

Evaluering af de fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens



Sundheds- og Ældreministeriet

December 2019



INDHOLD

1.	Resumé	2
1.1	Evalueringens hovedresultater	2
1.2	Fokusområder for eventuelle justeringer	2
2.	Indledning	3
2.1	Evalueringens baggrund og formål	3
2.2	Afgrænsning og metoder	5
2.3	Rapportens opbygning	7
3.	Borgernes indflydelse og oplevede kvalitet i hjælpen	8
3.1	Borgernes oplevelse af større indflydelse og forbedret kvalitet i hjælpen	9
3.2	Regionernes og kommunernes oplevelse af større indflydelse og forbedret kvalitet i hjælpen	11
4.	Udgiftsfordeling og fordelingsnøgle mellem regioner og kommuner	12
4.1	Brugen af fælles hjælperordninger	12
4.2	Brugen af den centralt fastsatte fordelingsnøgle	14
4.3	Vurdering af udgiftsfordeling og fordelingsnøgle	14
4.3.1	Vurdering af processen om indgåelse af aftaler	15
4.3.2	Vurdering af den central fastsatte fordelingsnøgles betydning for administrationen	16
4.3.3	Vurdering af behovet for at afvige af den centrale fastlagte fordelingsnøgle	18
5.	Aftaler mellem regioner og kommuner om fælles hjælperordninger	19
5.1	Kortlægning af aftalernes indhold og reguleringsgrad	20
5.2	Regionernes og kommunernes Vurdering af den ændrede Lovgivning	21
5.2.1	Vurdering af effekten af lovgivningen ift. administrationen af fælles hjælperordninger	22
5.2.2	Vurdering af ensartetheden i administrationen af fælles hjælperordninger	23
5.2.3	Vurdering af samarbejdet mellem regioner og kommuner samt behovet for eventuel yderligere regulering heraf	24
6.	Anvisninger til mulige justeringer af aftalegrundlag	26
7.	Bilag	27

1. RESUMÉ

1.1 EVALUERINGENS HOVEDRESULTATER

Evalueringen er opbygget omkring tre hovedtemaer med følgende overordnede resultater:

Borgernes indflydelse og oplevede kvalitet af behandlingen og den samlede hjælp

- Lovændringerne har generelt bidraget til at sikre borgeren en høj grad af indflydelse på eget liv og behandling af høj kvalitet. De interviewede borgere udtrykker generelt stor tilfredshed med kvaliteten af ordningen - netop i kraft af den indflydelse og fleksibilitet i ordningen - der gør det muligt selv at tilrettelægge behandlingen og hjælpen til deres ønsker og behov i hverdagen.
- Lovændringen har bidraget til større valgfrihed i forhold til varetagelse af arbejdsgiveransvaret. Borgerne oplever generelt at få en god information og vejledning fra kommuner og regioner i forhold til valg af arbejdsgiverrollen, ligesom man er bekendt med frit valgs-mulighederne. De interviewede borgere oplever i stor selvbestemmelse som daglig arbejdsleder.
- Regioner og kommuner angiver, at de overordnet har vanskeligt ved at vurdere, om formålene med lovændringen i samme grad er opfyldt i forhold til øget frihed til valg af arbejdsgiver og forbedret kvaliteten af den hjælp, som borgerne modtager. Der er således uenighed om der kan konstateres en øget kvalitet i hjælpen.

Udgiftsfordeling og fordelingsnøgle mellem regioner og kommuner

- Den centralt fastsatte fordelingsnøgle bruges i udgangspunktet i de aftaler mellem regionerne og kommunerne, der falder inden for vejledningens definition af fælles hjælperordninger.
- Regionerne og kommunerne tilkendegiver, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle har forenklet aftaleprocessen og ført til færre uenigheder parterne imellem.
- Regionerne og kommunerne vurderer, at der kun i enkelte tilfælde er behov for at indgå særlige aftaler omkring en anden fordeling.

Aftalerne mellem regioner og kommuner

- Regionsrådet og kommunalbestyrelserne har i samtlige fem regioner indgået samarbejdsaftaler omkring de fælles hjælperordninger, som i høj grad følger anbefalingerne fra vejledning 10338 af 24/8/2015.
- Aftalernes centrale elementer, såsom ansvars- og udgiftsfordeling, arbejdsgiveransvar, håndtering ferier mv. er generelt velbeskrevet. Borgerens rettigheder i forbindelse med valg af arbejdsgiver er også velbeskrevet i aftalerne og følger naturligt elementerne i lovgivningen.
- Hovedparten af regionerne og kommunerne vurderer, at formålet med lovændringen om forenklet og mindsket ressourceforbruget er opfyldt.
- Regionerne og kommunernes er dog ikke umiddelbart enige om behovet for ændringer i de generelle samarbejdsaftaler, idet alle fem regioner vurderer et behov for at ændre en række temaer, mens kun en mindre del af kommunerne ser et behov for at revidere styringsparadigmet mellem parterne.

1.2 FOKUSOMRÅDER FOR EVENTUELLE JUSTERINGER

Som en del af evalueringen kan der inden for de tre hovedtemaer adresseres følgende fokusområder, som umiddelbart kunne være genstand for eventuelle justeringer i aftalegrundlag:

Borgernes indflydelse og kvalitet i behandlingen

- Behov for faste samarbejds- eller koordinationsmøder på årlig basis mellem region og kommune og evt. respirationscenter samt med deltagelse af repræsentant fra hjælperhold og/eller privat bureau for at højne kvalitet af hjælpen hos borgeren

Udgiftsfordeling og fordelingsnøgle mellem regioner og kommuner

- Behov for ensartet definition af, hvornår en fælles hjælperordning kan oprettes, herunder sammenhængen mellem at kommunale opgaver kun må udføres, når de er forenelige med det respiratoriske arbejde.
- Fortsat behov for klarhed over hvilke udgifter, der skal indgå i fordelingsnøglen, herunder eksempelvis følgeudgifter til fx kørsel, APV-udgifter, ferier, udflugter mv. samt behandlingen af disse udgifter inden for og uden for en BPA-ordning
- Behov for klarhed over hensigten med brugen af administrationsbeløbet, om muligheden for at benytte fordelingsnøglen bagudrettet ved nye oplysninger om anden arbejdsfordeling end forudsat samt om muligheden for at afvige fra fordelingsnøglen. Derudover behov for klarhed om fælles hjælperordninger for borgere, der bor på en institution.

Aftalerne mellem regioner og kommuner

- Behov for en klarere definition af rammer og roller for de forskellige instanser - region, respirationscenter og kommuner - og deres kompetencer til at træffe afgørelser omkring borgeren.
- Behov for retningslinjer ift. tidlig opstart af en fælles hjælperordning kontra lang sagsbehandlingstid (visitation)
- Behov for retningslinjer ift. udmåling og bevilling af hjælp udover 24 timer (2 plejere) samt retningslinjer for ikke at stille respirationsborgere forskelligt som følge af, at følgeudgifterne håndteres forskelligt ift. paragrafferne i serviceloven.

2. INDLEDNING

2.1 EVALUERINGENS BAGGRUND OG FORMÅL

I december 2013 blev der indgået en politisk aftale om at skabe et forbedret grundlag for tilrettelæggelse af de fælles hjælperordninger for borgere, der både har behov for respirationshjælpere og hjælp efter lov om social service. Ændringerne blev gennemført i lov nr. 1537 af 27. december 2014 om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens).

Ændringerne i sundhedsloven bestod i al væsentlighed af at etablere et lovgrundlag som blandt andet forpligter regionsråd og kommunalbestyrelser til at indgå aftaler om tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger for borgere, der modtager respirationsbehandling i hjemmet og samtidig har fået tildelt hjælp efter serviceloven.

Ændringerne i lovgrundlaget og formålet hermed er nærmere fastlagt i Sundheds- og Ældreministeriets bekendtgørelse af 24/8/2015 om hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens. Desuden er denne suppleret af Sundheds- og Ældreministeriets vejledning nr. 10338 af 24/8/2015 om hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens.

Vejledningen indeholder en uddybning af ændringerne i lovgrundlaget i forhold til de forskellige typer af hjælperordninger samt i forhold til de områder, hvor der erfaringsmæssigt har været udfordringer i de hidtidige ordninger og fordelingen af finansieringen mellem regioner og kommuner. Dette gælder eksempelvis oplevede udfordringer ved:

- Valg af hjælper og overlappende timer
- Ansvar ved indlæggelse på sygehus eller ved ferier
- Opstart af fælles hjælperordning for den periode det tager fra at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandling i hjemmet
- Krav til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling efter sundhedsloven og hjælp efter serviceloven
- Forskellige krav til faglige kompetencer giver forskellig aflønning, og ikke mindst det helt centrale punkt omkring fordeling af udgifter via brugen af en centralt fastsat fordelingsnøgle, hvor regionen afholder 67 pct. af udgiften og kommunen 33 pct. af udgiften.

Der er tale om fælles hjælperordninger når respirationsbehandling og hjælp i hjemmet efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 helt eller delvist kan varetages af de samme personer, og dermed kan tilrettelægges som én ordning til gavn for borgeren og af hensyn til en hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Der er således ikke tale om en fælles hjælperordning, hvis borgeren får hjælp til respirationsbehandling i hjemmet om natten og hjælp efter serviceloven nogle timer i løbet af dagen.

Målgruppen for lovgivningen omfatter borgere med et oftest særligt omfattende og sammensat behov (f.eks. som led i ALS, muskelsvind, postpolio, rygmarvsskader og kompleks søvnapnø). Målgruppen har brug for hjælp hele eller større dele af døgnet, hvor der er tale om en kombination af sundhedsfaglig hjælp visiteret fra det regionale sundhedssystem (respirationscentret) og hjemmehjælp visiteret fra kommune, og hvor hjælpen kan organiseres i en fælles hjælperordning.

I bemærkningerne til lov nr. 1537 af 27. december 2014 om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens) er det desuden forudsat, at Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet skal iværksætte en evaluering af de fælles hjælperordninger, når de ændrede regler har haft virkning i 2 år.

Hovedindhold og formål med lov nr. 1537 af 27/12/2014 om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens) som uddybet ved bekendtgørelse og vejledning af 24/8/2015 om hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens.

