



**DANSK
HANDICAP
FORBUND**

Hans Knudsens Plads 1A
2100 København Ø
Tlf. 39 29 35 55
Fax 39 29 39 48
e-mail: dhf@dhf-net.dk
Giro 6 00 34 35

Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Socialministeriet
Att.: Charlotte A. Poole, Mads Dybdahl Andersen og Birgitta Winkler

København, 6. december 2010
SO/jsk

Høringssvar vedr. vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance (BPA) og respiratorhjælp

Dansk Handicap Forbund takker for at blive hørt.

Forbundet finder det meget vigtigt, at en vejledning om koordinering imellem to myndigheder er meget præcis, og ikke kan tolkes i flere forskellige retninger.

Når det drejer sig om borgerstyret personlig assistance, er der et overordnet princip, som er helt afgørende – og det er borgernes ret til at bestemme over egen tilværelse, og undgå begrænsninger. Fordi to myndigheder bliver uenige om, hvordan en ordning bør skrues sammen, mener vi derfor, at vejledningen i højere grad skal betone det borgerstyrede element – herunder retten til selv at bestemme, hvem man ønsker at afgive sit arbejdsgiveransvar til. Det bør være op til borgeren selv at tilrettelægge sin BPA-ordning, ligesom det sker på en almindelig BPA-ordning – uden respirationshjælp. Vi mener samtidig, at der bør være en fast procedure for dette, så det ikke kan blive en diskussion i hver enkelt sag. Der sigtes her til punkt 7, som med fordel kunne præcisere, at hjælpen *bør* koordineres i kommunalt regi, da der er gode erfaringer med dette.

Vi henviser i øvrigt til høringssvar fra Danske Handicaporganisationer.

Med venlig hilsen


Susanne Olsen
Landsformand



Til Socialministeriet
Att. Charlotte Poole og Mads Dybdahl Andersen

E-mail: cap@sm.dk og mda@sm.dk

Hvidovre, den 6. december 2010
Sag 10/960 – Dok. 12109/10 /KP

Høring om vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance (BPA) og respiratorhjælp

Indledningsvis skal DH gentage sin holdning om, at en vejledning ikke er et tilstrækkeligt værktøj til at løse de problemer, der opstår alene som følge af, at to myndigheder er involveret i den samme bevilling. DH mener grundlæggende, der skal lovgivning til for at sikre den fornødne koordination og sammenhæng i bevillingen.

Under alle omstændigheder er det bydende nødvendigt, at vejledningen på området er entydig og klar. For borgere med BPA og respiratorhjælp er det afgørende, at der er klare og ubureaukratiske retningslinjer for, hvem der bestemmer hvad. Ikke mindst for at undgå det store ressourcespild der opstår, når 2 hjælpere er til stede samtidig, uden det er nødvendigt.

Set i lyset heraf, mener DH, vejledningen skal være skarpere i forhold til at angive, hvordan samarbejdet skal fungere. DH mener, ministerierne er for tilbageholdende i forhold til at angive, hvordan bevillingerne bør gribes an.

Når borgere med BPA efter servicelovens § 96 har ret til at bestemme, om og til hvem de vil overdrage arbejdsgiveransvaret, er det denne ret, der skal være styrende for, hvordan løsningen tilrettelægges. Hvis borgeren i forhold til BPA hjælpen vælger en bestemt privat leverandør til at være arbejdsgiver og regionen vælger en anden leverandør til respiratorhjælperne, kan disse to ordningen kun forenes i det omfang, borgeren giver sit accept til det.

Derfor er ministerierne nødsaget til klart at beskrive disse konsekvenser og samtidig anbefale, at kommunerne varetager ordningen. Kommunen er tættest på borgeren, og borgeren har udvidede rettigheder i forhold til den del af hjælpen, kommunen bevilger. Derfor giver det mest mening, at det er kommunen af de to myndigheder, der varetager ordningen. Ellers vil problemerne fortsætte.

I det nuværende udkast til vejledning fremgår det fx i pkt. 7, at en region kan indgå aftale med en kommune om, at kommunen administrerer den samlede hjælp til borgeren. Denne formulering er ikke tilstrækkelig til at undgå fortsatte problemer med manglende koordina-

tion de to myndigheder imellem. To myndigheder, der skal blive enige fra gang til gang, er en skrøbelig løsning for borgerne.

DH mener derfor, ministerierne må påtage sig den fornødne myndighed og anbefale en løsning.

Forum og netværk til at koordinere samarbejdet, som vejledningen lægger op til, er desværre ikke tilstrækkeligt til at undgå problemerne på området.

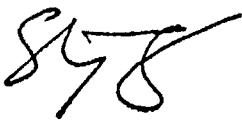
Med hensyn til regionens faglige ansvar, så er og bliver praksis, at respirationscentrene instruerer det første hold af respiratorhjælpere, hvorefter borgeren selv eller hjælperne selv instruerer nye hjælpere. Det hedder "sidemandsoplæring", og er et begreb respirationscentrene selv har opfundet.

Når det af pkt. 3 i vejledningen fremgår, at de ansvarlige læger på respirationscentret skal sikre sig, at hjælperne modtager instruktion i at udføre opgaven, er det ikke korrekt. For hvordan skal en læge på Rigshospitalet have ansvar for noget, der foregår i Nakskov?

Med hensyn til eksempler på fordeling af udgifter i pkt. 4, mangler der et eksempel 4), som samtidig er den hyppigste situation: At borgeren har modtaget hjælp 24 timer i døgnet, allerede før vedkommende fik respiratorhjælp.

I pkt. 9.1. mener DH, der er behov for en tilføjelse om, at nogle har respirator hjælp sammen socialpædagogisk bistand efter § 85, og/eller at § 85 kan anvendes til at oplære en borger i at være arbejdsleder. I samme afsnit bør det også fremgå, at personer under 18 år har respiratorhjælp. De kan ganske vist ikke modtage BPA, men vil ofte have en bevilling af timer i form af aflastning. I forhold til børn med respiratorhjælp er der tilsvarende store udfordringer med at koordinere indsatsen.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Birgitta Bladt Winkler
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Høring vedr. udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp

KL har modtaget udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp i høring. Vejledningen har længe været efterspurgt i kommunerne. KL hilser derfor vejledningen velkommen.

KL har ikke taget stilling til, om vejledningen har økonomiske konsekvenser for kommunerne. KL tager derfor forbehold for økonomiske konsekvenser af vejledningen. KL tager ligeledes forbehold for den politiske behandling af vejledningen.

KL har følgende bemærkninger til vejledningen:

Vejledningens punkt 4

KL foreslår, at der i vejledningen indføres en beskrivelse af udgiftsfordelingen, når det er respirationsopgaven, der kræver to medarbejdere – altså når det er respirationscentret, der anmoder om, at der er to hjælpere tilstede samtidig.

Vejledningens punkt 7

I vejledningens punkt 7 vedr. borgerens valg af respirationshjælper og BPA, andet afsnit, omtales de situationer, hvor regionen har indgået en aftale med en bestemt virksomhed eller forening om levering af respirationshjælpen. KL mener, at det er et problematisk, at borgeren reelt ikke har nogen valgmulighed, hvis respirationshjælpen er udliciteret af regionerne, og at dette vanskeliggør et samarbejde mellem region og kommune.

I punkt 7, tredje afsnit står følgende: "Der har hidtil været gode erfaringer med, at den samlede hjælp til borgeren koordineres af kommunen". Det fremgår ikke, under hvilke betingelser, det er hensigtsmæssigt, at kommunen påtager sig koordinationsansvaret.

Den 7. december 2010

Jnr 09.04.00 K04
Sagsid 000223505

Ref RIL
ril@kl.dk
Dir 3370 3238

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

1/4

KL mener, at det afhænger af borgerens behov for hjælp, om det er kommunen eller regionen, der skal koordinere hjælpen til borgeren. I sager, hvor borgeren primært har behov for respirationshjælp og kun i begrænset omfang har brug for personlig pleje og støtte, mv. efter serviceloven, er det KL's holdning, at det er mest hensigtsmæssigt, at regionen koordinerer hjælpen. KL anbefaler derfor, at vejledningens tekst ændres, så dette også fremgår.

I punkt 7, fjerde afsnit henvises der til "Aftaler om, at en kommune administrerer respiratorhjælpen". KL mener, at dette er en uklar og derfor uheldig formulering. Det fremgår ikke, hvilke aftaler, der er tale om, eller hvad der ligger i, at kommunen "administrerer hjælpen".

KL mener, at afsnittet bør ændres og præciseres. KL mener ikke, at det er kommunernes opgave at administrere respiratorhjælpen, når borgeren får BPA, da kommunen ikke er arbejdsgiver for de ansatte hjælpere, men udelukkende bevilgende myndighed.

KL mener, at kommunens specifikke opgaver er følgende, når en borger både har behov for respirationshjælp og BPA:

- Indgå samarbejde med borger og region om tildeling af timer til borgeren
- Indgå samarbejde med borger, region og evt. ekstern arbejdsgiver om opstart af ordninger
- Følge op på og føre tilsyn med igangsatte ordninger, for så vidt angår ydelser efter serviceloven.

KL's opfattelse er, at det er borgeren som arbejdsleder/arbejdsgiver, evt. sammen med en ekstern arbejdsgiver, der har ansvar for den løbende administration og tilrettelæggelse af BPA og hjælpen.

Vejledningens punkt 8

Vejledningens punkt 8 handler om tilrettelæggelse af overlappende hjælpeordninger.

I punktets tredje afsnit anbefales det, at region og kommuner "som led i udarbejdelse af sundhedsaftaler fastsætter overordnede retningslinjer for, hvordan opstart af overlappende hjælperordninger bedst tilrettelægges". KL mener ikke, at koordination vedr. overlappende hjælperordninger er en opgave, som falder ind under sundhedsaftalerne. Dog er KL enig i, at det er en god idé at region og kommuner samarbejder om opstarten af ordningerne.

I punktets fjerde afsnit foreslås, at der aftales et forum mellem region og kommuner. I vejledningen beskrives herunder en lang række punkter, som

forummet kan fastsætte. KL mener, at det bør være op til hver region og kommunerne i samarbejde at aftale, hvordan koordinationen vedr. overlappende hjælperordninger bør tilrettelægges, herunder om der skal oprettes et forum og hvad koordinationen skal dreje sig om.

KL mener, at vil medføre unødvendige administrative byrder for region og kommuner, hvis der skal oprettes et formelt forum i hver region. KL foreslår, at opstillingen af punkter vedr. opgaverne for et fælles forum udelades, og at vejledningen i stedet foreslår kommuner og region at træffe passende og tilstrækkelige aftaler vedr. koordinationen.

KL har følgende specifikke kommentarer til opstillingen:

- Punkt c) Der kan ikke fastlægges en fast tidsfrist for kommunens udmåling af hjælp efter serviceloven. Tidsfristen og sagsbehandlingen bør tilrettelægges ud fra borgernes individuelle behov og ud fra kommunens løbende faglige prioritering af sagerne.
- Punkt d) Der kan ikke fastlægges en fast takst til aflønning af hjælpere. Aflønningen vil afhænge af, hvilke kvalifikationer, hjælperne skal have, samt andre individuelle forhold i den enkelte borgers ordning.

I vejledningens punkt 8, under overskriften ”*Netværk*” foreslås det, at kommuner indenfor en region opretter et netværk med henblik på udveksling af erfaring mv. vedr. varetagelse af hjælp til borgere, som har respirator i hjemmet og BPA. KL mener, at det bør være op til kommunerne at vurdere, om der er behov for at oprette et netværk. Det kan medføre unødvendige administrative byrder at oprette fælleskommunale netværk, hvis samarbejdet mellem kommunerne kan ske på andre måder, fx via løbende kontakt og sparring ad hoc.

Vejledningens punkt 10

I vejledningens punkt 10.1. vedr. ferie står der, at en borger alene har ret til sygehusbehandling på sygehus eller i hjemmet. KL antager, at dette ikke overholdes i praksis, da det ville betyde en stavnsbinding til hjemmet af borgere, som er afhængig af respirationsbehandling døgnet rundt. KL mener ikke, at det er hensigtsmæssigt, at respirationshjælp udenfor hjemmet ikke er hjemlet i sundhedsloven.

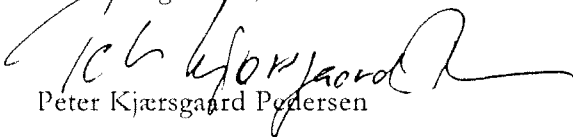
KL mener, at det er et problem, at kommunen skal dække alle borgerens eventuelle merudgifter relateret til hjælperne ved ledsagelse udenfor hjemmet, herunder ved rejser til udlandet.

I vejledningens punkt 10.2. vedr. indlæggelse af borgeren, står der i andet afsnit at det er ”almindelig praksis, at kommunen fastholder ansættelsen af

borgerens hjælper". KL mener, at det bør præciseres, at kommunen ikke er forpligtet til dette. I stedet anbefaler KL, at borger, kommune og region aftaler nærmere i hver enkelt ordning, hvorledes hjælpere stilles, når/hvis borgeren skal indlægges.

I vejledningens punkt 10.4. vedr. arbejdsmiljøloven anføres det, at det er arbejdsgiverens pligt at sørge for, at arbejdsmiljøet er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. KL mener, at det bør præciseres, hvilket ansvar regionen har vedr. arbejdsmiljørelaterede problemstillinger, der er relevante for respirationshjælpere, når respiratorbehandlingen er delegeret til disse, jf. vejledningens punkt 3.

