloven, herunder f.eks. personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter § 86, behandling efter § 102 eller aktivitets- og samværstilbud efter § 104. Endvidere vil der i mange tilfælde være sammenhæng med ydelser efter andre lovgivninger, herunder sundhedslovgivningen. F.eks. kan træning, pleje, behandling og rådgivning have form af et tværfagligt samarbejde, hvor der kan være en glidende overgang mellem bestemmelserne i serviceloven og sundhedsloven.

Bilag D. Fakta om hjælperordninger

Ifølge regionernes opgørelse i slutningen af 2011/begyndelsen af 2012 har ca. 542 patienter på landsplan hjælp til respirationsbehandling i hjemmet, jf. tabel 1.

Tabel 1. Regionale hjælperordninger til respirationsbehandling

	Respirator (tracheostomi)	Maskebehandling (Bi-PAP/ C-PAP)	Tracheostomi uden Respirator (trachealkanyle)	I alt
Region Hovedstaden	90	82	5	177
Region Sjælland	54	41	2	97
Region Syddanmark	47	34	16	97
Region Midtjylland	66	43	15	124
Region Nordjylland	24	11	12	47
I alt	281	211	50	542

Af tabel 2 fremgår dels regionale respirationsordninger, hvor der ikke er overlap med kommunale ordninger med hjælp efter serviceloven (1. kolonne), dels regionale respirationsordninger, hvor der samtidig er bevilget kommunal hjælp, og hvor regionen og kommunen derfor har aftaler om samfinansiering.

Tabel 2. Hjælp til respirationsbehandling og kommunale ordninger med hjælp efter serviceloven som overlapper med hjælpen til respirationsbehandling.

	Hjælperordninger til respirationsbehand- ling hvor der ikke er overlap med kom- munal hjælp	§ 83 / § 85 Hjemmehjælp /socialpædagog isk bistand	§ 95 Kontant tilskud	§ 96 BPA	§§ 107, 108 og 192 Botilbud mv.	Øvrige inkl. nye og uoply- ste	I alt
Region Hovedstaden	41	33	9	62	5	27	177
Region Sjælland	16	16		33	2	30	97
Region Syddanmark	0	10	5	23	6	53	97
Region Midtjylland	9	14	7	72	2	20	124
Region Nordjylland	0	6	13	13	4	11	47
I alt	66	79	34	203	19	141	542
Andel af alle hjelperordninger til respirationsbehand- ling	12 %	15 %	6 %	37 %	4 %	26 %	100 %

Kilde: Regionerne. Opgørelse ultimo 2011/primus 2012.

Bilag E. Eksempel - Region Sjælland

Region Sjælland har en procedure, som indebærer, at når en patient har fået ordineret respiratorisk overvågning i eget hjem, tager regionen kontakt til patientens bopælskommune for at få dialog om etablering af en hjælperordning til en borger, hvor der er både kommunale og regionale ydelser. Der tages udgangspunkt i, hvilke ydelser borgeren er visiteret til efter serviceloven. Kommunen oplyser umiddelbart herefter, hvordan kommunen i samarbejde med borgeren har aftalt, at ordningen skal administreres og forankres.

Borgeren er visiteret til ydelser efter §§ 95/96:

Den samlede forsyningsopgave forankres i kommunen. Det er borgeren og kommunen, som i samarbejde etablerer hjælperholdet efter reglerne om §§ 95/96 i serviceloven.

Regionen medfinansierer ordningen i overensstemmelse med den lægeordinerede behandling ud fra princippet om fordeling af overlappende timer med 50/50.

Borgeren er visiteret til andre ydelser i serviceloven (primært § 83):

Den samlede forsyningsopgave forankres i Region Sjælland. Regionen har på nuværende tidspunkt indgået rammeaftale med 3 leverandører af hjælperhold. Der er truffet aftale med leverandørerne om en række kvalitetsparametre, herunder at borgeren skal inddrages i etablering af hjælperholdet, og at borgerens ønske om valg af hjælper skal imødekommes i det omfang det er praktisk muligt.

Kommunen medfinansierer ordningen i overensstemmelse med den kommunale visitation efter serviceloven ud fra princippet om fordeling af overlappende timer med 50/50.