Borgernes frihed til valg af arbejdsgivere i hjælperordninger

- Borgerne får større frihed til at vælge arbejdsgiver for visse hjælperordninger.
- Fælles hjælperordninger skal tilrettelægges ud fra borgerens samlede behov for hjælp, så de fælles hjælpere varetager både respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven i det omfang, det er muligt. Det er i alle tilfælde en forudsætning for at kunne varetage respirationsbehandling i hjemmet, at respirationscentret vurderer, at de pågældende hjælpere er kvalificeret til at varetage respirationsbehandlingen. Respirationsbehandling er fortsat en lægeforbeholdt virksomhed, som kan delegeres til hjælpere. I praksis visiteres denne af læger på respirationscentrene (Øst, Syd og Vest).
- Regelændringerne sker for at sikre at borgerne får en væsentlig valgfrihed med hensyn til, hvem der skal varetage arbejdsgiveransvaret for hjælperordningen, og at borgeren ikke - med mindre det er nødvendigt - skal have to forskellige hjælperhold i hjemmet samtidig. Borgere, som både modtager respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter § 95 (kontant tilskud til personlig og praktisk hjælp over 20 timer om ugen) eller § 96 (borgerstyret personlig assistance - BPA) i serviceloven, får mulighed for at vælge, at arbejdsgiveransvaret for respirationshjælperne skal varetages af den forening eller private virksomhed, som borgeren har valgt som arbejdsgiver for hjælperne efter servicelovens §§ 95 eller 96.
- Borgere der modtager respirationshjælp i hjemmet efter sundhedsloven, og som ikke samtidig modtager hjælp efter servicelovens §§ 95 eller 96, har ikke efter sundhedsloven ret til at vælge, hvem der skal være arbejdsgiver for hjælperne.
- De nye regler ændrer ikke på, at myndighedsansvaret for respirationsbehandling fortsat ligger i regionerne og myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven hos kommunerne.

Fordeling af udgifter mellem region og kommuner

- Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå aftale om tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respirationshjælperne (§ 79, stk. 1, i sundhedsloven) og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service. Aftalen skal i hovedtræk være enslydende for alle kommunalbestyrelser i regionen, og de omhandler ikke sundhedsfaglig behandling.
- Aftalen skal omfatte den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, herunder om regionsråd eller kommunalbestyrelserne i regionen varetager betalingen af udgifterne.
- Aftalen kan fastlægge principper for fordeling af de samlede udgifter til hjælperordninger mellem regionsråd og kommunalbestyrelser i regionen, herunder særlige principper på områder hvor der har været udfordringer med fordelingen af udgifterne.
- Der tages udgangspunkt i de samlede udgifter til ordningerne, herunder udgifter til aflønning af hjælperne, udgifter forbundet med arbejdsgiveropgaver, nødvendige omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen, sygefravær, vikardækning, forsikringer m.v. Fordelingen omfatter det samlede antal timer en borger modtager hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96.
- Hvis aftalerne mellem regionen og regionens kommuner ikke indeholder principper for fordeling af de samlede udgifter, så gælder den centralt fastlagte fordelingsnøgle, hvorefter regionsrådet afholder 67 pct. og kommunalbestyrelsen afholder 33 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger.
- Aftalerne kan omfatte tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, f.eks. kontaktpunkter for borgere i region og/eller kommune og kontaktpunkter for fagpersoner i region/kommune. Kontaktpunkter for borgere kan bruges til at informere om muligheder for valg af arbejdsgiver.

Hovedformål med ændringen i lovgivningen

- Sikre at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet.
- At regioner og kommunerne indgår aftaler om den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, og aftalerne bør omhandle de emner, som der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl eller uenighed om. Det omfatter f.eks. spørgsmålet om fordeling af udgifter forbundet med fælles hjælperordninger, herunder i forhold til brugen af vikarer, særlige forhold i forbindelse med borgerens eventuelle indlæggelse på sygehus, forskelle i kompetenceniveauer hos hjælpere til at opfylde regionale hhv. kommunale krav, ferier m.v. Aftalerne skal være til gavn for borgere og give mere enkelt og effektivt samarbejde mellem regioner og kommuner samt medvirke til klare rammer og vilkår for opgaveløsningen, samarbejdet og fordelingen af udgifter til de fælles hjælperordninger.
- At regionernes og kommunernes administration forenkles og samlet set reduceres, bl.a. fordi parterne ikke skal tage konkret stilling til de behandlede spørgsmål i aftalerne for hver enkelt hjælperordning.
- En bedre udnyttelse af ressourcerne, herunder i forhold til overlappende hjælpere, og at de fælles hjælperordninger i hjemmet giver en kontinuerlig og sammenhængende sundhedsfaglig hjælp og bistand til borgerne efter serviceloven med høj kvalitet.

2.2 AFGRÆNSNING OG METODER

Evalueringen af fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens omfatter:

Afgrænsning af evalueringen

- Borgere som modtager respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedslovens § 79 og hjælp efter servicelovens § 83 (personlig og praktisk hjælp i hjemmet - hjemmehjælp), § 85 (socialpædagogisk bistand), § 95 (kontant tilskud til personlig og praktisk hjælp over 20 timer om ugen) eller § 96 (borgerstyret personlig assistance).
- Alle fem regioner og alle 98 kommuner har fået tilsendt et spørgeskema omhandlende deres oplevelser med, og vurderinger af, samarbejdet omkring de fælles hjælperordninger
- Tidsperioden for kommuner og regioners spørgeskemabesvarelser samt dataudtræk fra regionerne omfatter perioden 2016-2018. Samarbejdsaftalerne mellem kommunerne og regionerne blev indgået i perioden fra anden halvdel af 2016 og frem mod starten af 2017.

Resultaterne i undersøgelsen bygger på følgende metoder, som er uddybet i metodebilaget til nærværende analyse:

Undersøgelsesmetoder

- Desk-studie af baggrundsmaterialer i form af lovgivning, vejledninger, samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner, rapporter og publikationer omkring fælles hjælperordninger for borgere med kronisk insufficiens. Desk-studiet har bidraget til at få klarlagt omfanget og detaljeringsgraden af de samarbejdsaftaler, som regionerne og kommunerne har indgået som følge af den nye lovgivning på området.
- Desk-studie af registerdata fra regionerne vedrørende antal omfattede borgere på de fælles hjælperordninger for borgere med kronisk insufficiens og den dertilhørende økonomi. Desk-studiet har bidraget til at få klarlagt omfanget af, og udviklingen i, antallet af fælles hjælperordninger i de fem regioner - herunder udviklingen i antallet af henholdsvis børn og voksne.
- Spørgeskema udsendt til alle fem regioner og 98 kommuner omhandlende deres oplevelser med, og vurderinger af, samarbejdet omkring de fælles hjælperordninger. Alle fem regioner har deltaget i spørgeundersøgelse til regioner. For spørgeundersøgelsen til kommuner var svarprocenten var på 75 %, hvoraf 68 kommuner indgår i evalueringens opgørelser, idet seks kommuner ikke har haft borgere på fælles hjælperordninger i den adspurgte periode. Spørgeskemabesvarelserne indgår i evalueringen med en vurdering af en række centrale temaer i forhold til evalueringens fokus i form af viden om brugen af samarbejdsaftalerne, håndteringen af udgiftsfordelingen og den centralt fastsatte fordelingsnøgle samt en umiddelbar vurdering af udviklingen i kvaliteten i hjælpen til borgerne.
- Opfølgende dialog med enkelte regioner i forhold til temaer i spørgeskemabesvarelser og tilsendte datasæt
- Interviews med 17 borgere fra en række udvalgte kommuner, som indgår i fælles hjælpeordninger. Interviewene har omhandlet centrale temaer for evalueringen og bidrager i form af viden om borgerens oplevelse af at have indflydelse på egen hverdag, at der bliver taget individuelle hensyn i tilrettelæggelsen plejen samt at der er oplevet kvalitet og sammenhæng i behandlingen. Borgerne kommer fra kommuner, der er repræsenteret i forhold til både størrelse og geografi.

I tolkningen af resultaterne indgår derudover de generelle erfaringer, som BDO har fra tidligere analyser, evalueringer og rådgivning inden for tilsyns-, hjemmepleje- og socialområdet.

Evalueringens undersøgelsesspørgsmål kan tematiseres i tre hovedtemaer:

A. Sikring af størst mulig indflydelse for borgeren og samtidig behandling af høj kvalitet

Det undersøges, hvorvidt borgerne oplever, at de siden lovændringerne har fået større indflydelse på eget liv, uden at det er gået ud over kvaliteten af behandlingen.

B. Den centralt fastsatte fordelingsnøgle

Det undersøges om den centralt fastsatte fordelingsnøgle af udgifter mellem regionsråd og kommunalbestyrelser, som finder anvendelse, hvis aftalen mellem region og kommunerne i regionen ikke indeholder principper for fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger, fungerer efter hensigten, herunder om der er grundlag for at justere fordelingsnøglen. Derudover undersøges i hvilket omfang region og kommuner indgår aftaler, hvor fordelingsnøglen finder anvendelse.

C. Aftalerne mellem regioner og kommuner

Det undersøges, hvorvidt aftalerne mellem region og kommuner fungerer efter hensigten, med henblik på at vurdere, om indholdet af de aftaler, som region og kommuner skal indgå, bør reguleres yderligere.

Evalueringen belyser hovedtemaerne i nedenstående samlede analyseramme for evalueringen af de fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens, jf. Figur 2.1. Rapportens struktur tager ligeledes afsæt i analyserammen.

Figur 2.1: Analyseramme for evalueringen

Hovedtema	Metode og datakilder	Afsnit
Borgernes indflydelse og kvalitet i behandlingen	Interviews med 17 borgere fra en række kommuner om borgernes oplevelse af indflydelse og kvalitet.	Afsnit 3
Den centralt fastsatte fordelingsnøgle	Kortlægning af anvendelsen af de fælles hjælperordning ved brug af registerdata fra regionerne	Afsnit 4.1
	Surveys til regioner og kommuner ift. anvendelse af fordelingsnøgle og vurdering af lovændringerne	Afsnit 4.2 og afsnit 4.3
Aftaler mellem regioner og kommuner	Kortlægning af samarbejdsaftalerne i de fem regioner	Afsnit 5.1
		Afsnit 5.2
Fokusområder for eventuelle justeringer i aftalegrundlag		Afsnit 6

2.3 RAPPORTENS OPBYGNING

Rapporten er opbygget efter de tre førømtalte hovedtemaer:

DEL I. BORGERNES INDFLYDELSE OG KVALITET I BEHANDLINGEN

I *kapitel 3* kortlægges, hvorvidt borgerne oplever, at de siden lovændringerne har fået større indflydelse på eget liv uden at det er gået ud over kvaliteten af behandlingen. Kapitlet indeholder derudover borgernes vurdering af valgfrihed og information i forhold til arbejdsgiverordning i relation til fælles hjælperordninger. Som en central del af kapitlet er også borgernes vurdering af kvaliteten i den samlede hjælp i forhold til hjælpernes kompetencer, sammenhæng i tilrettelæggelsen, hensyntagen til behov og ønsker mv. samt kommunernes og regionernes oplevelse af, om kvaliteten i hjælpen er blevet bedre.