Med venlig hilsen,



Peter Kjærsgaard Pedersen



Landsorganisationen Borgerstyret Personlig Assistance

Jette Nielsen | Direktør

Kløverprisvej 10 B
2650 Hvidovre

Telefon +45 70 12 30 12
Direkte +45 36 35 96 35
Mobil +45 23 24 30 12

jn@lobpa.dk
www.lobpa.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 12
1216 København K

Hvidovre, den 6. december 2010

Vedr.: Sagsnr. 1003866 – høring vedr. vejledning om koordinering af BPA og respiratorhjælp

LOBPA fremsender hermed sine bemærkninger til det udsendte udkast til vejledning om koordinering af BPA og respiratorhjælp.

Vejledningen indebærer, at en borger, som både har brug for respiratorhjælp og hjælp efter serviceloven, enten skal tåle flere hjælpere i sit hjem på samme tidspunkt, hvis hjælpen er overlappende, og/eller flere samarbejdsparter (arbejdsgivere), eller kan blive tvunget til at vælge en arbejdsgiver blandt de leverandører, som regionen har udpeget. Førstnævnte medfører et stort ressourceforbrug og sidstnævnte en indskrænkning af borgerens frie valg.

Da der sker udlicitering af arbejdsgiveransvaret på respirationsområdet, og det således ikke er fundet nødvendigt, at den pågældende region har det direkte arbejdsgiveransvar, finder LOBPA det mest i overensstemmelse med borgerens selvbestemmelse, at borgeren selv eller den af borgeren valgte BPA-arbejdsgiver kan være arbejdsgiver fsva. al hjælp, uanset om denne vedrører BPA eller respiration.

Det bør derfor være udgangspunktet, at borgeren selv vælger, hvor det fulde arbejdsgiveransvar skal placeres, og at regionen kun kan tilsidesætte dette valg - og naturligvis kun for den del af hjælpen, som vedrører hjælp til respiration - hvis der er konkrete og væsentlige sundhedsmæssige forhold, som tilsiger andet.

Som konsekvens af udgangspunktet bør regionen fastsætte honoreringen af hjælpere ansat til respiration på det samme grundlag, som finder anvendelse i den kommune, der bevilger BPA, således at hjælperne aflønnes ud fra samme kriterier, uanset om de udfører opgaver i medfør af regler i sundhedsloven eller serviceloven. Tilsvarende bør gælde vedrørende honorering af arbejdsgiveropgaven.

LOBPA skal opfordre til, at det kommer til at fremgå eksplicit, at borgeren har et frit valg vedr. leverance af hjælp, uanset om denne er målrettet de opgaver, som løses inden for reglerne om BPA, eller respiration, så længe formålet med hjælpen opfyldes.

Med venlig hilsen



Jette Nielsen

Danske Regioner

Kongens Vænge 2
DK - 3400 Hillerød

Direkte 4820 5016
Web www.regionh.dk

Journal nr.: 10004745

Dato: 7. december 2010

Bemærkninger til udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp

Region Hovedstaden har fra Danske Regioner modtaget det foreliggende udkast til vejledning med henblik på eventuelle bemærkninger.

Region Hovedstaden finder, at der er et udtalt behov for større klarhed og præcision i regelgrundlaget for administrationen på området, og på denne baggrund er det tilfredsstillende, at der er taget initiativ til at udarbejde en vejledning.

Udkastet til vejledning giver imidlertid anledning til en række bemærkninger, hvor de væsentligste anføres i det følgende. Mere detaljerede bemærkninger til udkastet fremgår af vedlagte notat.

Det skal ligeledes bemærkes, at nærværende svar omfatter bemærkninger fra Respirationscenter Øst, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet direkte har anmodet om bemærkninger.

Udkastet til vejledning giver anledning til følgende overordnede bemærkninger:

- Der bliver i udkast til vejledning ikke taget konsekvensen af, at sundhedsloven ikke hjemler et frit valg for patienterne, hvilket indebærer, at de to love ikke er forenelige.
- I udkast til vejledning lægges op til, at det sundhedsfaglige ansvar for behandling af respiratorpatienter kan delegeres til en anden part (kommune, borger eller privat virksomhed (uden kontrakt med regionen), hvilket ifølge regionens opfattelse ikke er lovmedholdeligt.
- I den foreliggende form kan udkast til vejledningen medføre etablering af to parallelle systemer bestående af en regionsfinansieret respiratorordning under hensyn til lovgrundlaget for behandlingsansvar og en kommunal finansieret BPA ordning hos en række borgere.
- Udkastet til vejledning løser ikke det påtrængende behov for generelle, enkle og ensartede principper for at indgå samfinansieringsaftaler kommuner og region imellem, herunder for udmåling af plejebehov på grundlag af en sundhedsfaglig vurdering for alle patienter med hjemmerespiratorordninger.

- Udkastet til vejledning giver et ringere grundlag for styring af udgifterne end hvad der er tilfældet i dag.

Det er opfattelsen, at det foreliggende udkast til vejledning vil kunne medføre væsentlige merudgifter for regionerne, og der vil være grundlag for at rejse krav om dut kompensation for stigende udgifter, hvis det foreliggende udkast udsendes som vejledning.

Vi skal afslutningsvis gentage, at der er stort behov for en vejledning på området, men at indholdet skal være anderledes, således at der under hensyntagen til ovennævnte punkter kan fremkomme en vejledning, som danner baggrund for en mere hensigtsmæssig klarhed på området.

Med venlig hilsen

Søren Helsted

/Ulla Angelo-Nielsen

Region Hovedstaden

NOTAT OM UDKAST TIL VEJLEDNING OM KOORDINERING AF BORGERSTYRET PERSONLIG ASSISTANCE OG RESPIRATORHJÆLP

Telefon 51230969
Direkte 43232110
Mail pichsc01@glo.regionh.dk

Ref.: Pia Charlotte Schnedler-Meyer

Dato: 7. december 2010

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet har d. 15. november 2010 udsendt et udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp.

Region Hovedstaden vil i det følgende fremkomme med en række bemærkninger til udkastet til vejledning.

1. Grundlæggende hjemmelsproblemer

Indledningsvis bemærkes, at udkastet undgår at tage stilling til, at sundhedsloven ikke hjemler et frit valg for patienterne, og at dette reelt indebærer, at de to loves formål ikke er forenelige.

Det er regionens opfattelse, at det manglende hjemmelsgrundlag i sundhedsloven ikke løses ved at udstede en vejledning.

Af udkastet til vejledning fremgår det således, at sygehusbehandlingen af respirationsinsufficiens er sekundær til servicelovens ydelser, og at sundhedsvæsenet kan yde tilskud til en BPA-styret ordning efter serviceloven. Dette er efter regionens opfattelse ikke korrekt i henhold til gældende lovgivning.

2. Målgruppe

Målgruppen for vejledningen er ikke tydelig. Der er ca. 600 patienter tilknyttet Respirationscenter Øst (RCØ), Glostrup Hospital, der har respirator i eget hjem. RCØ har patienter fra såvel Region Hovedstaden som Region Sjælland. Af disse 600 patienter har 255 fået ordineret en hjemmerespiratorordning med et respiratorovervågningsteam, heraf administrerer Region Hovedstaden ca. 180 ordninger og Region Sjælland ca. 75. De øvrige patienter har respirator i hjemmet, men har ikke tilknyttet et overvågningsteam til behandlingen.

Det udsendte udkast til vejledning omhandler efter Region Hovedstadens beregninger alene ca. 60 af Region Hovedstadens patienter, der er ordineret en hjemmerespiratorordning, og af kommunerne er bevilget pleje indenfor en BPA-ordning (incl. §95 ca. 70).

De øvrige ca. 120 af regionens patienter er tildelt pleje og anden praktisk bistand efter servicelovens øvrige bestemmelser, der ikke fastsætter BPA. For denne gruppe af patienter har denne vejledning ikke umiddelbart nogen konsekvenser.

3. Kompetence til delegation af sygehusbehandling

Behandleransvaret

Sundhedsministeren har i februar 2009 til Folketinget udtalt, at diagnostik, behandling og efterbehandling af kronisk respirationsinsufficiens er en højt specialiseret funktion. Ministeren oplyste endvidere, at det er Sundhedsstyrelsen, der i medfør af Sundhedslovens § 208, bestemmer, hvor behandlingen kan varetages samt stiller krav hertil. Behandlingen kan alene varetages af Respirationscenter ØST på Glostrup Hospital og Respirationscenter Vest på Århus Universitetshospital (RCØ/RCV).

Regionsrådet er i konsekvens heraf forpligtet til at afholde udgifterne til det fornødne personale samt respiratorudstyr.

Ifølge Vejledning nr.15875 af 19. december 1990 om kronisk respirationsinsufficiens, udfører patient, pårørende eller anden hjælp behandling i hjemmet efter instruktion, systematisk undervisning, oplæring og supervision af Landsdelscentret.

Det fremgår videre af vejledningen, at landsdelscentrene tilrettelægger behandlingsplaner og -metoder samt opfølgning og kontrol. Respirationsbehandling i hjemmet herunder respiratorbehandling foretages således af en person/team, der af landsdelscenteret, i henhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning, er sat til at varetage nærmere definerede funktioner hos en kronisk respirationspatient i dennes hjem, og som er uddannet heri af sygehusvæsenet, og er under kontrol og tilsyn af den ansvarlige sygehusafdeling ved udførelse af sit arbejde. De ansvarlige landsdelscentre er hhv. RCØ og RCV, og der er p.t. ingen formaliserede samarbejdsaftaler med øvrige sygehuse.

Det er således de behandlingsansvarlige landsdelscentre, som skal sørge for, at der kan ydes relevant og tilstrækkelig sygehusbehandling, herunder respiratorbehandling i eget hjem. Det er herunder det behandlingsansvarlige center, som bestemmer, hvilke personer centeret vil ansætte til at udføre respiratorbehandlingen på delegation

I henhold til Sundhedsstyrelsens vurdering fra august 2010 er respiratorbehandling lægeforbeholdt virksomhed, der alene, under visse betingelser, kan delegeres til en medhjælp, jf. bek. nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt virksomhed).

Delegationskompetencen er underlagt de begrænsninger, der følger af bekendtgørelsens § 1, stk. 2 og § 2. Hertil kommer, at adgang til videredelegation kan nægtes ud fra sundhedsfaglige hensyn.

Det følger eksplicit af bekendtgørelsens § 3, at den autoriserede sundhedsperson skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til og har modtaget instruktion i at udføre opgaven.

En delegation forudsætter desuden, at den der bemyndiger, kan føre tilsyn samt kan tilbagekalde delegationen, hvis den instans, behandlingen er delegeret til, ikke efterlever de forudsatte sundhedsfaglige krav til behandling.

Udkastet til vejledning forholder sig ikke til de særlige spørgsmål, der knytter sig til kompetencedelegation.

Udkastet til vejledningen fastslår, at det er de ansvarlige læger på respirationscentrene, der – uanset hjælpernes ansættelsesforhold - har det overordnede ansvar for at oplære, instruere og føre tilsyn med respirationshjælpen, herunder kvalitetssikre respirationsbehandlingen i hjemmet.

Vejledningens synspunkt om at ansættelsesforholdet er underordnet i forhold til tilsynsforpligtelsen har ikke støtte i de bagvedliggende forudsætninger for udøvelsen af hele delegationsbeføjelsen.

Det er afgørende i relation til fortolkningen af bekendtgørelsens regler, at § 1 hjemler en *delegationsret* men ingen *delegationspligt*. Det fremgår eksplicit af bestemmelsens ordlyd, at en sundhedsperson *kan* delegere. I det omfang delegation finder sted, indtræder der i henhold til bekendtgørelsens § 3 en *pligt* til at føre fornødent tilsyn med medhjælperens udførelse af virksomheden. Det fremgår eksplicit af bestemmelsens ordlyd, at sundhedspersonen *skal* føre tilsyn.

Det er således regionens opfattelse, at respirationscentrets læger ikke gyldigt, med hjemmel i den gældende bekendtgørelse, kan pålægges at delegere kompetencen til en ekstern medhjælper, såfremt den pågældende læge ikke praktisk har mulighed for at føre det fornødne tilsyn. Ultimativt har det regionale respirationscenter mulighed for at afstå fra at delegere til medhjælpen.

Ved at omdanne sygehusbehandlingen til en tilskudsordning, som forudsat i det foreliggende udkast til vejledning gøres muligheden for respirationscentrenes kontrol, supervision og instruktion illusoriske.

Delegation kan alene ske på baggrund af et arbejdsgiverforhold eller et kontraktuelt forhold, idet den delegerende herved kan sikre sig, at den der får kompetencen overholder den delegerendes krav til arbejdets udførelse.

I tilfælde af, at arbejdsgiveransvaret overdrages til en kommune, borger eller anden privat virksomhed/forening (uden kontrakt med regionen), vil det ikke være muligt for regionen at føre tilsyn med hvem, der ansættes, den ansattes kvalifikationer, den ordnede ydelse eller at tilbagekalde delegationen, hvis de behandlingsmæssige krav ikke efterkommes. Personaleoplysninger, vagtskemaer, lønoversigter m.v. vil være for-

trolige oplysninger mellem den respektive arbejdsgiver og ansatte, som regionen ikke kan kræve indblik i¹.

Ved den foreslåede omdannelse af sygehusbehandlingen til en regional tilskudsordning, har RCØ og RCV hverken mulighed for at føre tilsyn som arbejdsgiver eller i henhold til kontrakt.

RCØ og RCV vil således ikke bindende kunne instruere hjælperne, hvis patienten som arbejdsgiver og modtager af det "regionale tilskud til respiratorbehandlingen", modsætter sig dette.

Efter alt foreliggende er præmisserne for BPA-ordningen, herunder borgerens overtagelse af arbejdsgiveransvaret, ikke forenelige med delegation af den sundhedsfaglige virksomhed til en medhjælper, der ikke er direkte ansat eller kontraktuelt forpligtet til at følge sundhedsvæsenets instruktioner mv.