Følgende er fælles for alle ordninger:

- Respirationscentrene har den overordnede tilsynsforpligtelse med den sundhedsfaglige ydelse og vurderer krav til hjælpers kvalifikationer for den sundhedsfaglige ydelse og godkender hjælperne
- Kommunen har den overordnede tilsynsforpligtelse med de kommunale ydelser
- Alle ordninger vurderes konkret og individuelt af kommune og region.

Bilag F. Eksempel "Vejlemodellen"

I det følgende beskrives et eksempel på, hvordan model A og model C kan udformes i praksis. Eksemplet er baseret på erfaringer fra samarbejdet mellem Vejle Kommune og Sygehus Lillebælt. Princippet i eksemplet er udarbejdet i et samarbejde mellem Vejle Kommune og Region Midtjylland. Modellen kan som udgangspunkt også anvendes, hvis fælles hjælperordninger skal tilrettelægges som i model B.

Udgangspunkt for modellen

- Modellen baserer sig i grundtræk på en lang tradition for godt samarbejde og aftalestruktur mellem regioner og kommuner i Vest.

Overordnede principper for modellen

- Hjælperopgaven forankres i kommunen. Regionen medfinansierer timer til respirationsbehandling ved den kommunale løsning ud fra fordelingen 35/65, hvor kommunen betaler 35 % og regionen betaler 65 %.
- Kommunen har den overordnede instruktions- og tilsynsforpligtelse i forhold til borgerens personlige pleje og omsorg, praktiske og personlige bistand samt hjælp til opretholdelse af livsudfoldelse.
- Respirationscenteret (regionen) bevarer ansvaret for respirationsbehandlingen og har dermed instruktions- og tilsynsforpligtelse med den respiratoriske behandling/overvågning, herunder varetage af den fornødne oplæring af hjælperne. Respirationsbehandling er højt specialiseret sygehusbehandling og varetages under ansvar fra lægen på respirationscenteret. Respirationsbehandlingen delegeres til de hjælpere, som er ansat efter Servicelovens bestemmelser. Det er respirationscenteret, som fastsætter omfanget af behov for respirationsbehandling/overvågning.
- Regionens andel af udgiften til en fælles opgaveløsning tager udgangspunkt i timer til hjælp. Se eksempler i slutningen af bilag E.
- Regionen vurderer uddannelsesniveau for respiratorbehandlingen. Kommunen vurderer uddannelsesniveau for hjælp efter serviceloven. Det er den højeste fællesnævner, der anvendes ved fastsættelse af lønniveau for hjælperne.
- Ved akut opstået behov for respiratorovervågning, hvor kommunen ikke kan løse opgaven fra udskrivelsesdatoen, iværksættes overvågningen af regionen i form af midlertidigt vikarbureau. Kommunen medfinansierer regionens løsning i op til 4 måneder – uanset om der samtidig ydes hjælp efter serviceloven. Går der mere end 4 måneder, inden regionen kan oplære hjælperhold, afholder regionen hele udgiften indtil startdatoen for hjælpernes oplæringsforløb. Oplæring skal varsles min. 2 måneder før. Fristen på 4 måneder er fastsat for at modvirke, at kommuner skal medfinansiere en dyr regional akut-løsning i lang tid.
- Ved indlæggelser over 8 dage betaler regionen hele udgiften fra og med dag 8.