DEL II. UDGIFTSFORDELING OG FORDELINGSNØGLE MELLEM REGIONER OG KOMMUNER

I *kapitel 4* kortlægges indledningsvist anvendelsen af de fælles hjælperordninger med afsæt i data indhentet fra regionerne, herunder antallet af borgere. I afsnittet behandles også kommunernes og regionernes samlede udgifter til de fælles hjælperordninger samt udfordringerne med at opgøre dette.

I kapitlet kortlægges også anvendelsen af den centralt fastsatte fordelingsnøgle, som finder anvendelse, hvis aftalen mellem kommunerne og regionen ikke indeholder principper for fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger eller de i aftalen fastlagte principper for fordeling af udgifter. Kapitlet indeholder derudover kommunernes og regionernes vurderinger af de væsentligste temaer vedrørende udgiftsfordelingen og administrationen heraf.

DEL III. AFTALERNE MELLEM REGIONER OG KOMMUNER

I *kapitel 5* kortlægges aftalernes indhold og reguleringsgrad indledningsvist. Kortlægningen omfatter samarbejdsaftalerne i de fem regioner og har fokus på om aftalerne indeholder de emner, som der enten er behandlet direkte i lovgivning, og vejledning eller som der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl eller uenighed om.

Kapitlet indeholder derudover kommunernes og regionernes vurderinger af aftaleindholdet på baggrund af surveys i forhold til formålet samt eventuelle udfordringer i de nuværende aftaler. Indholdt i dette er parternes vurderinger af, om aftalerne medvirker til at sikre, at administrationen af de fælles hjælperordninger er blevet forenklet og samlet set er blevet reduceret som følge af lovændringen.

DEL IV. ANVISNINGER TIL MULIGE JUSTERINGER AF AFTALEGRUNDLAGENE MELLEM REGIONER OG KOMMUNER

I *kapitel 6* opstilles anvisninger til mulige justeringer af aftalegrundlagene mellem regionerne og kommunerne, baseret på evalueringens findings. Anvisningerne vil både have snitflade til gældende lovgivning og vejledning på området samt til aftaleforholdene mellem regioner og kommuner.

BILAG

3. BORGERNES INDFLYDELSE OG OPLEVEDE KVALITET I HJÆLPEN

Nærværende kapitel kortlægger, hvorvidt de interviewede borger i evalueringen oplever, at de siden lovændringerne har fået større indflydelse på eget liv uden at det er gået ud over kvaliteten af behandlingen. Kapitlet indeholder derudover borgernes vurdering af valgfrihed og information i forhold til arbejdsgiverordning i relation til fælles hjælperordninger.

Som en central del af kapitlet er også borgernes vurdering af kvaliteten i den samlede hjælp i forhold til hjælpernes kompetencer, sammenhæng i tilrettelæggelsen, hensyntagen til behov og ønsker mv. Afslutningsvist er kort skitseret kommunernes og regionernes oplevelse af, om kvaliteten i hjælpen er blevet bedre.

Formålet med lovgivningen ift. borgernes indflydelse og oplevede kvalitet i hjælpen

Formålet med lovgivningen var især koncentreret omkring muligheden for at sørge for nogle mere klare rammer for at sikre, at de fælles hjælperordninger fremadrettet tilrettelægges ud fra borgerens samlede behov for hjælp, så de fælles hjælpere varetager både respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven i det omfang, det er muligt.

På den måde var det formålet at sikre borgeren størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Det var i den forbindelse centralt, at de fælles hjælperordninger i hjemmet giver en kontinuerlig og sammenhængende sundhedsfaglig hjælp og bistand til borgerne efter serviceloven med høj kvalitet.

Det er i tillæg til temaet om størst mulig indflydelse på eget liv også et klart formål med lovgivningen, at borgerne får en væsentlig valgfrihed med hensyn til, hvem der skal varetage arbejdsgiveransvaret for hjælperordningen, og at borgeren ikke - med mindre det er nødvendigt - skal have to forskellige hjælperhold i hjemmet samtidig.

Opfyldelse af formålet med lovgivningen

Det er med lovændringerne generelt lykkedes at sikre borgeren en høj grad af indflydelse på eget liv og behandling af høj kvalitet. De interviewede borgere udtrykker generelt stor tilfredshed med kvaliteten af ordningen - netop i kraft af den indflydelse og fleksibilitet i ordningen, der gør det muligt selv at tilrettelægge behandlingen og hjælpen efter ønsker og behov i hverdagen.

Det handler særligt om, at de interviewede borgere i udgangspunktet oplever stor selvbestemmelse som daglig arbejdsleder, og at det opleves positivt at have medansvar for at få ordningen til at fungere.

Det er ligeledes lykkedes at opfylde formålet om større valgfrihed i forhold til varetagelse af arbejdsgiveransvaret. De interviewede borgere har generelt oplevet en god information og vejledning fra kommuner og regioner i forhold til muligheden for valg af arbejdsgiverrollen, ligesom de er bekendt med frit valgs-mulighederne, herunder at arbejdsgiveransvaret for respirationshjelperne kan varetages af den forening eller private virksomhed, som borgeren har valgt som arbejdsgiver for hjælperne efter servicelovens §§ 95-96.

Regioner og kommuner angiver i surveys, at de overordnet har vanskeligt ved at vurdere, om formålene med lovændringen i samme grad er opfyldt i forhold til øget frihed til valg af arbejdsgiver og forbedret kvaliteten af den hjælp, som borgerne modtager. Flere regioner mener ikke, at borgere har fået større frihed til at vælge arbejdsgiver/arbejdsleder eller at kvaliteten i respirationshjælpen er øget, mens en del af kommunerne omvendt mener, at hjælpen er blevet bedre.

3.1 BORGERNES OPLEVELSE AF STØRRE INDFLYDELSE OG FORBEDRET KVALITET I HJÆLPEN

For at undersøge, hvorvidt borgere i fælles hjælperordninger oplever, at de siden lovændringerne har fået større indflydelse på eget liv og samtidigt fået behandling af høj kvalitet, har BDO foretaget telefoninterview af 17 borgere¹ fra en række kommuner. Interviewene har taget udgangspunkt i en afdækning af borgerens oplevelser i forhold til:

- Valgfrihed i forhold til arbejdsgiverordning i relation til fælles hjælperordninger, herunder oplevelsen af myndighedernes information om frit valg.
- Tilrettelæggelse af hjælpen, herunder sammenhæng i tilrettelæggelsen mellem den respiratoriske hjælp og den øvrige hjælp samt hensyntagen til individuelle behov og ønsker mv. og vurdering af kvaliteten i den samlede hjælp.

Nogle borgere er meget plejekrævende, idet de både modtager respirationshjælp 24 timer i døgnet og derudover også modtager flere daglige besøg af hjemme- og hjemmesygeplejen, mens andre interviewede borgeres plejebehov begrænser sig til, at én hjælper kan varetage (typisk natlig) respirationshjælp og den øvrige hjælp i løbet af døgnet.

Der er altså tale om en meget differentieret gruppe hvad angår plejebehov, udfoldelses- og udtryksmuligheder samt borgernes ressourcer til at orientere sig i lovgivning, aktivt samarbejde med myndigheder mv. Det betyder blandt andet, at nogle borgere ikke med sikkerhed har kunnet oplyse, hvilke ydelser, de er visiteret til, og dermed hvilket lovgrundlag, de modtager hjælp efter.

Det har været forbundet med betydelige udfordringer at indsamle data omkring borgernes oplevelser af øget indflydelse og mere sammenhængende plejeforløb. Det betyder, at der er gennemført færre interviews med borgere end oprindeligt ønsket i forbindelse med evalueringen.

Det drejer sig særligt om indhentning af samtykke fra borgere til deltagelse i evalueringen, som udvalgte kommuner har forestået. Tilbagemeldingerne fra kommunerne har i den forbindelse været, at borgergruppen på grund af det omfattende plejebehov dels har været svært tilgængelig og dels også udfordringer ved den praktiske gennemførelse af interviews (fx i forbindelse med talebesvær). Derudover er der for den enkelte tale om følsomme oplysninger, hvilket sandsynligvis har afholdt nogle borgere fra at deltage.

BDO har foretaget interviews med borgere, som udover respirationshjælp modtager hjælp efter servicelovens §§ 83 (praktisk hjælp/personlig pleje), 95, stk. 3 (udbetaling af kontant tilskud nærtstående som helt eller delvis passer borgeren) og 96 (borgerstyret personlig assistance). Omkring 85 pct. af de interviewede borgere har modtaget borgerstyret personlig assistance.

3.1.1 Valgfrihed i forhold til arbejdsgiverordning

Lovændringen gav borgere, som modtager respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 mulighed for at vælge, at arbejdsgiveransvaret for respirationshjælperne kan varetages af den forening eller private virksomhed, som borgeren har valgt som arbejdsgiver for hjælperne efter serviceloven.

En stor del af de interviewede borgere har haft hjælperhold siden før lovgivningen, hvor de hjælperne, som var ansat af regionen eller den private virksomhed, som regionen har indgået aftale med, også varetog hjælpen efter serviceloven, og har bibeholdt dette efter lovændringen. Disse borgere har derfor ikke mærket en egentlig ændring i forhold til, hvem der yder hjælpen i borgerens hjem. Enkelte var så utilfredse med de virksomheder som de pågældende regioner havde indgået aftale med, og valgte derfor at indgå aftaler med private virksomheder for så vidt angår hjælpen efter serviceloven. Det var imidlertid stadig det samme hjælperhold som udførte den samlede hjælp under to forskellige arbejdsgivere. Lovændringen gav dermed en større benyttet valgfrihed for disse borgere.

En stor del af de interviewede borgere har indgået aftale med en privat virksomhed om, at tilskuddet overføres til den private virksomhed, der herefter er arbejdsgiver for det hjælperne, og dermed varetager arbejdsgiverbeføjelserne i samråd med borgeren. Borgerne afholder som oftest selv ansættelsessamtaler, og finder dermed kandidater, som opfylder de nødvendige faglige kompetencer og

¹ Hvis borgeren ikke selv har kunne føre en samtale, har det været den nærtstående, som er blevet interviewet eller borgeren har besvaret spørgsmålene skriftligt.

borgerens øvrige krav til fx fleksibilitet. De borgere, der har mulighed for at gøre dette, er meget tilfredse med den løsning.