Af udkast til vejledning fremgår:

".....Det bemærkes i den forbindelse, at der ikke er en tilsvarende bestemmelse i sundhedsloven om frit valg af behandler og dermed frit valg af respiratorhjælper, men en region kan indgå aftale med en kommune om, at kommunen administrerer den samlede hjælp til borgeren"

Og i samme afsnit

"Hvis regionen har indgået aftale med en bestemt virksomhed eller forening om levering af respirationshjælp, er det ministeriernes opfattelse, at denne aftale alene kan anvendes som grundlag for levering af den samlede hjælp til borgeren (dvs. både respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens § 96), hvis borgeren vælger at overføre arbejdsgiveropgaven og administrationen af hjælpen efter BPA-ordningen til den forening eller virksomhed, som regionen har indgået aftale med. Det skal understreges, at en borger med hjælp i form af BPA ikke kan pålægges at anvende en bestemt virksomhed til den hjælp, der ydes efter servicelovens §§ 95 og 96".

Vejledningsudkastets udsagn er efter regionens opfattelse ikke en korrekt retsanvendelse. Regionen kan ikke uden hjemmel delegere ansvaret for administration af respiratorordninger til kommunen. Denne hjemmel findes ikke i sundhedslovgivningen.

¹ De overordnede krav, der stilles til respiratorhjelperne er :

- Oplært på RCØ/RCV eller af anden hjælper, der er certificeret af RCØ/RCV
- Certificeret af RCØ/RCV
- Max. 12 timers vagter
- Alle vagter skal være vågne vagter
- Hjælperne skal altid opholde sig inden for synsvidde (hvilket begrænser de plejeopgaver en hjælper kan deltage i)
- Et hjælperteam skal bestå af 6-8 hjælpere for at dække en 24-timers ordning

Vejledningsudkastets synspunkt må også anses som værende i strid med bekendtgørelsens begrænsninger i delegationsadgangen.

Det er på denne baggrund Region Hovedstadens opfattelse, at en region ikke kan delegere det sundhedsfaglige ansvar for behandling af respiratorpatienter til en anden part f.eks. en kommune, borger eller privat virksomhed (uden kontrakt med regionen). En delegation forudsætter desuden et over-/underordningsforhold, hvor ordregiveren kan bemyndige, føre kontrol og tilsyn. Det er herudover en skærpende omstændighed, at den sundhedsfaglige behandling er en højt specialiseret funktion.

Ansvar kan ej heller overlades til patienten selv, da dette i konsekvens heraf ville forudsætte, at ansvar for behandling overdrages til patienten selv – et forhold det følger ikke lader sig realisere ensidigt forene med den omstændighed, at hospitalsopgaver ikke lovligt kan overføres til patienterne.

4. Udbud og rammeaftaler

Region Hovedstaden udbød respiratorisk overvågning, behandling og anden form for hjælp og pleje til hjemmeboende patienter med respiratorinsufficiens ved annoncering på regionsudbud i 2008. På denne baggrund blev der indgået rammeaftaler med henholdsvis 3 hjælperbureauer for ufaglærte hjælperordninger og 1 bureau for faglærte hjælperordninger.

Udover den lovgivne forpligtelse, jf. tilbudslovgivningen, har formålet med at indgå rammeaftaler med hjælperbureauer været at forbedre grundlaget for økonomistyring af området, kvalitetssikre den sundhedsfaglige indsats samt sikre en ensartet administration af hjemmerespiratorordninger i regionen.

Region Hovedstaden kan ikke tilslutte sig vejledningens tilkendegivelse om, at *"Der har hidtil været gode erfaringer med, at den samlede hjælp til borgeren koordineres af kommunen....borger...forening....privat virksomhed...."*.

Regionen har derimod opnået meget positive, konkrete resultater ved at indgå rammeaftaler med udvalgte leverandører af respiratorhjælpere, herunder

- Den sundhedsfaglige ydelse er blevet præciseret i relation til krav om indhold, og det er nu muligt at føre kontrol og tilsyn med, at de sundhedsfaglige krav overholdes.
- Aftalerne har bl.a. sikret, at der ikke mere forekommer 24 timers vagter, at alle vagter er vågne vagter, samt at hjælperne holder sig indenfor synsafstand af patienten
- Rammeaftalerne indeholder desuden et vilkår om, at pårørende kun undtagelsesvis kan være (er) ansatte i respiratorteam. Pårørende har udgjort og udgør fortsat et stort problem i ældre ordninger, idet der erfaringsmæssigt i mange ordninger skabes et problematisk afhængighedsforhold mellem patient og pårørende, herunder også økonomisk, ligesom det er ganske vanskeligt at sikre et hensigtsmæssigt arbejdsmiljø

for det samlede team. Førstnævnte problemstilling er særligt udtalte i relation til børne-ordninger.

- Rammeaftalerne fungerer nemt og fleksibelt i forhold til alle nyetablerede ordninger.
- Det er muligt at stille de samme plejekrav til respirationshjælpere i både faglærte og ufaglærte ordninger, hvor der tidligere var meget skarpe skel mellem faggrupper. Her kan nævnes, at personalet i faglærte ordninger også skal varetage almindelige plejeopgaver.
- Regionen overholder tilbudslovgivningen, og har konkret opnået besparelser på ml. 20-30 mio. kr. årligt på hjemmerespiratorområdet, som følge af implementeringen af rammeaftalen. På et område, hvor de samlede udgifter for regionen er vokset fra ca. 120 til 208 mio. kr. årligt på ca. 4 år, er det helt centralt for regionen med en stram økonomistyring.
- Der er opnået faste priser på timeløn samt timetal, herunder oplæring for respirationshjælp. Alle forhold eksempelvis udgifter til barsel, sygdom og vikarer er inklusiv, og derfor får regionen ikke ekstraomkostninger, som tidligere i de kommunalt/borger-administrerede ordninger.
- Der er opnået betydelige administrative lettelser i form af, at regionen hver måned modtager vagtskemaer, lønoversigter over forbrug af timer på personniveau samt information fra leverandørerne om den enkelte ordning, herunder oplysninger om evt. udskiftning af hjælpere.

Det ønskes i forlængelse heraf fremhævet, at regionens rammeaftale kun begrænser patienten på ganske få områder, men i øvrigt ikke indskrænker borgerens livskvalitet, selvbestemmelse og tilrettelæggelse af egen hverdag. De få krav, der stilles er hovedsageligt:

- Valg mellem et begrænset antal leverandører (i lighed med kommuner omkring hjemmepleje)
- Besøg af rådgiver for hjælperteamet hver 5.-6. uge mhp. vagtplanlægning for kommende periode

Patienten udarbejder hjælperprofil med leverandøren, og har ganske vide rammer for valg af hjælpere. Patienten har stor indflydelse på vagtplaner, arbejdstilrettelæggelse og kan fortsat selv administrere timesedler og indsende dem (evt. med hjælp fra hjælperen). Der er ingen nævneværdige problemer hermed i relation til nyetablerede ordninger, hvor rammeaftalen har været et kendt vilkår fra start.

Det bør desuden fremhæves, at det kontraktlige forhold mellem region og leverandør sikrer patienten såvel en præciseret ydelse og kvalitet, en rådgiver i relation til leverandøren samt en defineret klageadgang, hvis der er u hensigtsmæssigheder i ordningen. Det kontraktuelle forhold om disse meget omkostningstunge ordninger, hvor udgifterne kan andrage imellem 1 -2 mio. kr. om året, og som i særlige tilfælde kan andrage helt op til 10 mio. kr. for en enkelt ordning, regulerer således både kvalitet og økonomi til gavn for såvel patienter som region.

Kommuner indgår af samme årsag rammeaftaler med leverandører af plejeydelser.

Begrænsninger i leverandørvalg omfatter derfor ligeledes borgerens mulighed for valg af leverandør af pleje, når borgerens pleje udmåles efter hjemmehjælpsbestemmelserne, hvilket er tilfældet for ca. 120 af regionens patienter i hjemmerespiratorordninger.

5. Finansiering og medfinansiering

Hjemmerespiratorordninger er et vækstområde, og de samlede udgifter i 2010 i regionen andrager ca. 208 mio. kr.

Ordinationen af respiratorovervågning foretages af respirationscentrene, og regionen finder, at det er positivt, at vejledningen fremhæver at:

"...Det kan i den forbindelse være hensigtsmæssigt at inddrage sundhedsfaglige vurderinger i udredningen af plejebehov mv. hos borgeren med henblik på at få et dækkende billede af borgerens situation og behov. Dette kan f.eks. ske med inddragelse af respirationscentrene".

Regionen vil i forlængelse af ovenstående anføre, at der den 28. september 2010 blev fremsendt et forslag til en ændret finansieringsmodel, herunder forslag til en let administrerbar model for finansieringsfordeling, netop baseret på respirationscentrenes ordinationsskrivelse, der indeholder det for patienten registrerede funktionsniveau. Som anført i brevet, er regionen af den opfattelse, at der er behov for en ny finansieringsmodel, som vil kunne forenkle de forhandlinger, der pågår mellem region og kommuner, give en mere rimelig fordeling af finansieringen, og understrege, at der bør ligge en sundhedsfaglig vurdering til grund for udmåling af patientens individuelle plejebehov.

Aktuelt samfinansierer region og kommuner hjemmerespiratorordninger, og arbejder fleksibelt på at sikre, at der kun er én hjælper, hvor dette kan lade sig gøre. Sundhedsstyrelsen har dog med sin præcisering af, at respirationshjælper skal være indenfor synsvidde af patienten indskærpet, at respirationshjælper kun kan deltage i begrænsede plejeopgaver. Således skal kommunen udmåle supplerende pleje udover den pleje, der kan løftes af én hjælper, til bl.a. "forflytninger, bad, støvsugning, vask m.v., hvilket også sker i dag.

Aktuelt revisiterer kommunerne mange patienter, når en hjemmerespiratorordning overflyttes til regionens rammeaftaler, og for både nye og ældre ordninger er tendensen, at kommunerne visiterer ud fra standardkvalitetsnormer for hjemmepleje. Den kommunale medfinansiering tenderer på denne baggrund mod at blive reduceret fra 50 % til 20 % i mange 24-timers-ordninger, hvilket vil betyde en væsentlig reduktion af kommunernes finansiering af ordningerne og tilsvarende en væsentlig forøgelse af regionens udgifter.

Den kommunale udmåling baseres i stigende omfang på de generelle standardkvalitetsnormer i kommunerne, der gælder for alle andre ikke handicappede grupper, hvil-

ket efter regionens opfattelse er helt usagligt, og på ingen måde i overensstemmelse med anbefalingen om at inddrage sundhedsfaglige vurderinger i udredningen af plejebehov jf. ovenstående citat fra vejledningen. Ligeledes fratrækker mange kommuner pårørendes indsats til trods for, at det fremgår af såvel BPA-vejledningen fra 2009 og det nuværende udkast, at :

"....De timer, hvor en eventuel pårørende påtager sig plejeopgaverne, skal medregnes i det samlede plejebehov".

Uoverensstemmelser mellem region og kommuner omkring udmåling af plejebehovet for patienter med hjemmerespiratorordninger trækker ofte unødigt ud, og mange forhandlinger varer flere år. Aktuelt er ca. 40 % af regionens hjemmerespiratorordninger under forhandling, hvilket er meget uhensigtsmæssigt i forhold til en stram økonomistyring.

I forhold til den aktuelle finansieringsfordeling, hvor Region Hovedstaden aktuelt finansierer den væsentligste del af de samlede udgifter, og hvor tendensen går mod, at regionernes andel vokser betydeligt grundet ændret praksis i kommunerne, er det derfor uomtvisteligt, at det er kommunerne, der medfinansierer sygehusordnede hjemmerespiratorordningerne og ikke omvendt.

Da sundhedslovgivningen som nævnt ikke rummer hjemmel til at fastsætte kommune/borger/virksomheds/foreningsstyrede ordninger, må en fordeling af udgiften til de overlappende timer alene lovligt kunne ske ved, at kommunerne medvirker til finansieringen af en sundhedsfaglig respiratorhjælperordning ordineret af sundhedsvæsenet. Medfinansieringen af sygehusbehandlingen i patientens eget hjem medfører ikke, at sygehusbehandlingen hermed underlægges kravet om BPA.

Fastholdes punktet om at udvalgte patientgrupper har frit leverandørvalg af plejeydelser, vil der kunne være grundlag for en dobbeltdækning af personale, som ikke er samfundsmæssigt hensigtsmæssig. De økonomiske konsekvenser heraf vil være en betydelig udgiftsforøgelse. Regionen skal være til stede i det ordnede antal timer og kan, som det fremgår, ikke delegere sit lægelige ansvar til patienten, en virksomhed eller en forening, som sundhedsvæsenet ikke har instruktionsbeføjelse i forhold til.

Udkastet til vejledningen synes ikke at tage stilling til, hvorledes det regionale tilskud skal betales, i en situation, hvor patienten vælger en dyrere hjælperordning end hvad regionen skal betale qua rammeaftalen. I tilfælde af, at patienten pludselig ikke har flere penge til at aflønne hjælpeholdet, hvem har da ansvaret? Yderligere er der uafklarede spørgsmål om hvem, der skal finansiere hjælpere, når patienten dør i relation til den arbejdsgiverforpligtelse patienten har påtaget sig mht. opsigelsesvarsler mv.

Endelig vil en adgang til patienter til frit valg af leverandør til behandling medføre, at regionen ikke kan overholde sine indgåede kontrakter med private leverandører.

6. Særlige problemstillinger.

6.1. Ferie

Af vejledningen fremgår:

"En borger har alene ret til sygehusbehandling på sygehus eller i hjemmet. Der er ikke hjemmel i sundhedslovgivningen til at betale for ekstraudgifter i form af rejseudgifter og forplejning til sygehus hjælpen, såfremt borgeren ønsker at tage sin hjælp med ud af huset (f. eks. på rejse). Lønudgiften til sygehus hjælpen vil dog kunne blive betalt af sygehusvæsenet på samme vis, som hvis sygehusbehandlingen foregik i borgerens hjem."