Forudsætninger og detaljer

- Den kommunale medfinansiering forudsætter, at hjælperne, der også yder respiratorbehandling/overvågning, samtidig yder hjælp efter serviceloven, dvs. til personlige og praktiske opgaver efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96.
- Kommunen træffer afgørelse om den samlede hjælp. Afgørelsen indeholder dels beskeden fra respirationscenteret/sygehus vedrørende ordination m.v., dels en samlet udmåling af hjælp efter serviceloven.
- Kommunen skal organisere sig således, at regionen har én indgang ved nye patientforløb. Regionen skal tilsvarende organisere sig, så kommunen har én indgang vedrørende den respiratoriske behandling. Baggrunden for forslaget er, at regionen oplever, at samarbejdet om borgeren er vanskeliggjort i kommuner, hvor forskellige afdelinger er uenige om, hvem der har opgaven. Navnlig i sager vedr. tracheostomerede med behov for sug oplever kommunerne, at samarbejdet med sygehuset er vanskeliggjort, hvor forskellige afdelinger er uenige om, hvilken afdeling, der er stamafdeling.
- Respirationscenteret skal sende skriftlig besked, adresseret til den relevante afdeling i kommunen. Heraf skal fremgå: ordination, antal timers overvågning, dato for behandlingsstart og startdato for oplæringsforløb for hjælperhold, uddannelsesniveau, antal anbefalede oplæringstimer i respiration pr ny hjælper, antal timer med behov for 2. hjælper til den respiratoriske behandling, evt. andre oplysninger, der har betydning for kommunens bevilling.
- Der udarbejdes en vejledning vedr. detaljeringsgrad for de regninger, som kommuner/regioner fremsender. Formålet er at minimere behovet for kontrol.
- Medfinansieringen omfatter alle udgifter forbundet med arbejdsleder- og arbejdsgiveropgaver samt afledte udgifter ved hjælperordningen: Udgifter ved hjælperes sygefravær, barnets 1.- og 2. sygedag, G-dage, arbejdsskade-erhvervsansvar og rejseforsikring for hjælperne, arbejdsgivers APV udgifter, udgifter til nødvendige hjælperkurser mv. (svarende til de omkostninger, der skal bevilges som en del af BPA jf. bekendtgørelsen om udmåling af BPA).

Eksempler

Vejle Kommune har givet nedenstående eksempler på, hvordan udgiftsfordelingen vil være i følgende typer af sager:

1. Planlagt (elektivt) forløb med overgang til døgndækkende respiratorbehandling.
2. Akut forløb med igangsætning af døgndækkende respiratorbehandling.

3. Opstart af natlig maskebehandling, hvor der lægeligt skønnes at være et respiratorisk overvågningsbehov.
4. Eksempel på en børnesag, hvor der akut iværksættes natlig eller døgndækkende respiratorisk behandling/overvågning.

Eksempel nr. 1 (planlagt forløb)

En borger (typisk med en muskelsvindslidelse eller anden progredierende neurologisk lidelse med muskelsvækkelse til følge) har været kendt i respirationscenter regi en længere periode, og der har været iværksat et vist omfang af maskebehandling (C-PAP eller Bi-PAP) med eller uden behov for overvågning.

Det konstateres ved kontrol på respirationscenteret, at tiden nærmer sig, hvor der bliver behov for respiratorbehandling via et hul i halsen. Der afsættes en tid i kalenderen for opstart af respiratorbehandling, og såvel borger som kommune adviseres om, at der skal etableres et hold af døgndækkende hjælpere, som følger med borgeren ind på respirationscenteret i forbindelse med opstart af respiratorbehandlingen.

De fleste borgere har på dette tidspunkt et stort omfang af hjælp efter serviceloven - nogle punktvis hjælp efter § 83 i SL og andre har på dette tidspunkt døgndækkende hjælpere efter § 96 i SL.

Under borgerens indlæggelse på respirationscenteret oplæres de medfølgende hjælpere i varetagelsen af den respiratoriske behandling. Typisk vil et sådan forløb være af 3-4 ugers varighed.

Den samlede hjælperopgave i hjemmet forankres kommunalt.

Der udpeges blandt hjælperne også en koordinerende hjælper, som oplæres i at kunne varetage efterfølgende oplæringer af nye hjælpere i eget hjem, når der løbende sker udskiftning. Når den koordinerende hjælper har oplært en ny hjælper efter oplæringskema, skal skema sendes til godkendelse på Respirationscenter, og denne skal godkendes, inden man er i stand til at køre selvstændig vagt. Det skal understreges, at hjælperne forud for oplæringsforløbet på Respirationscenteret skal være oplært i varetagelsen af den pleje og omsorgsmæssige del af borgerens hjælpebehov.

Under selve oplæringsforløbet på respirationscenteret afholder regionen lønudgiften og kørselsudgifterne til hjælperne fuldt ud ved refusion til kommunen.

Efter udskrivelsen gælder den faste fordelingsnøgle 35/65 mellem kommune og region i forhold til lønudgifterne (og lønrelaterede udgifter) ved døgndækkende hjælperordning (168 timer/ugen).