I forbindelse med borgernes visitation til de pågældende ordninger oplevede de en god information og vejledning fra myndighederne i forhold til mulighederne for valg af arbejdsgiverrollen. Alle de interviewede borgere var dermed bekendt med frit valgs-mulighederne inden for den pågældende ordning.

3.1.2 Tilrettelæggelse og kvalitet af hjælpen

Borgerne udtrykker generelt stor tilfredshed med hjælperordningerne, og oplever stor indflydelse på eget liv inden for de rammer, som deres helbreds-mæssige situation og funktionsevnetilstand sætter dem i. Borgerne udtrykker ligeledes stor tilfredshed med kvaliteten af den samlede hjælp.

Borgere, som modtager respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens §§ 95-96 oplever i kraft af borgerens eller den nærtstående arbejdslederfunktion gode muligheder for at tilrettelægge deres hverdag. Det gælder blandt andet tilrettelæggelse af hjælpernes arbejdstider og arbejdsopgaver, og samtlige borgere udtrykker en stor tilfredshed med den indflydelse og fleksibilitet, som ordningerne medfører.

Borgere, som modtager respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens § 83 er typisk så behandlingskrævende i den respiratoriske behandling, at to samtidige hjælpere er nødvendige for at udføre hjælpen. Disse borgere har respirationshjælp hele døgnet og får derudover besøg af hjemme- og hjemmesygeplejen i op til seks gange i løbet af dagen. Disse borgeres helbredssituation sætter derfor sine naturlige begrænsninger i borgerens mulighed for at tilrettelægge hjælpen, men borgerne oplever, at der inden for disse rammer tages hensyn til individuelle behov og ønsker.

De borgere, som modtager respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96, og dermed varetager arbejdslederrollen (og eventuelt også arbejdsgiverrollen) fremhæver sygdom blandt hjælperne, som det vanskeligste forhold i driften af hjælperordningerne. Borgerne skal som udgangspunkt selv finde afløsere i det faste hjælperhold, men kan i nødstilfælde bruge et af de vikarbureauer som regionen har aftale med. I de tilfælde, hvor borgeren har indgået aftale med en privat virksomhed, kan virksomheden i nogle tilfælde være behjælpelige med at finde vikarer.

Borgernes kontakt med regionen består primært af årlige opfølgninger, undersøgelser eller overvågning på respirationscentrene. Borgernes kontakt med kommunen varierer afhængigt af den enkelte ordning, herunder om borgeren selv fungerer som arbejdsgiver. Nogle kommuner afholder årlige opfølgingsmøder, mens andre kommuners kontakt er mere sagsbåret (fx i forbindelse med ansøgning om merudgifter).

Borgerne udtrykker alle stor tilfredshed med den oplevede kvalitet i den samlede hjælp. Det er imidlertid ikke muligt på baggrund af borgernes udsagn, at konstatere, om borgerne modtager høj kvalitet i en klinisk forstand.

Oplæringen af nye hjælpere foregår som oftest som sidemandsoplæring i borgerens hjem suppleret med kurser på respirationscenteret. Nogle borgere har også mulighed for selv at instruere nye hjælpere i arbejdsopgaverne. Det gælder særligt for den praktiske hjælp og personlige pleje.

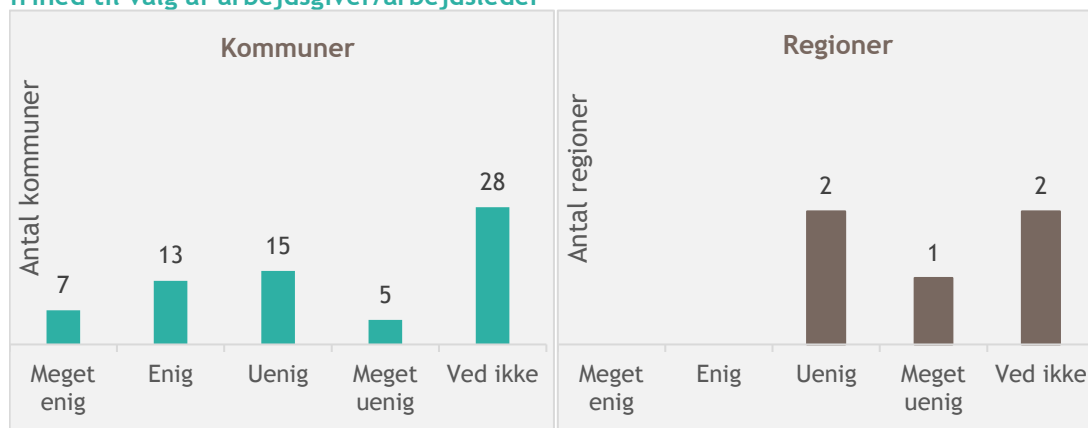
Alle borgere udtrykker en stor tilfredshed med den oplevede kvalitet af den respiratoriske behandling såvel som den praktiske hjælp og personlige pleje, og føler sig trygge ved, at hjælperne har eller tilegner sig de fornødne faglige kompetencer.

3.2 REGIONERNES OG KOMMUNERNES OPLEVELSE AF STØRRE INDFLYDELSE OG FORBEDRET KVALITET I HJÆLPEN

Som et led i lovændringen var der som nævnt fokus på at sikre, at de nye aftaler mellem regionerne og kommunerne skulle skabe klarere rammer og bedre vilkår for opgaveløsningen og samarbejdet omkring borgeren. I spørgeundersøgelsen til regionerne og kommunerne er der spurgt til oplevelsen af, om kvaliteten i respirationshjælpen er blevet bedre samt om loven har givet de borgere, der får hjælp efter §§ 95-96, større frihed i forhold til valg af arbejdsgiver/arbejdsleder.

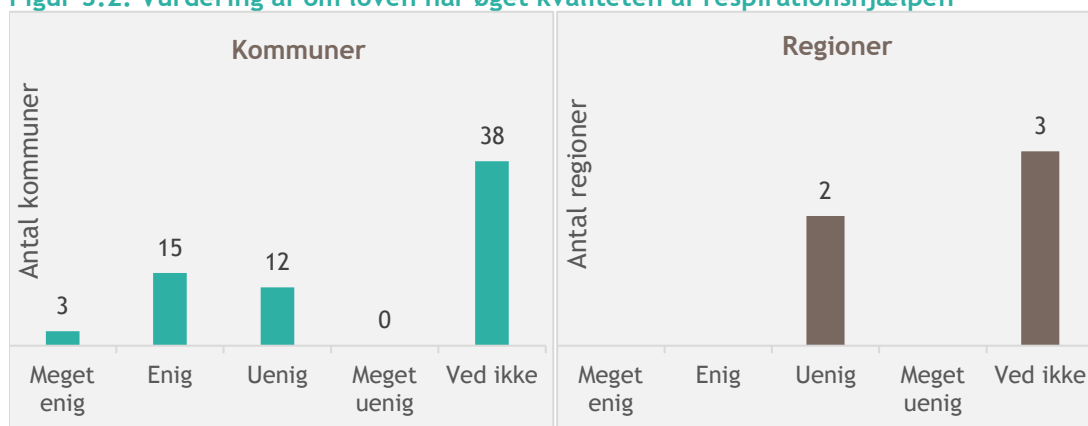
Overordnet har kommunerne og regionerne i spørgeundersøgelsen vanskeligt ved at vurdere, om lovændringen har øget friheden til valg af arbejdsgiver og forbedret kvaliteten af den hjælp, som borgerne modtager. Således angiver 28 af de 68 kommuner og to ud af de fem regioner, at de ikke ved om loven har givet borgere der får hjælp efter §§ 95-96 større frihed til at valg af arbejdsgiver/arbejdsleder, jf. figur 3.1 nedenfor.

Figur 3.1: Vurdering af om loven har givet borgere der får hjælp efter §§ 95 og 96 større frihed til valg af arbejdsgiver/arbejdsleder



Tilsvarende ses at 38 af kommunerne i spørgeundersøgelsen og 3 af regionerne ikke ved om lovændringerne har øget kvaliteten af respirationshjælpen, jf. figuren nedenfor. Baggrunden for regionernes manglende indsigt i kvaliteten af respirationshjælpen skal sandsynligvis findes i den organisatoriske opdeling mellem regionen og respirationscentrene.

Figur 3.2: Vurdering af om loven har øget kvaliteten af respirationshjælpen



Kommunerne og regionerne er delt i spørgsmålet om, om lovændringen har givet § 95- og § 96-borgere større frihed til at vælge arbejdsgiver/arbejdsleder eller ej. En lille overvægt til af kommunerne mener, at kvaliteten i respirationshjælpen er øget. Modsat tegner der sig et billede af, at regionerne ikke mener, at borgere har fået større frihed til at vælge arbejdsgiver/arbejdsleder eller at en øget kvalitet i respirationshjælpen.

4. UDGIFTSFORDELING OG FORDELINGSNØGLE MELLEML REGIONER OG KOMMUNER

Nærværende kapitel kortlægger indledningsvist anvendelsen af de fælles hjælperordninger med afsæt i data indhentet fra regionerne. I kapitlet kortlægges også anvendelsen af den centralt fastsatte fordelingsnøgle samt regionernes og kommunernes vurderinger af udgiftsfordeling og fordelingsnøgle, herunder en række betragtninger omkring rimelighed og enighed mellem parterne.

I kapitlet anvises desuden en række temaer, som både regioner og kommuner på baggrund af spørgeundersøgelsen og opfølgende drøftelser umiddelbart har italesat som mulige genstande for yderligere regulering i forlængelse af nærværende evaluering.

Formålet med lovgivningen ift. udgiftsfordeling og fordelingsnøgle mellem regioner og kommuner

Formålet med lovgivningen var - som nævnt indledningsvist - at få regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen til at indgå generelle aftaler om tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respirationshjælpere (§ 79, stk. 1, i sundhedsloven) og hjælper efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i serviceloven.

Som en central del af de generelle aftaler var formålet enten at få fastlagt principper for fordeling af de samlede udgifter til hjælperordninger mellem region og kommuner eller at følge den centralt fastlagte fordelingsnøgle, hvor regionen afholder 67 pct. og kommunen afholder 33 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger.

Brugen af faste aftaler om fordelingen af udgifterne har til formål at skabe et mere enkelt og mere effektivt samarbejde mellem regioner og kommuner samt medvirke til klarere rammer og vilkår for fordelingen af udgifter til de fælles hjælperordninger. Herudover var det formålet, at regionernes og kommunernes administration skulle forenkles og samlet set reduceres.

Opfyldelse af formålet med lovgivningen

Det kan konstateres ud fra de gennemførte surveys og interviews, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle i dag i udgangspunktet bruges i de aftaler mellem regionerne og kommunerne, der falder inden for vejledningens definition af fælles hjælperordninger.