Efter bekendtgørelse nr. 62 af 20.1.2010 om sygehusbehandling er det den altovervejende hovedregel, at der alene ydes sygehusbehandling til personer med bopæl her i landet på danske sygehuse.

Kun i meget begrænset omfang og under særlige omstændigheder er der mulighed for offentligt finansieret behandling i udlandet, jf. bestemmelserne i bekendtgørelsens kapitel 5. Ingen af disse bestemmelser giver en patient ret til behandling i udlandet alene som følge af, at patienten ønsker det.

En respiratorpatients ønske om ferieafholdelse i udlandet er således ikke omfattet af bekendtgørelsens regler om refusion af udgifter.

6.2. Indlæggelse af borgere

I forbindelse med indlæggelser er det afgørende, at der ikke skabes en finansieringsstruktur, der hindrer, at patienter kan udskrives, når de er færdigbehandlede. Således må forhandlinger om samfinansiering ikke forsinke udskrivninger.

Af vejledningen fremgår:

"Personale, som er nødvendigt i forbindelse med gennemførelse af behandling på et sygehus, skal stilles gratis til rådighed af sygehuset".....

"Når en respiratorpatient indlægges, er det almindelig praksis, at kommunen fastholder ansættelsen af borgerens hjælper.....og

"...I praksis yder hjælperteamet også støtte til borgeren under sygehusindlæggelse, udover den hjælp sygehuset yder."

Regionen vil anmode om, at vejledningen præciserer kommunernes finansiering af pleje i forbindelse med indlæggelser, og tilføjer en formulering om at samfinansieringsaftale om pleje i hjemmerespiratorordninger videreføres i forbindelse med indlæggelser. Plejebestanden for patienterne er uændret i forbindelse med indlæggelser.

6.3. Forum for samarbejde og netværk mellem Region og kommuner samt uvildig instans

Af vejledningsudkastet fremgår :

"I følge bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler skal regioner og kommuner indgå sundhedsaftaler, som bl.a. beskriver koordineringen af indsatsen vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler⁸. For at sikre en hurtig og koordineret igangsættelse af hjælpen til borgeren anbefales det, at region og kommuner som led i udarbejdelse af sundhedsaftaler fastsætter overordnede retningslinier for, hvordan opstart af overlappende hjælpeordninger bedst tilrettelægges."

Det skal hertil anføres:

- Der er ialt ca. 500 hjemmerespiratorordninger på landsplan som bør administreres efter ensartede principper.
- Sundhedskoordinationsudvalg har ingen bemyndigelse til at pålægge selvstændige regioner og kommuner udgiftsforpligtelser dvs. til at indgå økonomisk forpligtende aftaler.
- Der er etableret hensigtsmæssige retningslinier for etablering af en hjemmerespiratorordning hvad angår behandlingstilbud, der er godkendt af RCØ. Principperne fremgår af regionens rammeaftale med leverandører.
- De helt centrale problemstillinger vedrørende juridisk grundlag for samfinansiering og udgiftsfordeling kan ikke afgøres i dette forum, men må udstikkes via en fælles vejledning mellem de 2 ministerier. Denne opgave kan ikke overlades til decentrale myndigheder at afgøre.
- En sundhedsaftale omkring på dette område vil være frivillig, og dermed ikke forpligtende for parterne. Aftalen skal ikke godkendes af Sundhedsstyrelsen jf. vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:

".....Det er regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen, der indgår sundhedsaftaler. En sundhedsaftale er et formaliseret, forpligtende samarbejde mellem region og kommune, som omhandler parternes fælles ansvar for at sikre, at specifikke opgaver på sundhedsområdet varetages. Parterne skal ved indgåelse af aftalerne tage udgangspunkt i gældende lovgivning.

Sundhedsloven fastlægger, at regionen og kommunerne i regionen på en række områder har pligt til at indgå sådanne aftaler. De lovpligtige sundhedsaftaler skal angå de obligatoriske indsatsområder, der er fastlagt i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen skal, som den nationale faglige myndighed, godkende disse lovpligtige sundhedsaftaler.

Regionsråd og kommunalbestyrelse kan, ud over aftaler på de obligatoriske indsatsområder, indgå aftaler på frivillige indsatsområder. Disse såkaldte frivillige sundhedsaftaler skal ikke indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.....".

Netværk

Der eksisterer allerede et netværk i dag på tværs af regionerne, hvor repræsentanter for administrative enheder på området mødes og udveksler erfaringer m.v. med regelmæssige mellemrum. Repræsentation er dog meget forskellig fra region til region, da hverken Region Nord eller Region Syd har repræsentanter, der repræsenterer regionen,

men alene egne sygehusenheder. Ligeledes bærer drøftelser i netværket i høj grad præg af alle de uklarheder, der er nævnt i dette notat.

Der er i regionen tidligere afholdt temamøder med regioner og kommuner om hjemmerespiratorområdet. Da området er højt specialiseret, og meget komplekst, er det regionens anbefaling, at regionerne får ansvar for at informere kommunerne omkring hjemmerespiratorområdet. Der er en meget begrænset viden i kommunerne, da mange kommuner (selv i hovedstadsområdet) kun har mellem 1-5 hjemmerespiratorordninger. Da der samtidig er hyppige udskiftninger i sagsbehandlergruppen må det antages, at udbyttet af et sådant tværkommunalt netværk på blive begrænset, ligesom det vil være vanskeligt for repræsentanterne for kommunerne at sikre, at gruppen er opdateret mht. de seneste udmeldinger fra Sundhedsstyrelse/RCØ/RCV/Region.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Primær Sundhed
Sagsnr.: 1003866

Socialministeriet, Handicapkontoret
J.nr. 2010-1061

15. november 2010

Vejledning om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp

Indhold

1. Indledning
2. Respiratorbehandling i hjemmetBorgerstyret personlig assistance (BPA)
3. Borgerstyret personlig assistance (BPA)Respiratorbehandling i hjemmet
4. Respiratorhjælp og BPA og respiratorhjælper hos samme patientborger
5. Fastsættelse af behov for henholdsvis respiratorhjælp og hjælp til personlig pleje m.v.
6. Beregning af omkostninger ved respirationshjælp og pleje m.v. til patientenborgeren
7. Tildeling af respiratorhjælper og PatientensBorgerens valg af respiratorhjælper og BPA
8. Tilrettelæggelse af overlappende hjælpeordninger
9. Andre former for hjælp efter serviceloven
10. Særlige problemstillinger
11. Yderligere informationoplysninger

1. Indledning

Denne vejledning indeholder information om reglerne for respiratorhjælp i eget hjem efter sundhedsloven og borgerstyret personlig assistance (BPA) efter servicelovens § 96 samt ministeriernes vejledning om koordinering af de to ordninger i de tilfælde, hvor den samlede behandlings- og plejeindsats kan ydes af én og samme person.

Hjælp til patienter/borgere i form af borgerstyret personlig assistance (BPA) efter servicelovens § 96 og respiratorhjælp i eget hjem efter sundhedsloven og borgerstyret personlig assistance (BPA) efter servicelovens § 96 kan i næsten alle tilfælde ydes af én og samme person. Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Socialministeriets anbefaling, at BPA- og hjemmerespiratorordninger og BPA-ordninger så vidt muligt tilrettelægges i én ordning til gavn for patienten/borgeren og af hensyn til en fornuftig ressourceanvendelse.

Hensigten med denne vejledning er at bidrage til, at de ansvarlige myndigheder tilrettelægger hjælpen til respiratorpatienter tilrettelægges disse borgere på en måde, som sikrer dem bedst mulig behandling og størst mulig livskvalitet og mulighed for at leve et selvstændigt liv.

Denne vejledning indeholder information om reglerne for respiratorhjælp i eget hjem efter sundhedsloven og BPA efter servicelovens § 96 samt ministeriernes vejledning om koordinering af de to ordninger, når den samlede behandlings- og plejeindsats hjælpen kan ydes af én og samme person/hælper.

De vejledende skrivelser fra 1993 og 1996 fra Socialministeriet og det daværende Sundhedsministerium om fordeling af udgifter til respiratorhjælp efter sundhedsloven og anden hjælp i hjemmet efter serviceloven er indarbejdet i denne vejledning¹.

2.3 Borgerstyret, personlig assistance (BPA)

Reglerne om BPA efter servicelovens § 96 giver patienter, som har borgere med omfattende funktionsnedsættelser, mulighed for at modtage pleje og anden praktisk bistandshjælp i form af et kontant tilskud til selv at ansætte de nødvendige hjælpere. Formålet med BPA er, at patienter, personer med omfattende funktionsnedsættelser får en hjælp, der tager udgangspunkt i patientens borgerens selvbestemmelse og ønsker, og som kan understøtte patienten/borgeren i at fastholde eller opbygge et selvstændigt liv.

Med BPA får patienten/borgeren hjælpen i form af et kontant tilskud, der skal dække omkostninger ved at ansætte den nødvendige hjælp. I en BPA-ordning udvælger patienten/borgeren selv sine hjælpere, og samtidig får patienten/borgeren mulighed for at indrette ordningen i forhold til sine individuelle ønsker.

Patienter/Borgere, der modtager BPA, skal som udgangspunkt kunne fungere som arbejdsgiver for hjælperne, medmindre patienten/borgeren indgår aftale om at overføre sit tilskud til en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, som herefter er arbejdsgiver for hjælperne i ansættelsesretlig forstand.

Det skal understreges, at det er patienten/borgeren, der vælger, hvordan BPA-ordningen skal tilrettelægges, herunder hvem patienten/borgeren måtte ønske at overføre tilskuddet til. Det vil sige, at patienten/borgeren selv indgår en aftale med en anden part om varetagelse af opgaven. Aftalen bør beskrive opgaverne, levering af ydelser, omkostningsstyring, opsigelsesvarsel mv. Kommunalbestyrelsen skal udmåle et tilskud til dækning af de omkostninger, der er forbundet med at fungere som arbejdsgiver. Der henvises til denne vejlednings punkt 6.4. om udmåling af tilskud og Socialministeriets vejledning om borgerstyret personlig assistance, vejledning nr. 94 af 10. november 2009.

Det er en forudsætning for at modtage hjælp i form af BPA, at patienten/borgeren kan fungere som daglig leder for hjælperne. Disse opgaver omfatter normalt at kunne tilrettelægge det daglige arbejde, udvælge og oplære hjælperne samt varetage den daglige arbejdsinstruktion.

3.2. Respiratorbehandling i hjemmet

Respiratorbehandling, herunder diagnostik, efterbehandling og behandling i hjemmet er en højt specialiseret sygehusfunktion, som varetages af henholdsvis Respirationscenter Vest, Århus Universitetshospital, og Respirationscenter Øst, Glostrup Hospital Røgshospitalet, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for anæstesiologi, 2010². Behandlingen varetages i samarbejde med en sygehusafdeling med regionsfunktion i patientens borgerens egen bopælsregion-region. Principperne for den sundhedsfaglige tilrettelæggelse af respirationsbehandling i hjemmet er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om kronisk respirationsinsufficiens.³

¹ Fællesskrivelser fra Socialministeriet og Sundhedsministeriet af 14. januar 1993 og 14. juni 1996.

² Funktionen vil desuden i fremtiden kunne varetages af Odense Universitetshospital i et formaliseret samarbejde med og under faglig supervision af Respirationscenter Vest eller Respirationscenter Øst, jf. Specialevejledning for anæstesiologi, Sundhedsstyrelsen 22. juni 2010.

³ "Kronisk respirationsinsufficiens. Vedrørende visitation og sygehusbehandling af patienter, som lider af kronisk respirationsinsufficiens som følge af neuromuskulære lidelser, thoraxdeformiteter m.m.", vejledning nr. 15875 af 19. december 1990.

Formateret: Punktopstilling

Formateret: Punktopstilling

Regionsrådet er forpligtet til at betale for de nødvendige personaleressourcer, der knytter sig til den daglige brug af respiratorer i hjemmet, jf. cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)⁴.

Respiratorbehandling er af ifølge Sundhedsstyrelsens defineret som vurdering lægeforbeholdt virksomhed, som kan delegeres til en medhjælp, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af medhjælp⁵.

Uanset respiratorhjælpernes ansættelsesforhold er det dermed de ansvarlige læger på respirationscentrene, der har det overordnede sundhedsfaglige ansvar for den respiratorbehandling, der gives i patientens eget hjem. Det vil sige, at respiratorhjælperen behandler patienten efter delegation fra det ansvarlige respirationscenter/hospital. Respirationscentret har pligt til at oplære, instruere og føre tilsyn med respirationshjælperen. I den forbindelse har de ansvarlige læger på respirationscentrene et ansvar for, at de personer, som udfører respiratorbehandlingen i hjemmet, har de kvalifikationer, der er nødvendige for at udføre opgaven. Det betyder blandt andet, at de ansvarlige læger på et respirationscenter kan vurdere, at en person ikke er egnet til at varetage respiratorbehandlingen.

De ansvarlige læger på respirationscentret skal som nævnt desuden sikre sig, at hjælperne modtager instruktion i at udføre opgaven, jf. bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp⁵.

3 Borgerstyret, personlig assistance (BPA)

Reglerne om BPA efter servicelovens § 96 giver patienter, som har omfattende funktionsnedsættelser, mulighed for at modtage pleje og anden praktisk bistand i form af et kontant tilskud til selv at ansætte de nødvendige hjælpere. Formålet med BPA er, at patienter med omfattende funktionsnedsættelser får en hjælp, der tager udgangspunkt i patientens ønsker, og som kan understøtte patienten i at fastholde eller opbygge et selvstændigt liv.