Måtte der efter en konkret individuel vurdering være behov for tilstedeværelsen af 2 personer til varetagelsen af specifikke arbejdsopgaver, er det kommunens forpligtelse at stille med 2. hjælper, typisk i form af hjælp fra Hjemmeplejen. Hvis 2. hjælper tilkaldes med henblik på opgaver indenfor plejen og omsorgen af borger, er der tale om en 100 % kommunal lønudgift. Hvis der omvendt i forhold til den respiratoriske del er behov for 2. hjælper, så er det en ren regional lønudgift til 2. hjælper i dette tidsrum.

I tabel 3 vises et eksempel på beregning af udgiftsfordeling ved kommunal opgaveløsning i et tilfælde, hvor borgeren har BPA. Kommunen vurderer, at der skal være 2 hjælpere til at udføre plejeopgaver om morge-

nen. Plejeopgaver om morgenen kan løses via 1 times overlap i hjælpertimerne. Regionen har ordineret 2. hjælper ved cuffning svarende til ½ t pr døgn. I god tid inden oplæringsforløbet revurderes BPA, og bevillingen tilpasses, så hjælperne er klar ved oplæringsforløbets start.

Table 3. Beregning af udgiftsdeling ved den kommunale opgaveløsning

	Bevilling / ordination	Timer i alt pr år	Fordeling kommune/ region	Kommune - timer i alt pr år	Region – timer i alt pr år
Timer med ventilatørbistand	24 t pr døgn	8760	35/65	3066	5694
Timer uden ventilatørbistand		0	100/0	0	0
2. hjælper, pleje*	1 t pr døgn	365	100/0	365	0
2. hjælper, respiration	½ t pr døgn	183	0/100	0	183
Ekstra timer ved ophold udenfor hjemmet	Forventet: 21 døgn á 8 t	168	35/65	59	109
Personalemøder	Forventet: 2 t pr hjælper hv. 2. md., 8 hjælpere	96	35/65	34	62
Oplæring	Forventet: 3 oplæringsforløb á 60 t	180	35/65	63	117
I alt – timer		9752		3587	6165
Fordeling af de samlede udgifter				37 %	63 %

*2. hjælper til pleje er en ren kommunal udgift. Kommunen skal vurdere, om 2. hjælper kan ydes via overlappende vagter i den fælles opgaveløsning (som i dette beregningseksempel), eller om hjælpen mest hensigtsmæssigt ydes som supplerende hjælp af faglært personale fra hjemmeplejen.

Eksempel nr. 2 (Akut forløb med døgndækkende overvågningsbehov):

En borger (med typisk hjerneblødning/hjerneskode, tetraplegi efter faldtraume eller ulykke eller hastigt progredierende ALS) bliver akut tracheostomeret (får et hul i halsen) og/eller kommer i døgndækkende respiratorbehandling. Karakteriseret ved denne type sager er, at der forud for dette ikke har været etableret hjælp eller meget lidt hjælp til borgeren. Lægeligt ordineres behov for overvågning af den respiratoriske behandling 24 timer pr. døgn.

Af hensyn til borgeren (da denne i mange tilfælde har en forventet kort rest levetid) og for at undgå vedvarende indlæggelse på intensiv afdeling, sker der udskrivning af denne til "eget hjem", når forløbet er stabilt. Det er nødvendigt at iværksætte et midlertidigt hold af sundhedsfaglige vikarer (SOSU-personale og/eller sygeplejersker) fra sygeplejevikarbureau med de fornødne kompetencer og færdigheder til håndtering af den respiratoriske overvågningsopgave, indtil der kan tilvejebringes et tidspunkt på respirationscenteret til

oplæring af fast hold af hjælpere. Regionen rekvirerer i samarbejde med kommunen et sådan midlertidigt vikarberedskab, og finansiering af dette sker efter den faste fordelingsnøgle 35/65 mellem kommune og region fra udskrivningstidspunkt og i op til 4 mdr. efter udskrivning.