Regionerne og kommunerne har i tillæg via surveys tilkendegivet, at man med den centralt fastsatte fordelingsnøgle er lykkedes med generelt at forenkle processen, hvori kommuner og regioner indgår aftaler i forhold til tidligere, at lette den generelle administration samt at der i dag er færre uenigheder om økonomi mellem kommuner og regioner.

Det vurderes generelt set af regionerne og kommunerne, at der fremadrettet ikke er behov for at afvige fra den centralt fastsatte fordelingsnøgle, men at der i enkelte tilfælde kunne være behov for at indgå særlige aftaler om en anden fordeling.

4.1 BRUGEN AF FÆLLES HJÆLPERORDNINGER

Aftalerne mellem kommunerne og regionerne blev indgået ultimo 2016 eller primo 2017 med tilbagevirkende kraft typisk fra 31. august 2015 eller 1. januar 2016. Den praktiske udmøntning af aftaleindholdet skete for de fleste kommuner og regioner derfor først fra 2017.

Tabel 4.1 nedenfor viser antallet af fælles hjælperordninger fordelt på regioner og aldersgruppe på baggrund af data indhentet fra regionerne. Da aftalerne mellem regionerne og kommunerne først er indgået tidligst ved udgangen af 2016, er der ikke sket en udmøntning af den centralt fastsatte fordelingsnøgle før 2017, hvilket betyder, at data for 2016 ikke kan sammenlignes med senere år. Data for 2016 indgår derfor ikke i tabellen nedenfor.

Tabel 4.1: Antal fælles hjælperordninger fordelt på område og gruppe (2017-2018)

	2017		2018	
	Børn og unge	Voksne	Børn og unge	Voksne
Region Nordjylland	3	52	2	52
Region Midtjylland	4	177	4	151
Region Syddanmark	9	131	8	138
Region Hovedstaden	16	112	17	112
Region Sjælland	14	67	11	70
I alt	46	539	42	523

Kilde: Indberetninger fra regionerne, december 2018

Børne- og ungeordningerne udgør en væsentligt større andel af de samlede antal ordninger i Region Sjælland og Region Hovedstaden på 13-17 pct., mens samme andel i de øvrige regioner blot udgør mellem 2-6 pct. af de fælles hjælperordninger.

I årene 2017 og 2018 ligger antallet af fælles hjælperordninger, men efter den praktiske udmøntning af aftalerne mellem regioner og kommuner i 2017 falder antallet af fælles hjælperordninger en anelse fra 539 borgere 2017 til 523 borgere i 2018. Det er primært udviklingen i Region Midtjylland, der er baggrund for det samlede fald på landsplan selvom to af regionerne har oplevet en stigning i antallet af fælles hjælperordninger.

Udviklingen i antallet af fælles hjælperordninger udgøres af såvel nye ordninger som ophørte ordninger fx i forbindelse med afgang. På baggrund af tidligere undersøgelser på området, herunder fra regionerne, er det erfaringen, at antallet af ophørte aftaler varierer meget over tid, hvilket kan forklare en del af udsvingene². Ses der nærmere på data fra regionerne i perioden inklusiv 2016 - hvor udgiftsfordelingen ikke fulgte en fast fordelingsnøgle - er det dog vurderingen, at det samlede antal fælles hjælperordninger på tværs af regionerne ligger forholdsvist stabilt.

Det kan konstateres, at der er stor forskel i regionernes registrerings- og styringspraksis på området for fælles hjælperordninger, hvilket afspejler sig i det udleverede datamateriale. Det er således vanskeligt at udtale sig mere konkret om de bagvedliggende oplysninger for ordningerne, herunder oplysninger om omfanget af bevilgede timer eller hvilke paragraffer i serviceloven, som de fælles hjælperordninger bygger på.

En af regionerne har i den forbindelse at lave en opgørelse over det antal visiterede timer på et døgn, som dens borgere er bevilget. Heraf fremgår det, at ca. 70 pct. af borgerne modtager hjælp 24 timer i døgnet, mens kun ca. 12 pct. modtager hjælp i mindre end 12 timer i døgnet. Af opgørelsen fremgår det også, at det ofte er børn og unge, som er visiteret til et lavere timeantal.

Børn og unge har ifølge en anden regions opgørelser oftere faglærte hjælperhold. Faglærte ordninger dækker over personale med en sundhedsfaglig uddannelse, og det er erfaringen, at disse faglærte ordninger alt andet lige er dyrere end de ufaglærte ordninger. Dette bekræftes af de andre regioner, som anvender netop denne oplysning i økonomistyringen af området.

Regionerne har som nævnt ikke været i stand til at fremfinde oplysninger om, hvilken hjælp og pleje, som borgerne i de fælles hjælperordninger modtager efter servicelovens paragraffer. Baggrunden herfor er blandt andet manglende eller forskellig registreringspraksis mellem kommunerne og regionerne, udfordringer med uafklarede visitationer, re-visitationer i forhold til ny paragraf mv., hvilket ifølge regionerne pt. gør datagrundlaget usikkert. Ud fra de gennemførte borgerinterviews samt drøftelser med udvalgte kommuner er det BDO's umiddelbare vurdering, at størstedelen af borgere på de fælles hjælperordninger modtager hjælp og pleje efter servicelovens § 96 (Borgerstyret Personlig Assistance).

På samme vis er det ifølge regionerne forbundet med en høj grad af usikkerhed at opgøre udgifterne til de fælles hjælperordninger uden at det er forbundet med en minutøs gennemgang af hver enkelt borgers sags- og afregningsforhold. Regionerne foretager ellers registrantbogføring af udgifterne til fælles hjælperordninger, men herunder er der foruden afregning mellem kommuner og vikarbureauer også konteret udgifter til det respiratoriske udstyr borgeren får udleveret. Det er derfor ikke lykkedes inden for rammerne af nærværende evaluering af etablere et validt grundlag for opgørelsen af regionernes og kommunernes udgifter samt udviklingen heri over årene.

Opgørelsen af udgifterne til de fælles hjælperordninger udfordres af, at regionerne og kommunerne i forbindelse med de nye samarbejdsaftaler igangsatte et arbejde med at få tilbagereguleret udgifterne

² Region Midtjylland: Medicinsk teknologivurdering af respiratorbehandling i eget hjem (2017)

efter den nye fordelingsnøgle. Regionerne igangsatte arbejdet med dette ultimo 2016 og primo 2017, og arbejdet med tilbagereguleringer er efter BDO's opfattelse ikke endeligt tilvejebragt. Som følge heraf er udgiftsniveauerne derfor højere i perioden 2016-2018 end de reelle udgifter for disse år, da de tager højde for tidligere års afregninger med kommunerne.

Afslutningsvist skal det pointeres, at nogle regioner i forbindelse med nærværende evaluering ikke umiddelbart har kunnet adskille udgifterne til de fælles hjælperordninger fra udgifterne til øvrige respiratoriske ordninger, da der ikke er etableret arbejdsgange i den daglige styring af området, der understøtter denne opdeling.

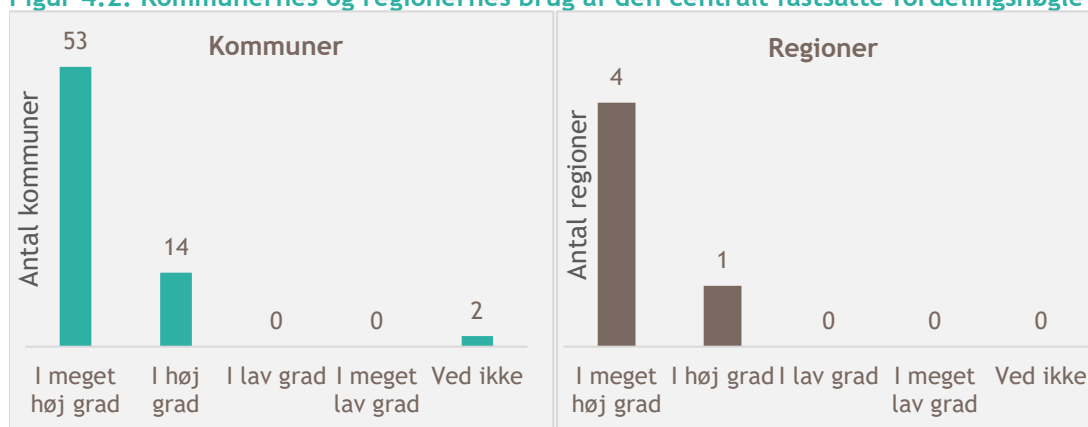
4.2 BRUGEN AF DEN CENTRALT FASTSATTE FORDELINGSNØGLE

Det kan konstateres af regionernes besvarelser samt de udleverede datasæt, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle altid finder anvendelse, når borgeren tilhører målgruppen beskrevet i bekendtgørelsen. Kommunernes besvarelser derimod antyder en usikkerhed om, hvornår fordelingsnøglen finder anvendelse.

I tillæg hertil kan det konstateres ud fra de udleverede datasæt fra regionerne omkring respiratoriske ordninger, at kun en lille del af ordningerne i dag, som ikke er en del af de fælles hjælperordninger. Det omfatter borgere, som foruden den respiratoriske behandling modtager kommunale opgaver efter servicelovens § 44, jævnfør § 84 og § 108 samt sundhedslovens § 138.

Kommunerne og regionerne har besvaret, om de generelt bruger den centralt fastsatte fordelingsnøgle, hvor regionen og kommunen betaler henholdsvis 67 pct. og 33 pct. af de samlede udgifter. Figuren nedenfor viser, at kommunerne og regionerne i høj grad anvender den centralt fastsatte fordelingsnøgle. Det kan således konstateres, at 67 af de 69 kommuner i høj eller i meget høj grad benytter den centralt fastsatte fordelingsnøgle, mens de fem regioner alle svarer i meget høj grad.