Med BPA får patienten hjælpen i form af et kontant tilskud, der skal dække omkostninger ved at ansætte den nødvendige hjælp. I en BPA-ordning udvælger patienten selv sine hjælpere, og samtidig får patienten mulighed for at indrette ordningen i forhold til sine individuelle ønsker.

Patienter, der modtager BPA, skal som udgangspunkt kunne fungere som arbejdsgiver for hjælperne, medmindre patienten indgår aftale om at overføre sit tilskud til en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, som herefter er arbejdsgiver for hjælperne i ansættelsesretlig forstand.

Det er patienten, der vælger, hvordan BPA-ordningen skal tilrettelægges, herunder hvem patienten måtte ønske at overføre tilskuddet til. Det vil sige, at patienten selv indgår en aftale med en anden part om varetagelse af opgaven. Aftalen bør beskrive opgaverne, levering af ydelser, omkostningsstyring, opsigelsesvarsel mv. Kommunalbestyrelsen skal udmåle et tilskud til dækning af de omkostninger, der er forbundet med at fungere som arbejdsgiver. Der henvises til denne vejlednings punkt 6.1, om udmåling af tilskud og Socialministeriets vejledning om borgerstyret personlig assistance, vejledning nr. 94 af 10. november 2009.

Det er en forudsætning for at modtage hjælp i form af BPA, at patienten kan fungere som daglig leder for hjælperne. Disse opgaver omfatter normalt at kunne tilrettelægge det daglige arbejde, udvælge og oplære hjælperne samt varetage den daglige arbejdsinstruktion.

⁴ Cirkulære nr. 149 af 21. december 2006.

⁵ Bekendtgørelse nr. 1219 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

4.4 BPA og Respiratorhjælper og BPA hos samme patient borger

I de tilfælde, hvor en patient borger har behov for respiratorhjælp og BPA samtidig, og hjælpen kan ydes af én og samme person, kan kommunalbestyrelsen og regionsrådet og kommunalbestyrelsen indgå aftale om at dele udgifterne til de overlappende timer. Ved vurdering af, om hjælpen kan leveres af én person, indgår de ovenfor nævnte fornødne sundhedsfaglige hensyn. Det anbefales, at ordninger for patienter borgere, der har begge typer hjælpebehov, så vidt muligt koordineres, så hjælpen leveres af én og samme person af hensyn til patientens borgerens liv og livskvalitet og den samlede ressourceanvendelse på tværs af områder.

En aftale om, at samme person udfører både respiratorhjælp og almindelige plejeopgaver, ændrer ikke på ansvarsfordelingen mellem kommunen og regionen. Ansvaret for respiratorbehandlingen ligger således fortsat hos regionsrådet, og ansvaret for den almindelige pleje er fortsat kommunalbestyrelsens.

Principper for fordeling af udgifter

I det følgende beskrives principper for fordeling af udgifter i de tilfælde, hvor respiratorhjælp og BPA kan varetages af én person. Principperne er de samme, som fremgår af de tidligere fælles skrivelser¹:

- 1) Regionsrådet afholder udgiften til respiratorhjælpere, der skal varetage respiratorbehandling af patienten borgeren i de timer i døgnet, hvor respirator er nødvendig.
- 2) Kommunalbestyrelsen afholder udgiften til anden form for hjælp og pleje mv. til patienten borgeren efter den sociale lovgivning.
- 3) I de tilfælde, hvor hjælpetimer efter 1) og 2) overlapper hinanden, således at der er behov for begge former for hjælp samtidigt, og hjælpen kan ydes af én person, deles udgiften til disse overlappende timer, således at regionsrådet og kommunalbestyrelsen afholder hver 50 pct. af udgiften. Dette vil f.eks. være tilfældet, hvis patienten borgeren har BPA-ordning i 24 timer og behov for respiratorhjælp i 24 timer og tilføjede har en BPA-ordning i 24 timer.

Formålet med ovenstående principper er at undgå unødige dobbeltbemanding og at muliggøre give en praktisk løsning vedrørende fordeling af udgiften til overlappende timer, som kan benyttes fremover.

Som eksempler på fordeling af udgifterne forbundet med overlappende timer til respiratorhjælp og BPA kan nævnes følges:

- 1) a) En respiratorpatient bruger har behov for respiratorhjælp 24 timer i døgnet og samtidig 8 timers hjælp til ledsagelse, pleje m.m. Da de to slags hjælp overlapper hinanden med 8 timer og kan ydes af én person, skal regionsrådet betale for 16 timer + halvdelen af de overlappende timer - i alt 20 timer, og kommunalbestyrelsen skal betale for halvdelen af overlappende timer - i alt 4 timer.
 - b) Timer herudover, hvor det er nødvendigt, at der er en hjælper til stede udover den fælles hjælper, f.eks. til at løfte borgeren mv., betales af kommunalbestyrelsen.
- 2) a) En respiratorpatient bruger har behov for respiratorhjælp 12 timer i døgnet og 16 timers hjælp til ledsagelse, pleje m.m. Hvis de to slags hjælp overlapper hinanden med 12 timer og kan ydes af én person, skal kommunen betale for 4 timer + halvdelen af overlappende timer - i alt 10 timer, og sygehusvæsnet skal betale for halvdelen af de overlappende timer - i alt 6 timer. Hvis der alene er 4 overlappende timer, idet hjælpen ikke ydes fuldt ud i samme tidsrum, deles de 4 timer, således at kommunalbestyrelsen betaler for 14 timer og regionsrådet for 10 timer.
 - b) Timer herudover, hvor det er nødvendigt, at der er en hjælper til stede udover den fælles hjælper, betales af kommunalbestyrelsen, jf. 1.b.

- 3) a) En respiratorpatient bruger har behov for respiratorhjælp 16 timer i døgnet og 8 timers hjælp til pleje og ledsagelse mm. Hvis de to slags hjælp overlapper hinanden med 8 timer og kan ydes af én person, skal regionsrådet betale for 8 timer + halvdelen af overlappende timer - i alt 12 timer, og kommunen skal betale for halvdelen af overlappende timer - i alt 4 timer. Hvis der ikke er nogen overlappende timer, idet hjælpen ydes i forlængelse af hinanden, betaler regionsrådet for 16 timer og kommunen for 8 timer.

b) Timer herudover, hvor det er nødvendigt, at der er en hjælper til stede udover den fælles hjælper, betales af kommunalbestyrelsen, jf. 1.b.

Hjælp fra pårørende

Det er det aktuelle, samlede pleje- og overvågningsbehov og plejebehov, der skal opgøres, uanset om patienten borgeren selv, f.eks. ved pårørendes bistand, opfylder en del af behovet. De timer, hvor en eventuel pårørende påtager sig plejeopgaverne, skal medregnes i det samlede plejebehov.

Som eksempel kan angives, at hvis en patientborger har behov for 24 timers respiratorhjælpsbistand i døgnet og for 17 timers plejebistand eller praktisk hjælp i døgnet, er patientens borgerens samlede plejebehov de 17 timer, også selv om pårørende til patienten borgeren påtager sig plejen i f.eks. 3 timer i døgnet. Disse 17 timer skal deles mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen med 8½ time til hver, hvis arbejdet kan bestrides af én person.

Hvis pårørendeindsatsen nedbringer det samlede plejebehov med f.eks. 3 timer, skal regionsrådet og kommunalbestyrelsen efter de to ministeriers opfattelse dele den afledte besparelse.

Denne fortolkning betyder bl.a., at kommunalbestyrelsen ikke alene skal deltage i betaling af såkaldt "aktive" plejeopgaver, men også i de øvrige timer, jf. at det er kommunens opgave at sørge for evt. overvågning, inden patienten borgeren får respirator, samt i de timer hvor den pågældende evt. er uden for respirator. Eksempler på opgaver udført her kunne være mindre dagligdags opgaver eller eksempelvis hjælp med at rette på hovedet, række borgeren ting til patienten, blade i en bog mv.

5.5 Fastsættelse af behov for henholdsvis respiratorhjælp og hjælp til personlig pleje m.v.

Fastsættelsen af, hvor mange timer patienten borgeren har behov for respiratorhjælp, foretages af et af respirationscentre, som har specialfunktion (højt specialiseret) inden for kronisk respirationsinsufficiens.

Fastsættelsen af, hvor mange timer patienten borgeren har behov for anden hjælp, som f.eks. til personlig pleje, rengøring, indkøb eller hjælp til ledsagelse uden for hjemmet, foretages af kommunalbestyrelsen, jf. herunder.

Serviceovens § 96

Udmålingen af timer efter serviceovens § 96 skal foretages af kommunalbestyrelsen på baggrund af en konkret, individuel vurdering af patientens borgerens behov for hjælp, der tager udgangspunkt i, hvad den enkelte patient borger selv kan klare med henblik på at kunne leve et så almindeligt liv som muligt andre ikke-handicappede, både i og uden for hjemmet. Hjælp efter serviceovens § 96 ydes til personer med betydelig og varigt nedsat funktionsevne, som har et behov, der gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte til pleje, overvågning og ledsagelse. Serviceovens § 96 omfatter dermed normalt personer med mere massive og sammensatte hjælpebehov, hvor patientens borgerens behov ikke kan dækkes ved almindelig praktisk og personlig hjælp. Udmålingen af hjælp har dermed et andet sigte end udmåling af personlig og praktisk hjælp i hjemmet efter serviceovens § 83⁶

Formateret: Punktstilling

⁶ Der kan henvises til Ankestyrelsens Principafgørelse 87-09

Vurderingen skal ses i sammenhæng med formålet med BPA efter servicelovens § 96 om at skabe en fleksibel og sammenhængende ordning, der sikrer patientens borgerens mulighed for at leve et så normalt og selvstændigt liv som muligt og under hensyn til, at patientens borgerens behov kan variere bl.a. som følge af variation i patientens borgerens funktionsnedsættelse og dermed ikke altid er forudsigeligt.

Udmålingen af hjælpen skal foretages i et samarbejde med patienten borgeren. Det vil desuden ofte være nødvendigt at inddrage den fornødne sagkundskab og bistand fra personer med kendskab til formålet og funktionen med BPA.

Det kan i den forbindelse være hensigtsmæssigt at inddrage sundhedsfaglige vurderinger i udredningen af plejebehov mv. hos patienten borgeren med henblik på at få et dækkende billede af patientens borgerens situation og behov. Dette kan f.eks. ske med inddragelse af respirationscentrenes beskrivelse af funktionsevne og plejebehov.

6.6. Beregning af omkostninger ved respirationshjælp og pleje m.v. til patientenborgeren

Formateret: Punktopstilling

6.21. Udmåling af det kontante tilskud til BPA

Kommunalbestyrelsen skal, jf. bekendtgørelse nr. 1180 af 14. oktober 2010, beregne og fastsætte et kontant tilskud til ansættelse af hjælpere i en BPA-ordning. I bekendtgørelsen er det fastslået, at kommunalbestyrelsen skal tage højde for en række elementer i deres udmåling af det kontante tilskud, herunder løn og tillæg, arbejdsmarkedspension og tillæg. Desuden fremgår det, at kommunalbestyrelsen skal dække en række omkostninger efter regning (forsikringer, løn under sygdom, arbejdsmiljølovgivningen mv.), og at kommunalbestyrelsen skal udmåle et tilskud til varetagelse af arbejdsgiveropgaven, hvis patientenborgeren ønsker at overføre sit tilskud til en forening eller et firma.

Udmålingsreglerne er nærmere beskrevet i Vejledning om Borgerstyret Personlig Assistance. Beregningen skal ses i sammenhæng med formålet med ordningen, herunder sikringen af den nødvendige fleksibilitet med hensyn til udsving i behov.

6.12. Udgifter forbundet med respirationshjælp

De udgifter, som knytter sig direkte til anvendelsen af en respirator, skal afholdes af sygehusvæsenet. Det indebærer, at sygehusvæsenet udover løn mv. til respiratorhjælpere skal afholde driftsudgifterne forbundet med anvendelsen af respiratoren, herunder udgifterne til el. Det forudsættes i den forbindelse, at sygehusvæsenet også dækker de afledte omkostninger ved respirationshjælpere, herunder f.eks. lovpligtige forsikringer i henhold til arbejdsskadesikringsloven eller bidrag til barselsfond mv.

Det indebærer ligeledes, at sygehusvæsenet som udgangspunkt yder de for respiratorbehandlingen nødvendige utensilier som f.eks. sugekatetre, tracheostomiservietter, sterilt vand, gazeswabs, engangssprøjter, bændler til fiksering af tracheostomitube, vatpinde mv.⁷

Derimod forudsættes udgifter til småting som f.eks. personalets brug af vand og sæbe ikke afholdt af sygehusvæsenet. I det omfang, der er tale om en patientborger med BPA, kan udgiften dækkes efter reglerne i udmålingsbekendtgørelsens § 10 om udgifter forbundet med at have hjælpere i og uden for hjemmet.

7.7. PatientensBorgerensTildeling af valg af respiratorhjælper og valg af BPA

Formateret: Punktopstilling

⁷ Hvis patienten kun sporadisk er i kontakt med sygehuset, men overvejende passes og kontrolleres i eget hjem af hjemmesygeplejen, er denne ansvarlig for at levere de plejeartikler, der er nødvendige til opstart af plejen.

PatientenBorgeren kan ikke selv vælge respiratorhjælper. Dermed har patienten jf. servicelovens § 96, stk. 2, ret til at vælge en privat virksomhed, en forening eller en nærtstående person, som kan varetage arbejdsgiveropgaven i BPA-ordningen inden for den økonomiske ramme, som kommunen har udmålt til denne opgave. Når en patientborger har behov for hjælp både i form af BPA og respirationshjælp og i form af anden hjælp indenfor en BPA-ordning, er det derfor væsentligt, at kommune og region er opmærksomme på patientensborgerens ret til at vælge efter serviceloven. Det bemærkes i den forbindelse, at der ikke er en tilsvarende bestemmelse i sundhedsloven om frit valg af behandler og dermed frit valg af respiratorhjælper, men en region kan indgå aftale med en kommune om, at kommunen administrerer den samlede hjælp til borgeren.