Er der ikke tilvejebragt et oplæringstidspunkt på respirationscenteret indenfor de første 4 mdr. fra udskrivningstidspunktet, så overtager regionen den fulde betaling af vikarberedskabet, indtil tidspunkt for oplæring af faste hjælpere på respirationscenteret. Den faste fordelingsnøgle for lønudgifter til fælles beredskab af hjælpere træder i kraft igen, når oplæring af hjælpere påbegyndes på respirationscenteret.

Regionen koordinerer tidspunkt for oplæring med borger og kommune i god tid forud for oplæringstidspunkt, så man dermed sikrer, at der sker etablering af hjælpere efter Servicelovens bestemmelser, således at disse hjælpere kan starte op ved borgeren i føl-vagt ca. 3 uger forud for oplæringsforløbet, så de er oplærte i plejen og omsorgen omkring borgeren, inden denne kommer på respirationscenteret.

I tabel 4 vises eksempel på beregning af udgiftsfordeling ved den midlertidige regionale opgaveløsning (kun de første 4 mdr.).

Tabel 4. Beregning af udgiftsdeling ved den midlertidige regionale opgaveløsning

	Bevilling / ordination	Timer i alt pr år	Fordeling kommune/ region	Kommune - timer i alt pr år	Region – timer i alt pr år
Timer med ventilatørbistand	24 t pr døgn	8760	35/65	3066	5694
Timer uden ventilatørbistand		0		0	0
2. hjælper, respiration		0		0	0
I alt – timer				3066	5694
Fordeling af de samlede udgifter				35%	65%

I tabel 5 vises et eksempel på kommunal opgaveløsning i et tilfælde, hvor kommunen vurderer, at borgeren ikke kan være arbejdsleder. Der iværksættes derfor ikke BPA. Hjælpen bevilges som naturalhjælp efter Servicelovens § 95, stk. 3. Kommunen beslutter, at hjælperne til respirationsbehandling ikke kan yde al hjælp til pleje, da der er brug for højere faglighed i forhold til plejeopgaverne. Kommunen beslutter, at der er brug for 2 hjælpere til plejeopgaver, hvor hjælperen til respirationsbehandling skal være den ene, men at den kommunale hjemmepleje skal yde supplerende hjælp til pleje for at sikre et fagligt forsvarligt niveau for plejeopgaverne. Dvs. der ikke indgå overlappende timer til pleje i beregningen.

Tabel 5. Beregning af udgiftsdeling ved den efterfølgende kommunale løsning.

	Bevilling / ordination	Timer i alt pr år	Fordeling kommune/ region	Kommune - timer i alt pr år	Region – timer i alt pr år
Timer med ventilatørbistand	24 t pr døgn	8760	35/65	3066	5694
Timer uden ventilatørbistand		0	100/0	0	0
2. hjælper, pleje	0	0	100/0	0	0
2. hjælper, respiration	0	0	0/100	0	0
Ekstra timer ved ophold udenfor hjemmet	0	0	35/65	0	0
Personalemøder	Forventet: 2 t pr hjælper hv. 2. md., 8 hjæl-	96	35/65	34	62

	pere				
Oplæring	Forventet: 3 oplæringsforløb á 60 t	180	35/65	63	117
I alt – timer		9036		3163	5873
Fordeling af de samlede udgifter				35%	65%

Eksempel nr. 3 (Opstart af natlig maskebehandling med behov for overvågning)

En borger bliver sat i natlig maskebehandling (C-PAP eller Bi-PAP), og der skønnes lægeligt at være et samtidigt overvågningsbehov i form af personaletilstedeværelse under søvnen. Dette overvågningsbehov varierer erfaringsmæssigt mellem 7-12 timer pr. døgn afhængigt af søvnbehovet. Der er tale om borgere, som ikke selv kan varetage maskebehandlingen på forsvarlig vis, idet der oftest er tale om borgere, som ikke selv kan på/aftage masken, har en masketype med risiko for kvælning i tilfælde af opkast eller har så ringe egen vejrtrækning, at de ville være i reel risiko, hvis maskinen gik i stykker eller slange/maske faldt af.