Figur 4.2: Kommunernes og regionernes brug af den centralt fastsatte fordelingsnøgle



4.3 VURDERING AF UDGIFTSFORDELING OG FORDELINGSNØGLE

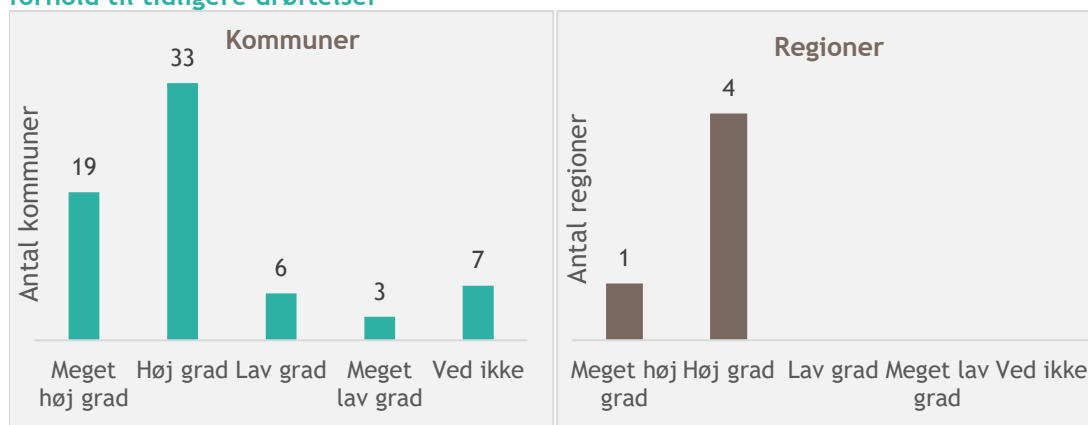
Kommunerne og regionerne har via surveys vurderet den centralt fastsatte fordelingsnøgle i forhold til selve processen om indgåelse af aftaler mellem kommunerne og regionerne samt fordelingsnøglets betydning efter aftaleindgåelse. Derudover har kommunerne og regionerne haft mulighed for at angive, om der er behov for yderligere justeringer.

Det kan indledningsvist konstateres på baggrund af tilbagemeldingerne i surveys, at udgiftsfordelingen og fordelingsnøglen fylder meget i kommunernes og regionernes bevidsthed, når det handler om de fælles hjælperordninger.

4.3.1 Vurdering af processen om indgåelse af aftaler

Kommunerne og regionerne vurderer overordnet, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle har betydet, at processen hvori kommunerne og regionerne indgår aftaler er blevet forenklet i forhold til de tidligere drøftelser. Dette kommer til udtryk ved at 52 ud af 68 kommuner og alle fem regioner tilkendegiver, at fordelingsnøglen i høj eller i meget høj grad har forenklet processerne, netop fordi det er nedfældet i aftalerne mellem regionerne og kommunerne. Ni af kommunerne har i spørgeundersøgelsen svaret, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle kun i lav eller meget lav grad har forenklet processen i forhold til tidligere drøftelser.

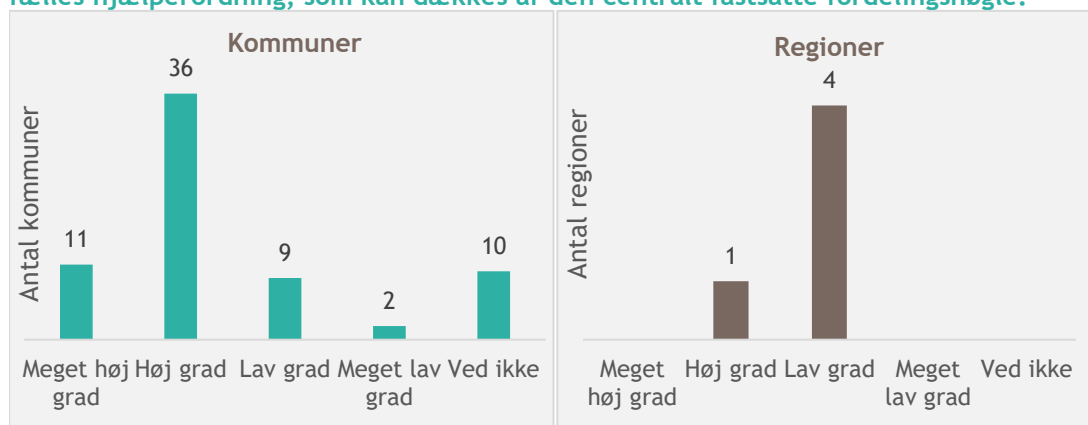
Figur 4.3: Den centralt fastsatte fordelingsnøgle betydning for forenkling af processen i forhold til tidligere drøftelser



I vurderingerne af fordelingsnøglens betydning for en forenkling i processen står det som et centralt tema, om det er klart defineret, hvilke udgifter, der er omfattet af den fælles finansieringsforpligtelse i hjælperordningerne.

I den forbindelse vurderer 47 ud af 68 kommuner også - som det fremgår af Figur 4.4 nedenfor - at det er klart defineret, hvad der forstås ved samlede udgifter til de fælles hjælperordninger, som kan dækkes af den centralt fastsatte fordelingsnøgle, mens 11 omvendt ikke mener, at dette er tilfældet. Modsat mener fire af de fem regioner, at det kun i lav grad er klart, hvad der forstås ved de samlede udgifter som dækkes af den centralt fastsatte fordelingsnøgle. Det er ikke nærmere uddybet fra de fire regioners side, hvorfor det ikke umiddelbart vurderes som klart defineret, mens det modsat for den sidste regions side netop er uddybet specifikt, at Sundheds- og Ældreministeriets breve af 26. april 2016, 25. maj 2016 og 20. juni 2016 har været centrale i afklaringen heraf, og mener i den forbindelse, at kommuner og regioner med fordel kan orientere sig i disse breve for en klarere definition.

Figur 4.4: Vurdering af om det er klart defineret, hvad der forstås ved samtlige udgifter til fælles hjælperordning, som kan dækkes af den centralt fastsatte fordelingsnøgle.



Kommunerne og regionernes har således lidt forskellige opfattelse af, om det er blevet klart defineret, hvad der kan medtages af ydelser i ordningerne og som regionerne skal dække størstedelen af. Netop regionerne har indbyrdes - som det fremgår ovenfor - tilsyneladende ikke en ensartet opfattelse af, om det med den loven er blevet klart defineret, hvad der forstås ved samlede udgifter til fælles hjælperordninger.

På trods af de af ministeriet udsendte breve i første halvår af 2016 ser flere kommuner fortsat udfordringer i en løbende uklarhed om, hvilke udgifter der skal indgå i fordelingsnøglen, herunder eksempelvis følgeudgifter til fx kørsel, APV-udgifter samt udgifter til faglært personale fra kommunens side mv. Lovgivningen har ifølge kommunerne ikke taget højde for ekstraudgifter i forbindelse med ferier og kommunernes dækning af regionens medarbejderes opholdsudgifter i forbindelse med udflugter mv.

Samtidig italesættes en række udfordringer med, at vejledning og samarbejdsaftaler lægger til grund, at en aftale er afgrænset til 24 timer i døgnet, men at der er brug for en anerkendelse af, at der kan være behov for to hjælpere samtidigt i forhold til opgave og arbejdsmiljø - og dermed følgelig fælles finansiering ud over de 24 timer i døgnet.

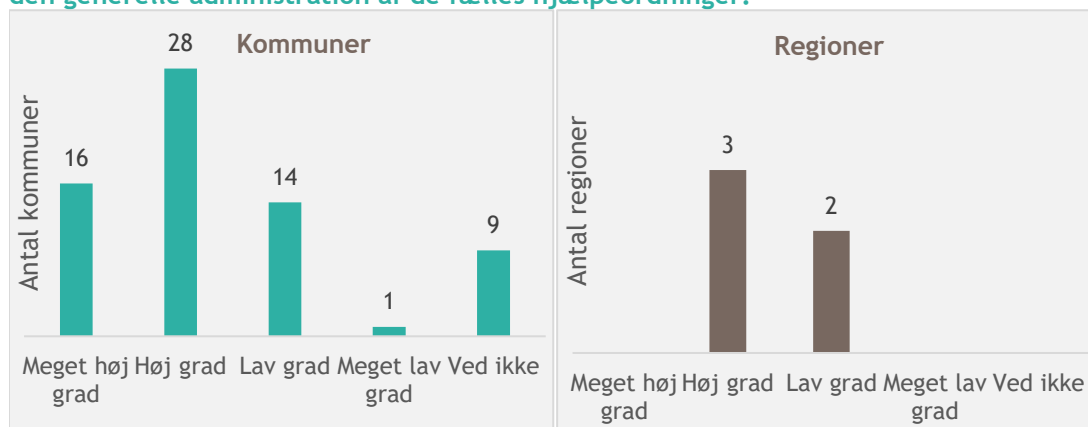
4.3.2 Vurdering af den central fastsatte fordelingsnøgles betydning for administrationen

I spørgeundersøgelsen har kommunerne og regionerne også forholdt sig til betydningen af den centralt fastsatte fordelingsnøgle, til den generelle administration af de fælles hjælperordninger, samt om fordelingsnøglen har resulteret i færre uenigheder om økonomien.

Kommunerne vurderer, hvorvidt den centralt fastlagte fordelingsnøgle har medvirket til at lette den generelle administration af de fælles hjælperordninger forskelligt. Godt 2/3 af kommunerne vurderer, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle i høj eller meget høj grad har lettet den generelle administration, mens 15 af kommunerne omvendt ikke mener, at den generelle administration er blevet lettere som følge af den centralt fastsatte fordelingsnøgle.

Regionerne er ligeledes ikke helt enige i deres opfattelse af, om den centralt fastlagte fordelingsnøgle har medvirket til at lette den generelle administration af de fælles hjælperordninger. Tre af de fem regioner svarer således, at det i høj grad har lettet den generelle administration af ordningerne mens de to andre regioner kun mener, at dette kun i lav grad er tilfældet.

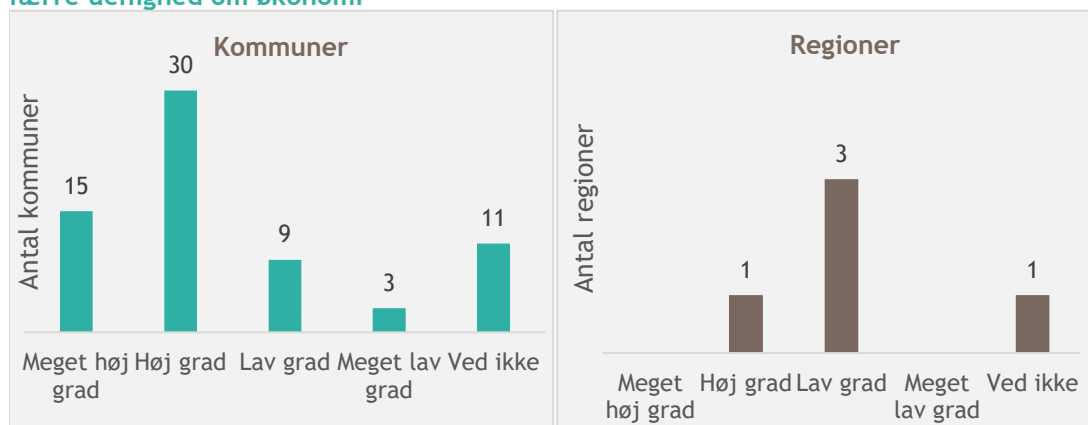
Figur 4.5: Vurdering af om den centralt fastsatte fordelingsnøgle har medvirket til at lette den generelle administration af de fælles hjælperordninger.