Hvis regionen har indgået aftale med en bestemt virksomhed eller forening om levering af respirationshjælp, vil denne aftale – udover at være grundlaget for respiratorhjælpen - også kunne det ministeriernes opfattelse, at denne aftale alene kan anvendes som grundlag for levering af den samlede hjælp til patientenborgeren (dvs. både respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens § 96), hvis patientenborgeren vælger at overføre arbejdsgiveropgaven og administrationen af hjælpen efter BPA-ordningen til denne forening eller virksomhed, som regionen har indgået aftale med. Det skal understreges, at en patientborger med hjælp i form af BPA ikke kan pålægges at anvende en bestemt virksomhed til den hjælp, der ydes efter servicelovens §§ 95 og 96.

Indenrigs- og sundhedsministeriet og Socialministeriet anbefaler, at der i et samarbejde mellem region, patient og kommune så vidt muligt tilvejebringes en ordning, hvor respiratorhjælp og BPA-hjælp kan ydes af samme person(er). Hvis patienten ikke ønsker at modtage BPA-hjælpen af samme person(er), som yder respiratorhjælpen, kan en koordineret sådan ordning ikke etableres, og der vil i sådanne situationer være tale om to adskilte ordninger hos den pågældende patient.

Indenrigs- og sundhedsministeriet og socialministeriet anbefaler, at der i et samarbejde mellem region, patient og kommune så vidt muligt tilvejebringes en ordning, hvor respiratorhjælp og BPA kan ydes af samme person(er).

I tilfælde, hvor patienten ønsker en BPA-hjælper, som ikke i forvejen er en af de respiratorhjælpere, der anvendes af det ansvarlige respirationscenterregion, og som kan accepteres af respirationscentretregionen, kan koordineringen evt. opnås ved, at hjælperen ansættes i samme virksomhed og på samme vilkår som regionens øvrige respiratorhjælpere. Der har hidtil været gode erfaringer med, at den samlede hjælp til borgeren koordineres af kommunen, så det er borgeren, der enten selv er arbejdsgiver for hjælperne eller indgår aftale med en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed.

Det forudsættes, at patienten og evt. parørende løbende inddrages i forbindelse med tilrettelæggelse og opfølgning på respiratorordninger og BPA-ordninger i hjemmet.

Aftaler om, at en kommune administrerer respiratorhjælpen, medfører ingen ændringer i forhold til, at respirationshjælpen i alle tilfælde er regionens opgave og ansvar. Det indebærer bl.a., at de ansvarlige læger på respirationscentret har ansvaret for at godkende en borgers valg af hjælper, jf. afsnit 3.

Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal understrege, at det er mest hensigtsmæssigt både i forhold til den enkelte borgers muligheder for at leve et selvstændigt liv og i forhold til de samfundsmæssige ressourcer, at kommunen og regionen indgår aftale om deling af udgifter til overlappende hjælpertimer, hvor hjælpen kan ydes af en person.

8.8. Tilrettelæggelse af overlappende hjælpeordninger

Den administrative koordinering af BPA og respiratorhjælp og BPA, hvor der er overlappende timer, sker efter aftale mellem regionen, patienten og kommunende to-myndigheder. Det forudsættes i den forbindelse, at udmålingen af de to myndigheders respektive betaling i de konkrete sager ikke forsinker udskrivningen af patienten/borgeren til eget hjem.

Formateret: Punktstilling

Forum for samarbejde mellem region og kommuner

Som nævnt i afsnit 2.3 er respirationsbehandling i hjemmet en højt specialiseret sygehusfunktion, som varetages af henholdsvis Respirationscenter Øst, Glostrup Hospital/Rigshospitalet og Respirationscenter Vest, Århus Universitetshospital. Behandlingen varetages i samarbejde med en sygehusafdeling med regionsfunktion i patientens/borgerens bopælsregion. Der forudsættes således et samarbejde mellem respirationscentrene og patientens bopælsregionerne om behandlingen og i den forbindelse hjælperfunktionen.

Ifølge bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler skal regioner og kommuner indgå sundhedsaftaler, som bl.a. beskriver koordineringen af indsatsen vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler⁸. For at sikre en hurtig og koordineret igangsættelse af hjælpen til patienten/borgeren anbefales det, at region og kommuner som led i udarbejdelse af sundhedsaftaler fastsætter overordnede retningslinjer for, hvordan opstart af overlappende hjælperordninger bedst tilrettelægges.

Der kan f.eks. aftales et forum for en nærmere tilrettelæggelse af respiratorhjælp og BPA i de tilfælde, hvor hjælpen kan varetages af én person.

Et fælles forum kan f.eks. tilrettelægges fastsætte:

- a) En fast proces for aftaler.

Der kan fastsættes en proces for koordinering og forventningsafstemning mellem respirationscentret, regionen, kommunen og patienten/borgeren.

- b) En standard for midlertidige aftaler mellem region og kommune. Der kan udarbejdes en standard for aftaler, som gælder fra en patient/borger udskrives med respiratorbehandling i eget hjem, og til der foreligger en endelig fastlæggelse af hjælp efter serviceloven og eventuel beregning af tilskud til BPA.

Der kan f.eks. indgås aftale om midlertidig fordeling og eventuel efterregulering af omkostninger indtil udmåling mv. er afsluttet af begge myndigheder.

- c) Tidsfrist for udmåling af hjælpen efter serviceloven. Det skal i den forbindelse understreges, at Kommunalbestyrelsen har pligt til at levere den nødvendige hjælp efter f.eks. servicelovens § 83 i en overgangsfase, indtil der f.eks. er truffet afgørelse om en BPA-ordning.

d) Takster for aflønning af hjælpere, som varetager både BPA-funktioner og respiratorhjælp og BPA-funktioner, herunder honorering af vikarhjælp.

e) Aftale om, hvordan uenighed håndteres. Der kan evt. aftales et permanent, fælles forum, hvor tvister kan indbringes til drøftelse og evt. afgørelse. Der kan desuden aftales mulighed for, at tvister kan indbringes for en voldgift.

Formateret: Indrykning: Venstre:
0,63 cm

Formateret: Punktstilling

Formateret: Punktstilling

⁸ Bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009.

Det skal i den forbindelse nævnes, at Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke er klageinstans i tvister mellem kommuner og regioner.

f) Kontaktpersoner på respirationscentret i regionen og kommunen.

Formateret: Punktopstilling

Det forudsættes, at patienten borgeren og evt. pårørende løbende inddrages i forbindelse med tilrettelæggelse og opfølgning på respiratorordninger og BPA-ordninger i hjemmet.

Det skal desuden understreges, at det kan under alle omstændigheder være hensigtsmæssigt at inddrage kommunerne på et tidligt tidspunkt i planlægningen af respiratorbehandling i patientens borgerens eget hjem.

Netværk

Det foreslås, at kommunerne indenfor regionen, f.eks. i regi af de regionale kommunekontakttråd, opretter et netværk med henblik på udveksling af erfaring mv. vedr. varetagelse af hjælp til patienter borgere, som har respirator i hjemmet og BPA. Dette kan ikke mindst være hensigtsmæssigt for kommuner, som kun har ganske få patienter borgere, som får respiratorbehandling i hjemmet kombineret med en BPA-ordning eller anden form for hjælp efter serviceloven. Det skal i den forbindelse nævnes, at respirationscentre yder rådgivning til bl.a. kommunerne, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om kronisk respirationsinsufficiens³.

Ligeledes kan det være hensigtsmæssigt at oprette netværk mellem regionerne til udveksling af erfaringer og drøftelse af problemstillinger i forbindelse med respiratorhjælp i hjemmet.

9.9. Andre former for hjælp efter serviceloven

Formateret: Punktopstilling

Det kan ligeledes være hensigtsmæssigt, at regionsrådet og kommunalbestyrelsen og regionsrådet indgår aftale om at anvende disse fælles principper for deling af udgifter mellem kommuner og region, når der ydes hjælp efter andre bestemmelser i serviceloven end § 96.

Det gælder f.eks. både i forhold til personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83 eller servicelovens § 95. Det skal i den forbindelse understreges, at der samtidig med hjælp efter disse bestemmelser i serviceloven kan ydes f.eks. ledsageordning efter servicelovens § 97 til aktiviteter uden for hjemmet, socialpædagogisk bistand mv. Dette afsnit giver derfor ikke en udtømmende beskrivelse af mulighederne efter serviceloven.

9.1. Servicelovens § 83 – personlig og praktisk hjælp

Kommunalbestyrelsen og Regionsrådet og kommunalbestyrelsen kan vælge at indgå aftale om levering af hjælp og dermed deling af udgifter til en patient borger, der modtager både respirationshjælp og personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp) efter servicelovens § 83 samt respirationshjælp fra sundhedsvæsenet.

I forbindelse med hjælp efter servicelovens § 83 skal kommunalbestyrelsen være opmærksom på reglerne om patientens borgerens frie valg af leverandør efter servicelovens §§ 91-92. Disse regler giver patienten borgeren ret til frit at vælge blandt kommunens leverandører af hjælp. Det er ministeriernes opfattelse, at patientens borgerens frie leverandørvalg ikke kan tilsidesættes gennem aftale om deling af udgifter til overlappende hjælpertimer.

Der er efter ministeriernes opfattelse intet til hinder for, at hjælpere ansat enten af kommunen eller af regionen leverer den samlede hjælp til patienten borgeren, jf. dog servicelovens §§ 91 og 92. Koordineringen forudsætter således også her, at patienten kan acceptere at modtage den personlige og praktiske hjælp af samme person, som yder respiratorhjælpen. Kommunalbestyrelsen skal i den forbindelse være opmærksom

på, at det ikke kan stilles som et krav efter §§ 91-92 i serviceloven, at den private leverandør kan varetage respirationshjælp i hjemmet.

9.2. Servicelovens § 95 m.fl.

Hjælp efter servicelovens § 95 tager udgangspunkt i servicelovens §§ 83 og 84 og omfatter dermed personlig og praktisk hjælp i hjemmet samt afløsning og aflastning. Hjælp efter § 95 kan, efter en konkret vurdering, udmåles som døgnhjælp.

For hjælp efter § 95 kan der tages udgangspunkt i de kommunale kvalitetsstandarder for praktisk og personlig hjælp og pleje. Kommunalbestyrelsen skal dog være opmærksom på, at en afgørelse om hjælp efter § 95 altid skal træffes på grundlag af en konkret og individuel vurdering af patientens borgerens behov for hjælp. Det kommunalt fastsatte serviceniveau er udgangspunktet for, hvad patienten borgeren kan forvente af hjælp, men serviceniveauet skal fraviges, når patientens borgerens behov nødvendiggør det.

For uddybende oplysninger om udmåling af hjælp efter servicelovens §§ 95-96 henvises til vejledning om borgerstyret personlig assistance (vejledning nr. 98 af 10. november 2009) og for udmåling efter servicelovens vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning mv. (vejledning nr. 94 af 5. december 2006).

Hjælpen udbetales, i lighed med servicelovens § 96, i form af et kontant tilskud til selv at ansætte de nødvendige hjælpere. Hjælp efter § 95 kan f.eks. ydes sammen med ledsageordning efter servicelovens § 97, der skal dække patientens borgerens behov for ledsagelse uden for hjemmet.

Patienter Borgere, der modtager tilskud efter 95 i serviceloven, har samme adgang som efter § 96 til at indgå aftale med en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed om at overføre sit tilskud til en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, som herefter er arbejdsgiver for hjælperne i ansættelsesretlig forstand.

10.10 Særlige problemstillinger

Formateret: Punkttopstilling

10.1. Ferie

En patient borger har alene ret til sygehusbehandling på sygehus eller i hjemmet. Der er ikke hjemmel i sundhedslovgivningen til at betale ekstraudgifter i form af rejseudgifter og forplejning til sygehushjælpen, såfremt patienten borgeren ønsker at tage sin hjælp med ud af huset (f.eks. på rejse). Respiratorhjælpen - om udgiften til sygehushjælpen vil dog kunne blive betalt af sygehusvæsenet på samme vis, som hvis behandlingen foregik i patientens hjem vil dog kunne blive betalt af sygehusvæsenet på samme vis, som hvis behandlingen foregik i borgerens hjem.

Eventuelle merudgifter ved ferier og lignende kan eventuelt 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 kommunalbestyrelsen eventuel 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).

10.2. Indlæggelse af patienten borger

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 patients borgers tilfælde og sørge for, at dette personale stilles til rådighed.

Når en respiratorpatientbruger indlægges, er det almindelig praksis, at patientens respiratorhjælp følger med, og at kommunen også fastholder ansættelsen af patientens borgerens hjælpere efter serviceloven. Det sker af hensyn til både patienten borgeren, hjælperne og i mange tilfælde også myndighederne. Dermed undgår man patienten borgeren at skulle nyansætte hjælpere ved udskrivelse fra sygehus, og patienten borgeren har dermed bedre mulighed for at fastholde et stabilt hjælpe-team. Desuden vil udskrivelsen ikke blive forsinket af, at der skal nyansættes og uddannes hjælpere. I praksis yder hjælpe-teamet også støtte til patienten borgeren under sygehusindlæggelse, udover den hjælp sygehuset yder.

10.3. Annonceringspligt

Hvis BPA-hjælpen til patienten borgeren udbetales i form af et tilskud til ansættelse af de nødvendige hjælpere efter servicelovens §§ 95 eller 96, hvor patienten borgeren enten selv udvælger og ansætter hjælperne eller vælger at overføre tilskuddet til en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, der herefter er arbejdsgiver for hjælperne, er der ikke tale om en annonceringspligtig disposition, da kommunenden offentlige myndighed i denne situation ikke er involveret i udvælgelsen af leverandøren af hjælpen. Dette gælder også, når der både er behov for respiratorhjælpere og hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96.