Borgere i denne kategori har ved opstartstidspunkt for respiratorisk behandling/overvågning et meget varieret behov for hjælp efter servicelovens bestemmelser afhængigt af deres generelle funktionsniveau. Karakteristisk for denne type sager er, at borgeren forud for etablering af maskebehandling allerede har et ret omfattende hjælpebehov generelt og derved allerede har etableret hjælpere, omend der i nogle tilfælde kan være behov for at skulle ansætte nogle ekstra hjælpere. De eksisterende hjælpere oplæres i varetagelsen af den respiratoriske behandling på respirationscenteret. I nogle få akutte forløb, hvor borgeren ikke har haft etableret hjælpere i forvejen kan der jf. beskrivelsen i eksempel nr. 2 blive behov for en kortere periode med midlertidigt vikarberedskab, indtil der kan etableres faste hjælpere efter servicelovens bestemmelser.

Kommunen skal som minimum bevilge det lægeordnede omfang af hjælp til borgeren, og der sker deling af lønudgifter i tidsrum for respiratorisk overvågning efter den faste fordelingsnøgle 35/65 mellem kommune og region. Har pågældende borger behov for hjælp til pleje og omsorg udover tidsrummet for respiratorisk overvågning, så udmåler og finansierer kommunen selv dette.

En betydelig del af denne kategori af borgere bliver senere kandidater til et forløb jf. eksempel nr. 1.

I tabel 6. vises beregningen for en kommunalopgaveløsning for en borger, som har BPA. Kommunen vurderer, at al hjælp til pleje kan ydes af BPA hjælperne, og at al hjælp kan ydes af 1 hjælper.

Tabel 6. Beregning af udgiftsdeling den kommunale løsning

	Bevilling / ordination	Timer i alt pr år	Fordeling kommune/ region	Kommune - timer i alt pr år	Region – timer i alt pr år
Timer med ventilatørbistand	12 t pr døgn	4380	35/65	1533	2847
Timer uden ventilatørbistand	12 t pr døgn	4380	100/0	4380	0
2. hjælper, pleje	0	0	100/0	0	0
2. hjælper, respiration	0	0	0/100	0	0
Ekstra timer ved ophold udenfor hjemmet	Forventet: 4 t pr døgn, 21 dage	84	35/65	29	55
Personalemøder	Forventet: 2 t pr hjælper hv. 3. md., 8 hjælpere	64	35/65	22	42
Oplæring	Forventet: 3 oplæringsforløb á 20 t	60	35/65	21	39
I alt – timer		8968		5985	2983
Fordeling af de samlede udgifter				67 %	33 %

Bilag G. Respirationsbehandling uden for hjemmet

Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfattelse, at sundhedsloven ikke er til hinder for, at hjemmerespirationsbehandling, finder sted uden for hjemmet og evt. i udlandet i forbindelse med ferieophold. Det beror på en konkret sundhedsfaglig vurdering, om patienten bør tage på ferie. Respirationscentret foretager en individuel og konkret vurdering af den enkelte patient.

Såfremt borgeren ønsker at tage sin hjælp med på ferie eller andet ophold uden for hjemmet, kan lønudgiften til hjælp til respirationsbehandlingen blive betalt af sygehusvæsenet i samme omfang, som hvis behandlingen foregik i borgerens hjem. Kan hjemmerespirationsbehandlingen således foregå fagligt forsvarligt under ferieophold uden at påføre regionen øgede udgifter, vil det efter ministeriets opfattelse være naturligt, at regionen tilbyder patienten at yde respirationsbehandlingen under ferieophold.

Sundhedsloven indeholder efter ministeriets opfattelse ikke hjemmel til, at regionen afholder merudgifter som følge af, at behandlingen finder sted under ferieophold. Eventuelle merudgifter ved ferier og lignende kan dækkes af kommunen efter de gældende regler herfor i udmålingsbekendtgørelsens § 10, servicelovens § 97 om ledsagelse uden for hjemmet, eller servicelovens § 100 om nødvendige merudgifter. Ved ferie mv. i udlandet kan kommunen eventuelt yde støtte efter reglerne i bekendtgørelse om ydelser efter lov om social service under midlertidige ophold i udlandet (bekendtgørelse nr. 1296 af 15. december 2009).

Særligt vedr. ferieophold i udlandet

Har regionen tilbudt hjemmerespirationsbehandling i udlandet under ferieophold, er patienten omfattet af den offentlige rejsesygesikring på samme vilkår som andre patienter med kroniske sygdomme.