Som en del af dialogen og samarbejdet mellem regionerne og kommunerne omkring udgiftsfordelingen og arbejdsbyrden, påpeger kommunerne, at der løbende opstår uenigheder omkring brugen af det såkaldte administrationsbeløb, som er tiltænkt udgifter i forbindelse med administration af ordningerne. Enkelte kommuner anfører, at regionerne typisk ikke anerkender, at der er behov for at få finansieret udgifter til møder mv. for at sikre koordination omkring borgerens indsatser samt sikre arbejdsmiljøet. En kommune med mange fælles hjælperordninger vil typisk benytte administrationsbeløbet til planlægning af vagtplaner, ferie, sygdom mv., hvorfor opmærksomheden rettes mod, at der ikke også er økonomi til at dække udgifter til blandt andet beklædning, annoncering og kørsel mv.

I tilbagemeldingerne i spørgeundersøgelsen kan det derfor konstateres, at der løbende opstår uenigheder omkring udgiftsfordelingen. I forhold til den centrale fordelingsnøgles betydning for uenigheder for økonomien, så vurderer 45 af de 68 kommuner, at den har betydet færre uenigheder om økonomien med regionen i forhold til tidligere, mens ni kommuner ikke mener, at det er tilfældet. Hos regionerne er billedet omvendt, idet det kun én af de fem regioner, der mener, at der i højere grad er kommet styr på de økonomiske aftaler med kommunerne i regionerne via fordelingsnøglen, mens tre af fem regioner modsat mener, at man kun i lav grad kan henføre de færre uenigheder omkring økonomien med kommunerne i deres region til den centralt fastsatte fordelingsnøgle.

Figur 4.6: Vurdering af om brugen den centralt fastsatte fordelingsnøgle har resulteret i færre uenighed om økonomi



Der er ikke lavet større analyser af den økonomiske effekt af at være overgået til den centralt fastsatte fordelingsnøgle, og det har ligeledes ikke ligget inden for rammerne af nærværende evaluering at undersøge en sådan effekt. I relation til spørgsmålet omkring uenigheder omkring økonomi med baggrund i fordelingsnøglen, oplyser en af regionerne, at man her har oplevet, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle har betydet, at udgifterne til de samme ordninger er blevet billigere for omkring 1/3 af kommunerne i regionen, mens lidt over 2/3 kommuner i regionerne omvendt har oplevet, at kommunen betaler mere for samme ordninger.

I forlængelse af spørgsmålet omkring uenigheder om udgiftsfordeling, så italesætter regionerne i deres spørgeskemabesvarelserne en skævvridning i aftalegrundlagene på borgerniveau, som bygger de fremtalte principper i vejledningen, nemlig at:

Fordelingen af udgifter for den fælles hjælperordning skal i alle tilfælde tage udgangspunkt i det samlede antal timer, en borger modtager hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens § 83, 85, 95 eller 96. Det samlede antal timer i en fælles hjælperordning udgør i praksis maksimalt 24 timer i døgnet.

Hvis eksempelvis en borger modtager hjælp til respirationsbehandling 24 timer i døgnet og hjælp efter serviceloven 12 timer i døgnet, og hjælpen kan varetages af samme hjælper, skal region og kommune fordele udgifterne til de 24 timer (dvs. hele døgnet) efter den fordelingsnøgle, som er aftalt mellem parterne, eller som er fastsat centralt. Det er således ikke kun de 12 overlappende timer, der skal fordeles.

Det betyder ifølge regionerne, at for de ordninger, hvor der førhen udelukkende har været en deling af udgifter til natlig overvågning, at regionen nu dækker 67 pct. af udgifterne til det samlede antal bevilgede timer i en BPA-ordning - dog maksimalt op til 24 timer i døgnet. Regionerne oplevede tidligere, at man delte udgifterne i forhold til de timer, som henholdsvis region og kommune var i hjemmet på samme tid. Det er regionernes opfattelse, at dette har medført en væsentlig merudgift til regionerne, som der ikke blev italesat i forbindelse med den nye lovgivning samt under forhandlingerne med kommunerne.

Ifølge regionerne drejer det sig i udgangspunktet om ordninger, som er forankret i kommunerne, hvor der ikke altid er enighed om, hvilke udgifter, der hører under de fælles hjælperordninger. Dette kan eksempelvis være spørgsmål omkring følgeudgifter, der ikke vedrører hjælpere samt udgifter til medicin, apparatur mv., der er visiteret efter serviceloven.

Regionerne oplever således konkret et behov for klarere retningslinjer for tolkningen af følgeudgifter som eksempelvis ferie mv. Mange kommuner tolker ifølge regionerne følgeudgifterne efter serviceloven i en BPA-ordning som at være omfattet af de fælles hjælperordninger, mens de samme følgeudgifter for en borger uden BPA-ordning får bevilget ydelserne som merudgifter efter paragraffer i serviceloven, der ikke er omfattet af det fælles finansieringsgrundlag. Resultatet er, at respirationsborgerne i udgangspunktet stilles forskelligt i forhold til om de er på BPA-ordning eller ej, hvilket ifølge regionerne er uensigtsmæssigt. Udgangspunktet for regionerne er, at man ikke finder det rimeligt, at der inden for BPA-ordninger skal betales for følgeudgifter, der udmåles under serviceloven.

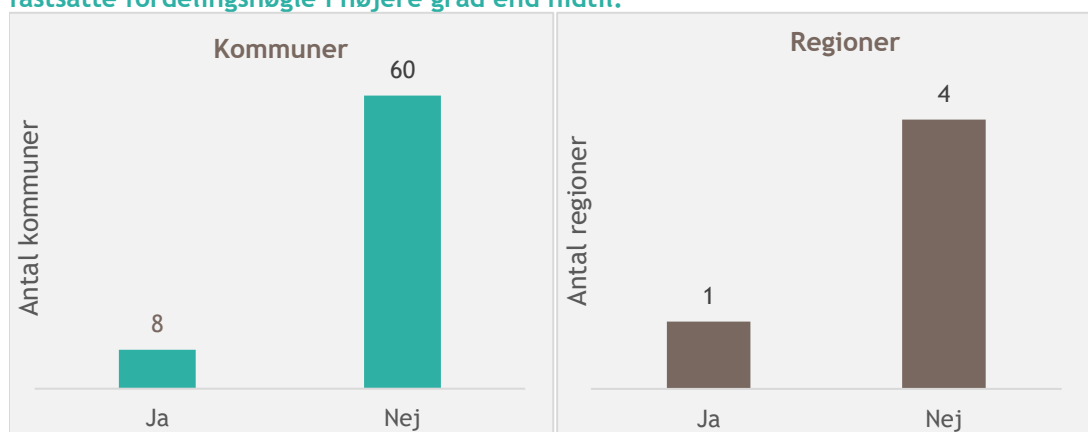
Flere regioner oplever desuden, at det for kommunerne kan være svært at fratage en borger sin BPA-ordning, når borgeren ikke længere kan varetage sin ordning og hvor der så bevilges ekstra hjælp. Dermed bliver sådanne ordninger typisk mere udgiftstunge end en regional ordning med akutvikarer. Regionen har imidlertid ingen indflydelse på ordningen selvom den oppebærer størstedelen af udgiften. Dette opstår der tilsyneladende løbende uenigheder om.

Enkelte kommuner påpeger som et modsatrettet eksempel, at der også løbende opstår uenigheder omkring den bagudrettede fordeling af udgifterne. Det fremgår således af spørgeskemabesvarelser, at det eksempelvis ikke er klart defineret i såvel vejledning eller samarbejdsaftaler, om det er muligt at benytte den centralt fastsatte fordelingsnøgle med tilbagevirkende kraft, hvis der er fremkommet oplysninger om en anden arbejdsfordeling, sådan at respirationshjælperne fx udfører flere kommunale opgaver.

4.3.3 Vurdering af behovet for at afvige fra den centralt fastlagte fordelingsnøgle

Endelig er kommunerne og regionerne blevet spurgt om der er behov for fremadrettet at afvige fra den centralt fastsatte fordelingsnøgle i højere grad end de har gjort hidtil. Her vurderer hovedparten af både kommunerne og regionerne, at der ikke er behov for at afvige fra den centralt fastsatte fordelingsnøgle i højere grad end tidligere.

Figur 4.7: Vurdering af, om der fremadrettet er behov for at afvige fra den centralt fastsatte fordelingsnøgle i højere grad end hidtil.



Både kommuner og regioner anfører dog en række mulige situationer, hvor man godt kunne ønske sig muligheden for at afvige fra den centralt fastsatte fordelingsnøgle. Flere kommuner er af den opfattelse, at de ikke oplever at have indflydelse på fordelingsnøglen, selvom der i nogle tilfælde vil være et åbenlyst behov for at indgå en anden aftale. Eksempelvis når den kommunale andel af udgifterne er marginale - eller at der som nævnt ovenfor kunne være et omvendt behov for støtte i mere end 24 timer i de tilfælde, hvor der kunne opstå et behov for bevilling af to samtidige hjælpere.

Fra regional side anføres det omvendt, at der også herfra kunne være behov for at afvige fra fordelingsnøglen i de situationer, hvor borgeren er bosiddende på institution. Det er således opfattelsen, at det ikke umiddelbart er fastsat i den nuværende lovgivning, hvad der er gældende, når borgeren bor på institution. Dette skyldes også til dels det forhold, at borgere, hvis ordninger er forankret på en institution, ofte opleves som meget dyre, herunder, at de som regel overstiger udgiften til regionale ordninger med akutvikarer.

Afslutningsvist i forhold til behovet for eventuelt at afvige fra fordelingsnøglen er det regionernes vurdering, at kommunerne med den gældende fordelingsnøgle har et incitament til at bevilge mange kommunale timer til hjælp. En region omtaler et konkret eksempel med en ordning, hvor omfanget af kommunale timer har medført, at respirationscentret har ophævet den fælles hjælperordning, da det ikke er foreneligt med respiratorbehandlingen, at hjælperen skal varetage kommunale opgaver i så stort et omfang, som det tilsyneladende har været tilfældet. Det er således regionens vurdering på baggrund af eksempler som dette, at der i nogle tilfælde kunne være et rationale i at afvige fra fordelingsnøglen.

5. AFTALER MELLEM REGIONER OG KOMMUNER OM FÆLLES HJÆLPERORDNINGER

Nærværende kapitel kortlægger indledningsvist indholdet og reguleringsgraden i aftalerne mellem regionerne og kommunerne i forhold til de fælles hjælperordninger, herunder en vurdering af hvorvidt aftalerne adresserer de temaer, som er omtalt i vejledning nr. 10338 af 24/8/2015 eller som der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl eller uenighed om.