Hvis regionen indgår rammeaftale med et bureau eller virksomhed om at finde eller ansætte egnede respiratorhjælpere og dermed administrerer respiratorhjælper ordningen, vil denne rammeaftale være omfattet af annonceringspligten, hvis værdien overstiger 500.000 kr.

Det skal bemærkes, at reglerne om annonceringspligt, udbud mv. hører under Konkurrencestyrelsens område.

10.4. Arbejdsmiljøloven

Efter arbejdsmiljøloven har arbejdsgiveren pligt til at sørge for, at arbejdsmiljøet er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. Denne pligt gælder også, når arbejdet udføres i private hjem.

Hvis patienten borgeren selv er arbejdsgiver for sine BPA-hjælpere, dvs. hvor der ikke foreligger en koordineret respiratorhjælp- og BPA-ordning, kan arbejdsmiljøforpligtelsen have forskelligt omfang afhængigt af det arbejde, som udføres.

Reglerne om arbejdsmiljø hører under Arbejdstilsynet.

Arbejdsmiljølovgivningen i forhold til borgere med BPA er nærmere beskrevet i Socialministeriets vejledning nr. 94 af 10. november 2009 om borgerstyret personlig assistance.

10.5. Flytning over kommunegrænse

Ved en patients borgerens flytning til en anden kommune og evt. anden region bør myndighederne i samarbejde med patienten borgeren sikre en smidig overflytning og koordinering af respiratorhjælp og flytning af BPA-ordning og respiratorhjælp.

Kommunalbestyrelsen skal i den forbindelse være opmærksom på, at borgerens hidtidige opholdskommune efter servicelovens § 96 b har pligt til at fortsætte den kommunale udbetaling af tilskud til BPA efter servicelovens §§ 95 eller 96 ved flytning over kommunegrænse, indtil den nye opholdskommune har truffet afgørelse om tilskud efter § 95 eller 96. Kommunalbestyrelsen i den hidtidige opholdskommune har i disse tilfælde ret til refusion, jf. servicelovens § 96 b, stk. 2.

Hensigten hermed er at sikre, at patienten borgeren modtager den nødvendige hjælp og kan dække lønomkostninger mv. til hjælpere efter BPA-ordningen også i forbindelse med en flytning over kommunegrænser, f.eks. i forbindelse med jobskifte, påbegyndt uddannelse eller lignende.

Ved flytning til anden region har den nye bopælsregion pligt til at levere respirationshjælpen.

14.11. Yderligere information

Formateret: Punktopstilling

Lovgivning på det sociale område:

- Lov om social service: Lovbekendtgørelse nr. 1096 af 21. september 2010
- Bekendtgørelse om udmåling af tilskud til borgerstyret personlig assistance efter servicelovens §§ 95 og 96: bekendtgørelse nr. 1180 af 14. oktober 2010
- Vejledning om borgerstyret personlig assistance: vejledning nr. 94 af 10. november 2009.
- Socialministeriets bekendtgørelse om metode for god sagsbehandling ved vurdering af nedsat funktionsevne som grundlag for tildeling af handicapkompenserende ydelser efter servicelovens bestemmelser (funktionsevnebekendtgørelsen) nr. 623 af 15. juni 2006.

Formateret: Punktopstilling

Lovgivning på sundhedsområdet:

- Sundhedsloven: Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010
- Vejledning: Kronisk Respirationsinsufficiens. Vedrørende visitation og sygehusbehandling af patienter, som lider af kronisk respirationsinsufficiens som følge af neuromuskulære lidelser, thoraxdeformiteter mm. Vejledning nr. 15875 af 19. december 1990.
- Specialevejledning for anæstesiologi. Sundhedsstyrelsen 22. juni 2010.
- Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet: Cirkulære nr. 149 af 21. december 2006.
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed): Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009.
- Udmelding vedr. hjemmerespirator, Sundhedsstyrelsen 21. august 2009.
- Uddybning af udmeldinger vedr. hjemmerespiratorer, Sundhedsstyrelsen 10. august 2010.
- Bekendtgørelse nr. 62 af 20.1.2010 om sygehusbehandling.

Formateret: Punktopstilling

Respirationscentrene:

- Respirationscenter Vest
- Respirationscenter Øst

Øvrige:

Respirationsteamet + Region-Midt

Servicestyrelsen

Hjemmeside om borgerstyret personlig assistance: www.servicestyrelsen.dk/handicap/bpa-borgerstyret-personlig-assistance

Rådgivning til borgere:

Rådgivning for borgere om f.eks. ansættelsesret, ferielovgivning etc.: www.bpa-arbejdsgiver.dk

Sendt: 6. december 2010 13:57

Til: Birgitta Bladt Winkler

Emne: Høringssvar fra Region Midt vdr. vejledning BPA/Respiratorhjælp

Kære Birgitta,

Hermed fremsender jeg mit høringssvar på vegne af Region Midt, idet jeg håber på, at I holder fast i linjen og ånden i det udmærkede udkast til vejledning!

God dag!

Med venlig hilsen

Martin Kragh Abildgaard

koordinerende Respirationskonsulent i Region Midt

Tel.: +45 8949 2051

Fax: +45 8949 2060

Respirationsteamet i Region Nordjylland
Nørrebrogade 44, Bygning 15A, 2. sal i DK 8000 Århus C

X

Århus Universitetshospital
Århus Sygehus
Respirationsteamet
Bygning 15A, 2.sal
Nørrebrogade 44
DK-8000 Århus C
Tel. +45 8949 4444
www.aarhussygehus.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Att: Birgitta Bladt Winkler
bwi@im.dk

midt
regionmidtjylland

Høringssvar til udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp

På vegne af Region Midtjylland skal jeg hermed fremkomme med høringssvar til ovenstående vejledning.

Indledningsvist vil jeg give udtryk for, at jeg finder udkastet til ny vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp særdeles grundig og gennemarbejdet til gavn for såvel regionale og kommunale aktører som for de borgere, der i dagligdagen er berørte af de foranstaltninger, hvor der er en delt forsyningsforpligtelse mellem kommuner og regioner.

Der er for mig at se foretaget en grundig samling af relevante eksisterende regler og retningslinjer på området, og derudover sket en præcisering af centrale områder for borgerne og myndighederne, hvilket jeg er særdeles godt tilfreds med. Her er der tillige fra Ministeriernes side taget afsæt i de gode eksempler, hvilket er af stor betydning for borgerne.

Der er i udkastet lagt særlig høj vægt på, at intentionerne bag BPA-ordningen kommer til udtryk i praksis, og at den fælles forsyningsforpligtelse mellem kommune og region tilrettelægges med udgangspunkt i borgernes rettigheder, ønsker og behov, som en enstrengt løsning, hvilket jeg finder særdeles tilfredsstillende. I denne forbindelse er det også præciseret fra Ministeriernes side, at man som myndigheder har en forpligtelse til også at tilrettelægge ordningerne i fællesskab med hensyntagen til en rationel ressourceanvendelse. Dette er jeg helt enig i. Det er ligeledes fremhævet, at de 2 landsdækkende respirationscentre har en råd- og vejledningsforpligtelse i forhold til kommuner, regioner samt borgere ud fra den store ekspertise, der er akkumuleret der gennem årene.

Jeg har et enkelt forslag til mindre justering:

Kapitel 4: I forhold til passagen "og hjælpen kan ydes af én person, kan kommunalbestyrelsen og regionsrådet indgå en aftale" foreslår

Dato 06.12.2010

Journalnr.

Ref. mobil / amhan

Direkte tel. +45 8949 2051

Telefax +45 8949 2060

martabil@rm.dk

Side 1/3

jeg, at "kan" bliver afløst af "skal" eller som minimum "bør", hvis det skal være i tråd med det øvrige indhold af vejledningen.

Jeg har herudover nogle få forslag til tilføjelser:

Kapitel 6.1: I forhold til udmålingen af et kontant tilskud til BPA mangler der en præcisering af, at det er af stor nødvendighed i forhold til det kombinerede hjælpebehov, herunder respirationshjælp, at kommunerne ligeledes tager højde for den situation, hvor der akut opstår et hul i vagtplanen i forhold til en privat leverandør, som måtte være arbejdsgiver i en konkret sag. Således kan denne leverandør ikke blot i en sådan akut situation "lukke hullet" i vagtplanen med en hvilken som helst hjælper fra bureauet, da denne med sikkerhed skal være i besiddelse af de nødvendige kompetencer og færdigheder til håndtering af det konkrete respiratoriske apparatur, som pågældende borger måtte have. I disse situationer mener jeg, at den private leverandør må rekvirere en ekstern sundhedsfaglig kompetent person fra sygeplejevikarbureau til at dække ind. Derfor skal udmåling af kontant tilskud tage højde for dette. Den private leverandør må så medsende regning for dette, når der løbende indrapporteres regnskab over BPA til kommunen.

Kapitel 9: Hvor man skriver "socialpædagogisk støtte" kunne man overveje at medtage paragraffen – altså §85. Man kunne måske her overveje at forholde sig til, om §85 også ville kunne bevilges i et omfang svarende til 24 timer pr. døgn efter en konkret vurdering.

Kapitel 9.2: Ved gennemgangen af handlemuligheder i henhold til Servicelovens §95 stk.3 bør man vel egentlig også medtage, at "hjælpen kan ydes af kommunen, som en naturalydelse i nødvendigt omfang, hvormed kommunen ansætter hjælperne". Denne løsningsmodel er særdeleshed hensigtsmæssig for den del af personkredsen, som opholder sig på et plejecenter, hvor det er vældig hensigtsmæssigt i forhold til at levere en god, sammenhængende og integreret hjælp til borgeren, at plejecenteret selv ansætter med hjemmel i Servicelovens §95 subsidiært §83 i Serviceloven.

Kapitel 10.4: Det er af afgørende betydning, at der i forhold til den personkreds, som denne vejledning relaterer sig til, er en helt klar tilgang til, hvem der er pligtige til at sikre, at der foreligger en APV for det konkrete arbejdsforhold i eget hjem. Hovedparten af de borgere, som udgør denne personkreds har et meget komplekst behov for pleje og omsorg, herunder forflytninger, da de er meget "tunge" rent plejemæssigt. Derfor er en APV helt afgørende for, at der foreligger en grundig plan for arbejdets udførelse af hensyn til borgerens plejesituation. Men ikke mindst for sikringen af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø for de ansatte hjælpere, så man i størst mulig omfang forebygger arbejds-skader.

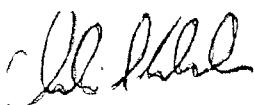
Hvem står herudover som rekvirent af en APV? Jeg kan godt forstå, at det er arbejdsgiveren, som er pligtig til at få udarbejdet en sådan APV jfr. Arbejdsmiljøloven, men jeg finder det besynderligt, hvis en privat leverandør skulle stå for eller sikre denne udarbejdelse. Hvad har de af ekspertise til dette? Samtidig kunne man forestille sig, at den private leverandør ville foreslå nogle forskellige hjælpemidler i hjemmet og/eller nogle særlige boligindretninger, og det vil så være op til kommunen efterfølgende at betale for dette. Eller man kunne forestille sig situationer, hvor en APV bare ikke bliver udarbejdet. Hvis der skal være en sammenhæng i bevilling, faglighed og kompetence, bør det efter min vurdering i alle tilfælde være kommunen, som er pligtig til at sikre, at en APV er udarbejdet for arbejdets udførelse i eget hjem.

midt
regionmidtjylland

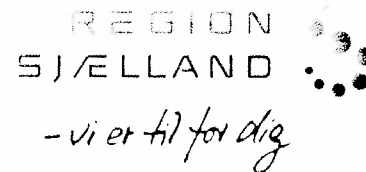
Slutteligt vil jeg give udtryk for, at jeg finder, at udkastet til vejledning er næsten 100% sammenfaldende med den model vi praktiserer i Region Midtjylland. Denne model mener vi netop tager udgangspunkt i fokus på borgeren i centrum samt en enstrenget opgaveløsning til gavn for borgere og dermed også en rationel ressourceanvendelse for myndighederne. Det er i denne forbindelse også vigtigt at forstå, at modellen for tilrettelægning og finansiering af efterværnet omkring borgeren i eget hjem også bidrager til at sikre et mindre pres på regionens intensive pladser i forhold til løbende indlæggelser og en hurtig udskrivelsesfrekvens fra hospitalsvæsenet. Således kan Respirationscenter Vest fungere mest optimal i forhold til at sikre hurtig adgang til behandling for patienter med behov herfor.

Side 3/3

Med venlig hilsen,



Martin Abildgaard
Koordinerende respirationskonsulent i Region Midtjylland



Danske Regioner
Att.: Birgitte Harbo
Sundheds- og Socialpolitisk kontor
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

Høringsvar vedr. udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp

Region Sjælland har gennem Danske Regioner den 16. november 2010 modtaget høring af udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance (BPA) og respiratorhjælp udsendt af Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Hjælpen til hjemmeboende respiratorpatienter udmøntes i dag efter serviceloven og sundhedsloven. Begge lovgivninger har forskellige forudsætninger, og det giver i praksis problemer omkring udmøntning af de ydelser, patienten kan forvente fra det offentlige. Det er således positivt med en vejledning, der samler og tydeliggør de muligheder som kommuner og region har for at samarbejde omkring udmøntning af hjælpen til disse borgere.

Region Sjælland oplever til stadighed store vanskeligheder, når der skal afklares fordelingsforhold og hermed betalingsforhold mellem kommune og region. Det er derfor regionens opfattelse, at ikke kun reglerne om BPA efter servicelovens § 96 contra sundhedslovens regler om respiratorhjælp bør præciseres i en vejledning. Også servicelovens øvrige regler vedrørende service og pleje til borgere med respiratorhjælp trænger til præcisering.