I medfør af EF-forordning 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger, har patienter under et midlertidigt ophold i et EU-/EØS-land eller Schweiz, desuden ret til behovsbestemt behandling på samme vilkår som offentligt/lovpligtigt sygesikrede i opholdslandet. Ifølge fast praksis på sygehjælpsområdet betragtes danske sikredes ophold i et andet medlemsland af indtil 1 års varighed som midlertidigt ophold. Behandlingen ydes på grundlag af EU-sygesikringskortet, der udstedes af pågældendes bopælskommune. Behandling, der ydes på grundlag af det europæiske sygesikringskort, dvs. artikel 19 i forordning 883/2004 og afgørelse S3 af 12. juni 2009, betales af staten.

Der er desuden mulighed for at få tilskud til varer og tjenesteydelser i et andet EU/EØS-land, jf. sundhedslovens § 168. Endelig er der i medfør af bekendtgørelse nr. 1439 af 23. december 2012 om ret til sygehusbehandling mv. mulighed for refusion af udgifter i forbindelse med sygehusbehandling i et andet EU-/EØS-land. Godtgørelse af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU-/EØS-land, forudsætter dog, at patienten søger forhåndstilladelse forud for behandlingen, og regionen kan afvise at yde godtgørelse, hvis behandlingen kan ydes rettidigt her i landet.

Respirationsbehandling under andre betingelser end fagligt anbefalet

En patient kan frasige sig et behandlingstilbud helt eller (om muligt) delvist. Dette følger af princippet om patientens selvbestemmelsesret, herunder reglerne om at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, jf. sundhedslovens §§ 15 og 16.

En patient kan således i nogle tilfælde vælge at rejse på f.eks. et ferieophold med en enkelt hjælper til trods for, at en sådan bemanning af hjælperteamet vil være mindre end fagligt anbefalet. Det indebærer, at patienten modtager respirationsbehandling uden hjælp i en given tidsperiode, hvilket forudsætter et informeret samtykke, jf. sundhedslovens § 15, stk. 1. Det informerede samtykke forudsætter, at patienten er habil og er informeret om konsekvenserne, herunder mulige risici forbundet med respirationsbehandling uden hjælp, jf. sundhedslovens § 16. Patienten kan således på et tilstrækkeligt oplyst grundlag give samtykke til behandling forbundet med risici, jf. patientens ret til selvbestemmelse.

Frasiger en patient sig en del af et samlet behandlingstilbud efter at være behørigt informeret om risici for komplikationer m.v., bærer den behandlingsansvarlige sundhedsperson ikke ansvaret for den del af behandlingen, som patienten ikke ønsker at modtage. Den resterende del af behandlingen vil sundhedspersonen dog fortsat være ansvarlig for.

Der kan være situationer, hvor det grundet nærliggende risici for komplikationer m.v. vil være at betragte som under normen for almindelig anerkendt faglig standard at tilbyde patienten den resterende del af behandlingen. Med andre ord vil det behandlingstilbud, som vil være tilbage efter den frasagte del af behandlingen, ikke være sundhedsfaglig forsvarlig at tilbyde patienten. En sådan vurdering må foretages af den enkelte sundhedsperson i den konkrete behandlingssituation. Vurderingen og afgørelsen af, hvorvidt et behandlingstilbud er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, henhører under Patientombuddet/Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Såfremt det vurderes at være sundhedsmæssigt uforsvarligt at tilbyde patienten den resterende del af behandlingen, som patienten ikke frasiger sig, bærer den behandlingsansvarlige sundhedsperson – forudsat, at patienten er tilstrækkeligt informeret herom – ikke ansvaret for, at patienten desuagtet fortsætter denne del af behandlingen med de følger dette måtte have for patientens helbredstilstand, herunder mulighed for overlevelse. Den ansvarlige læge kan således ved en konkret vurdering af den enkelte patients behandlingsbehov konkludere, at respirationsbehandling ikke kan ydes forsvarligt under det ønskede ophold uden for hjemmet. I givet fald er lægen ikke ansvarlig for respirationsbehandlingen, hvis patienten rejser mod den lægefaglige rådgivning.