Serviceovens § 96 contra sundhedslovens regler om respiratorhjælp

Finansiering

Reglerne i servicelovens § 96 giver borgeren mulighed for at modtage hjælp til støtte og pleje i form af et kontant tilskud til selv at ansætte de nødvendige hjælpere. I de tilfælde, hvor borgeren samtidig har behov for respiratorhjælp, og den samlede hjælp kan ydes af én person, er det af hensyn til borgerens livskvalitet formål tjenligt, at den samlede resourceanvendelse sker på tværs af de to områder. Det er derfor vigtigt, at kommune og region sammen prissætter niveauet for det kontante tilskud. Det kan således anbefales, at vejledningen nærmere præciserer, hvorledes begge parter af hensyn til nødvendigheden af økonomistyringen får indflydelse på prissætningen.

Dato: 2. december 2010

Brevid: 1136538

Primær Sundhed

Alléen 15
4180 Sorø
Tlf.: 70 15 50 00
Dir.tlf. 57 87 56 25
primaersundhed
@regionsjaelland.dk
dml@regionsjaelland.dk
www.regionsjaelland.dk

Fastsættelse af behovet

På nuværende tidspunkt er det Respiratorcenter Øst eller Vest, der fastsætter det timetal, en borger har behov for respiratorhjælp. Fastsættelse af, hvor mange timer samme borger har behov for anden pleje, foretages af kommunalbestyrelsen.

Det er ofte i dette krydsfelt, regionen oplever sammenstød og lang sagsbehandlingstid. Uenigheden skyldes ofte, at de to parter ikke er enige om udmålingen af behov for pleje og anden hjælp ud over respiratorhjælpen. Det er derfor positivt, at vejledningen henviser til det hensigtsmæssige i at inddrage sundhedsfaglige vurderinger i udredningen af plejebehovet med henblik på at få et dækkende billede af borgerens situation og behov. Dette kan f.eks. ske med inddragelse af sundhedsfaglige kompetencer på respirationscentre.

Region Sjælland finder dog, at denne henstilling bør skærpes, således at man ved uenighed om plejebehovet, altid har mulighed for at inddrage sundhedsfaglig vurdering gennem inddragelse af et mere uvildigt organ, eksempelvis et af de to respirationscentre.

Sundhedsaftaler

Vejledningen anbefaler, at region og kommune inddrager aftaler om hjælp til respiratorpatienter i de sundhedsaftaler, der *fastsætter overordnede retningslinier for, hvordan opstart af overlappende hjælperordninger bedst tilrettelægges.*

Region Sjælland har netop udarbejdet udkast til sundhedsaftale "Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum". Sundhedsaftalen indeholder dels en politisk del og dels en implementeringsdel, som omfatter konkret beskrivelse af de obligatoriske indsatsområder - herunder også ansvarsdelingen for og koordineringen af området vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Dette område er først og fremmest beskrevet med udgangspunkt i cirkulære nr. 149 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, og dermed beskrives først og fremmest, hvilke myndigheder der har ansvar, for levering af behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Den hurtige og koordinerende igangsættelse af hjælpen til borgere beskrives i udskrivningsaftalen - og i afsnittet vedr. komplicerede udskrivninger.

Det vurderes, at udskrivning af borgere med respiratorhjælp er et meget specifikt område, som ikke nødvendigvis tjenes bedst ved at være indskrevet i sundhedsaftalen. I stedet kunne foreslås, at faste procesaftaler formuleres i separate overordnede aftaler.

Andre former for hjælp efter serviceloven

Som vejledningen beskriver, kan det være hensigtsmæssigt, at kommune og region også anvender fælles principper for deling af udgifter til respiratorpatienter, når hjælp ydes efter andre bestemmelser i serviceloven end § 96.

Langt hovedparten af alle respiratorbrugere i Region Sjælland ydes hjælp efter andre bestemmelser end servicelovens § 96. I de tilfælde, hvor det er formålstjenligt søger kommuner og region at indgå aftaler om at hjælpen ydes af én og samme person. Også i disse tilfælde opstår der ofte uenighed, der medfører tvtrækkerier og lang sagsbehandlingstid. Regionen kan derfor anbefale, at reglerne for dette område ligeledes præciseres yderligere i en vejledning,

især med hovedvægt på løsningsforslag til hvorledes uenigheder kan henvises til et organ, der har mulighed for at vurdere borgerens samlede situation og behov.

Venlig hilsen

Dorthe Mathiesen
Teamleder

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
att.: Birgitte Bladt Winkler
Slotsholmen 10-12,
1216 København K.



Region Syddanmark

Sundhedsområdet
Afdelingen for Kommunesamarbejde
Kontaktperson: Alice Skaarup Jepsen
Alice.Skaarup.Jepsen@regionsyddanmark.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631443

11. februar 2011
Journal nr. 07/17943
Side 1 / 2

Høringssvar vedr. Indenrigs- og Sundhedsministeriets udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp

Hermed fremsendes Region Syddanmark høringssvar vedr. Indenrigs- og Sundhedsministeriets udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp.

Nedenstående er en opsamling af de indkomne høringssvar som Region Syddanmark har forestået koordineringen af i forhold til regionens sygehuse.

Konkrete bemærkninger til udkastet til vejledningen:

Respirationscentre

Det er helt relevant, at vejledningen i afsnit 3 og 7 præciserer respirationscentrenes ansvar for at godkende borgerens valg af hjælpere, oplære samt føre tilsyn. Godkendelsesprocessen må ikke tage lang tid, hvis borgeren er indlagt i en intensivseng. Der kan være behov for at især tilsynet udøves på en anden måde end hidtil.

Finansiering

Kommunerne skal jf. afsnit 6.1 udmåle et beløb til ansættelse af hjælpere. Der er allerede kendte eksempler på, at kommunens udmåling ligger væsentligt under timelønnen til overvågningspersonale. Det må derfor forventes, at sygehusvæsenet/regionerne kommer til at bære udgiften til løndifferencen, hvis ikke borgeren skal udsættes for et uønsket skift af hele overvågningsholdet.

Ledsagelse under indlæggelse: om muligt anbefales afsnit 10.2 tydeliggjort, så uenighedssager undgås. Skal sygehuset betale 100 % af hjælpertimerne, når borgeren er indlagt eller skal hidtidig betalingsaftale opretholdes?

Afsnit 6.2 Det bør fremgå, hvem der afholder udgiften i forhold til afledte omkostninger ved lovpligtig forsikringer med videre – skal udgiften deles mellem kommune/borger og region? Det vil desuden være hensigtsmæssigt, at der indskrives bemærkninger om "Lov om patientforsikrings" gyldighed ved respiratorbehandling i eget hjem, hvis der sker fejl ved behandlingen i eget hjem.



Tydeliggørelse af patientgruppen

Konkret oplever OUH en stigning i tracheostomerede, både børn og voksne. De skal typisk overvåges hele tiden men reelt anvendes apparatur kun meget få timer. Det er sugning, som normalt ikke er defineret som sygehusbehandling. Har sygehuset 24-timers overvågningsansvar eller skal kommunen have en stor andel jvf. afsnit 4, sidste afsnit? Det ønskes således, at man forholder sig til såvel tracheostomerede voksne som børn så man har én samlet vejledning vedr. respiratorhjælp.

Birgitta Bladt Winkler

Fuldmægtig
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Primær sundhed
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Kære Birgitta Bladt Winkler

Tak for modtagelse af "Vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp", som RCV (Respirationscenter Vest) er blevet bedt om at bidrage til.

Vi synes vejledningen overordnet giver en struktureret og klar gennemgang af dette lidt komplekse område.

Vi noterer os særligt med tilfredshed at man har skabt klarhed om følgende punkter:

1. at man tilstræber at både respiratorhjælp og almindelige plejeopgaver, hvor dette er muligt udføres af en og samme person.
2. at man fremhæver at det er almindelig praksis og mest hensigtsmæssigt, at kommunen fastholder ansættelsen af borgerens hjælpere i forbindelse med indlæggelse på sygehus.
3. præciseringen af at godkendelse af hjælpere til varetagelse af respiratorbehandling foretages af de ansvarlige læger på respirationscentrene.

Vi kunne godt ønske os at man præciserede og tydeliggjorde evt. via eksempler, konsekvenserne af arbejdsmiljøregelsættet i en praktisk hverdag. Særligt påkalder problemstillingen om 12-24 timers vagter sig opmærksomhed. Herunder i hvilken udstrækning en habil respiratorbruger i perioder af døgnet kan fraskrive sig overvågning for på den måde at undgå kollision med arbejdsmiljøloven i forbindelse med at have en hjælperordning med 24-timers vagter (ved samme person).

Med venlig hilsen

Ole Nørregaard
Overlæge, funktionsleder

Charlotte Sønderkov
Afdelingssygeplejerske

RCV
Århus Sygehus - NBG

Glostrup Hospital

Respirationscenter Øst 3072

Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Primær Sundhed
Att: Birgitta Bladt Winkler (mail: bwi@im.dk)

Opgang 3, 7 sal
Afsnit 3072

Telefon 3545 3072
Direkte 3545 8663
Fax 3545 2863

Ref.: TW/MBL/ML

Dato: 9. december 2010

Vedr: Høring af udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp.

Respirationscenter Øst (RCØ) har modtaget brev fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet af 15. november 2010 vedrørende høring af udkast til vejledning om koordinering af borgerstyret personlig assistance og respiratorhjælp.

Efter aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet ved Birgitta Winkler har RCØ fået udsættelse på afgivelse af høringsvar, som derfor fremsendes efter høringsfristen, der var den 6. december 2010.

Efter gennemgang af udkastet til vejledningen har RCØ følgende bemærkninger:

Tilsyn:

Sundhedsstyrelsen har pr. 19. august 2010 i ”Uddybning af udmeldinger vedr. hjemmerespiratorer” indskærpet respirationscentrenes tilsynsforpligtelse samt ansvar for det samlede patientforløb, herunder oplæring og overholdelse af retningslinier.

For at imødekomme ovenstående udmelding er RCØ af den opfattelse, at alle hjemmerespiratorordninger bør administreres regionalt. RCØ mener ikke, at et sådant behandlingsansvar kan lægges ud til brugeren eller kommunen. Dette på baggrund af følgende erfaringer:

RCØ må erfaringsmæssigt konkludere, at der er en del hjemmerespiratorbrugere, som i praksis ikke magter og ikke har kompetencerne til, at tage ansvaret for deres behandling. Således oplever vi ofte, at patienter med BPA ikke har et fuldt hold ved indlæggelse til trods for, at dette er aftalt på forhånd. Ligesom at Sundhedsstyrelsens retningslinier for overvågning og RCØ's retningslinier for vagtlængde på max. 12 timer ikke overholdes. Vi mener, at der ved at man i praksis udlægger behandlingsansvaret til brugeren samtidig ofte giver køb på sikkerheden. Endvidere er muligheden for at sikre, at instruktionen/oplæringen fra RCØ efterleves begrænset. Vi kan således ved gennemgang af vores tilknyttede patienter med BPA konkludere, at flere har 24 timers vagter til trods for, at RCØ har påpeget den risiko dette medfører. Når retningslinierne fra RCØ eller Sundhedsstyrelsen ikke overholdes, oplyses RCØ ikke herom af brugerne eller

hjemkommunen. Derimod har bureauerne forpligtet sig hertil via regionernes rammeaftaler.

Indlæggelsesproblematikker:

Forud for et planlagt indlæggelsesforløb, hvor der skal påbegyndes overvågningskrævende behandling informeres patient, region og kommune om, at der ved indlæggelsesstart skal være ansat et tilstrækkeligt antal hjælpere. Derudover skal selve arbejdstiden være omlagt, således at alle vagter er vågne samt af max. 12 timers varighed. RCØ's erfaring er, at brugere som selv administrerer deres hjælpeordninger oftest har ufuldstændig vagtplanlægning, og at de ved sygdom blandt hjælperne ikke har mulighed for at tilkalde en afløser. Dette bevirker, at indlæggelsestiden gennemsnitligt er længere for brugere med BPA.

Privatliv:

For at det giver mening, at iværksætte en hjemmerespirator-behandling er det vigtigt at sikre, at overvågningskravet ikke indskrænker brugerens livskvalitet i en grad, hvor retten til privatliv ophører. Der vil være situationer, hvor bruger og nærmeste pårørende har et legitimt ønske om ikke at være direkte overvåget. RCØ ser den pårørende som værende i en særlig position, der forudsætter, at den pårørende skal være lært op og certificeret som hjælper på RCØ. Derved vil den pårørende kunne varetage plejen og opsynet omkring patienten i de perioder, der kræver privatliv. Der bør altid kunne tilkaldes en professionel hjælper og den pårørende bør derfor ikke være ansat og aflønnet for denne hjælp.

Ferie:

I forlængelse af afsnittet om privatliv, mener vi, at det er væsentligt, at hjemmerespiratorbrugere ikke udelukkende på baggrund af den respiratoriske behandling begrænses i muligheden for at rejse i ind- og udland. De bør derfor på disse rejser kunne medbringe deres hjælpere og behandling. Erfaringsmæssigt fungerer brugernes rejser uden store behandlingsmæssige problemer.

Flytning:

Vi mener, at der i vejledningen vedrørende flytning bør tilføjes, at også regionerne er forpligtet til at sikre, at den respiratoriske overvågning ikke ophører i forbindelse med flytning fra én region til en anden.

Med venlig hilsen

Tina Warming
Afdelingssygeplejerske
tina.warming@rh.regionh.dk

Mia Bach Lauriden
Socialfaglig koordinator
mia.bach.lauridsen@rh.regionh.dk

Michael Laub
Adm. overlæge
laub@rh.dk