Kapitlet indeholder derudover kommunernes og regionernes vurderinger af aftaleindholdet på baggrund af surveys i forhold til formålet samt eventuelle udfordringer i de nuværende aftaler. Indeholdt i dette er parternes vurderinger af, om aftalerne medvirker til at sikre, at administrationen af de fælles hjælperordninger er blevet forenklet og samlet set er blevet reduceret som følge af lovændringen.

Formålet med lovgivningen ift. aftaler mellem regioner og kommuner om fælles hjælperordninger

Formålet med lovgivningen var som nævnt indledningsvist at få regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen til at indgå generelle samarbejdsaftaler om de fælles hjælperordninger, og at disse aftaler skulle være enslydende for alle kommuner i regionen.

Formålet med samarbejdsaftalerne har været at sikre klare rammer og vilkår for en samlet tilrettelæggelse af opgaveløsningen omkring de fælles hjælperordninger, der omhandler de emner, som der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl eller uenighed om. Udover fordeling af udgifter er det eksempelvis håndteringen af vikarer, særlige forhold i forbindelse med borgerens eventuelle indlæggelse på sygehus, forskelle i kompetenceniveauer hos hjælpere til at opfylde regionale hhv. kommunale krav, ferier m.v.

De klarere rammer for samarbejdet skulle ifølge formålet med lovgivningen føre til et forbedret samarbejde mellem regionerne og kommunerne, der blandt andet bygger på et forenklet og mindsket ressourceforbrug ved indgåelsen af, og administrationen af, de fælles hjælperordninger.

Opfyldelse af formålet med lovgivningen

Det kan konstateres, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i samtlige fem regioner er lykkedes med at indgå generelle samarbejdsaftaler omkring de fælles hjælperordninger, og at parterne ved tilblivelsen har efterlevet anbefalingerne fra vejledning 10338 af 24/8/2015 i forhold til at sætte rammerne for arbejdet med de fælles hjælperordninger.

Derudover kan det konstateres, at der i samarbejdsaftalerne er behandlet en række temaer af mere praktisk karakter for at få driftet aftalerne hensigtsmæssigt. Samarbejdsaftalerne er ens for alle kommunerne i samme region, mens der er lidt forskel fra region til region ift. indholdet af aftalerne.

Det overordnede billede er, at de centrale elementer i aftalerne, såsom ansvars- og udgiftsfordeling, arbejdsgiveransvar, håndtering ferier mv. generelt er velbeskrevet i aftalerne. Borgerens rettigheder i forbindelse med valg af arbejdsgiver er også velbeskrevet i aftalerne og følger naturligt elementerne i lovgivningen.

Hovedparten af regionerne og kommunerne vurderer, at formålet med lovændringen om forenklet og mindsket ressourceforbruget også er opfyldt, idet det i dag er lettere at indgå og administrere de indgåede aftaler, ligesom hovedparten af regionerne og kommunerne vurderer, at de har et tilfredsstillende samarbejde omkring de fælles hjælperordninger.

Regionerne og kommunerne er dog ikke umiddelbart enige om behovet for ændringer i de generelle samarbejdsaftaler, idet alle fem regioner vurderer et behov for at ændre en række temaer, mens kun en mindre del af kommunerne ser et behov for at revidere styringsparadigmet mellem parterne.

5.1 KORTLÆGNING AF AFTALERNES INDHOLD OG REGULERINGSGRAD

Aftalerne mellem regioner og kommuner regulerer en række forhold i overensstemmelse med lovgivningen og anvisningerne i vejledning 10338 af 24/8/2015 fra Sundheds- og Ældreministeriet, og indeholder derfor i vid udstrækning de samme elementer.

BDO har foretaget en gennemgang af alle fem samarbejdsaftaler mellem regionerne og deres respektive kommuner og sammenholdt disse med de temaer, som føromtalt vejledning anbefalede, at aftalerne skulle bygge på. Tilgangen har været at opstille vejledningens fem tværgående temaer med tilhørende undertemaer for på den måde at kortlægge de elementer, som de fem samarbejdsaftaler bygger på.

Tabellen nedenfor viser hvilke temaer, som er beskrevet i de enkelte samarbejdsaftaler mellem de fem regioner og deres respektive kommuner i forhold til vejlednings retningslinjer.

Tablet 5.1: Oversigt over temaer i regionernes og kommunernes samarbejdsaftaler i forhold til vejledning 10338 af 24/8/2015

	Temaer	Vejledning 10338 af 24/8/15.	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
GENERELT	Målgruppepræcisering	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Myndighedsansvar, herunder udmåling af behandlings- og hjælpebehov	✓	✓	✓	✓	✓	
	Tilsynsforpligtigelse	✓	✓	✓		✓	
	Finansieringsansvar	✓	✓	✓		✓	
ANSÆTTEN DE	Valg af arbejdsgiver (afhængigt af lovgrundlag)	✓		✓	✓	✓	
	Arbejdsgiveransvar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Arbejds miljø	✓		✓	✓	✓	✓
OPSTART	Opstart (fx midlertidig ordning)	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
	Oplæring af personale og kompetence-dækning	(✓)	✓	✓	✓	✓	
	Behandlingsredskaber, hjælpemidler og indretning		✓		✓	✓	✓
SÆRLIGE FORHOLD	Ferie og andre aktiviteter udenfor hjemmet	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Indlæggelse	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Dobbelt dækning	✓	✓	✓		✓	
	Vikardækning	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
	Flytning over kommune- eller regionsgrænse	(✓)				✓	
ADMINISTRATION, ØKONOMI OG	Udgiftsgrundlag (herunder ved ovenstående særlige forhold)	✓	✓	✓	✓	✓	(✓)
	Fordeling	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Betalingsvaretagelse	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Administrationsbidrag				✓		
	Kontaktpunkter	✓				✓	

Kilde: Regionernes og kommunernes samarbejdsaftaler vedr. fælles hjælperordninger for borgere med respirationsinsufficiens samt 'Vejledning 10338 af 24/8/2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens'.

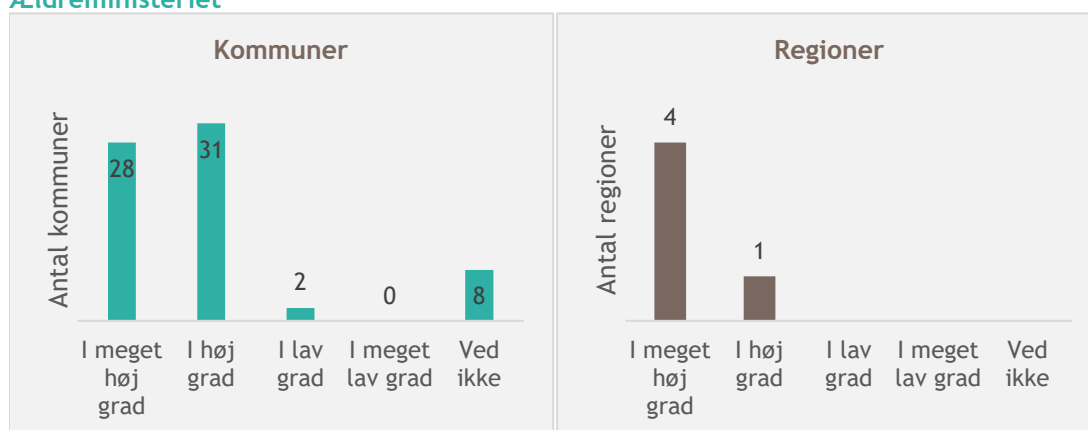
Det har som nævnt været formålet med vejledningen fra Sundheds- og Ældreministeriet at sætte rammerne for regionernes og kommunernes nye samarbejdsaftaler på området for de fælles hjælperordninger.

I gennemgangen af samarbejdsaftalerne er det generelle billede, at de centrale elementer i aftalerne, såsom ansvars- og udgiftsfordeling, arbejdsgiveransvar, håndtering ferier mv. generelt er velbeskrevet i aftalerne. Borgerens rettigheder i forbindelse med valg af arbejdsgiver er også velbeskrevet i aftalerne og følger naturligt elementerne i lovgivningen.

Der kan dog umiddelbart konstateres nogle - om end ikke markante - forskelle i, hvilke elementer, der er beskrevet i aftalerne og præciseringen heri. Det gælder for eksempel ved tilsynsforpligtelse, dobbeltdækning og behandlingsredskaber, hjælpemidler og indretning. Derudover kan det konstateres, at aftalernes ordlyd og fokus vedrørende borgerens valg af arbejdsgiver/ansættende myndighed varierer i en vis grad fra at være meget informerende om borgerens valg af arbejdsgiver til at fokusere på, hvor aftalen er forankret i forhold til enten region eller kommune.

I spørgeskemabesvarelsenerne fra regionerne og kommunerne fremgår det, at det umiddelbart er opfattelsen, at principperne fra vejledningen i høj eller i meget høj grad har været retningsgivende for tilblivelsen af samarbejdsaftalerne.

Figur 5.2: Efterlevelse af anbefalinger om principperne i vejledningen fra Sundheds- og Ældreministeriet



Samtidig kan det konstateres, at nogle områder som eksempelvis opstarter og vikardækning indgår som selvstændigt tema i næsten alle regionale samarbejdsaftaler uden at være specificeret nærmere i selve vejledningen som et obligatorisk tema. Dette viser, at der ved tilblivelsen af alle samarbejdsaftalerne også har været drøftet og nedfældet nogle vigtige emner af mere praktisk karakter i forhold til at få driften af aftalerne til at forløbe mere hensigtsmæssigt.

5.2 REGIONERNES OG KOMMUNERNES VURDERING AF DEN ÆNDREDE LOVGIVNING

Kommunerne og regionerne har i spørgeundersøgelsen forholdt sig til en række spørgsmål vedrørende den ændrede lovgivnings betydning af kommunernes og regionernes administration af ordningerne, jf. formålet med lovgivningen.

Kommunerne og regionerne er således blev bedt om at vurdere:

- Om ændringerne i loven har givet klarere økonomiske og administrative rammer for området
- Om ændringerne i loven har forenklet administrationen af området
- Om ændringerne i loven har afklaret de væsentligste problematikker mellem kommunerne og regionerne
- Om ændringerne har betydet, at der bruges færre administrative ressourcer på at indgå aftaler med kommunerne/regionen
- Om ændringerne har betydet, at der bruges færre administrative ressourcer på at administrere de indgåede aftaler om fælles hjælperordning.

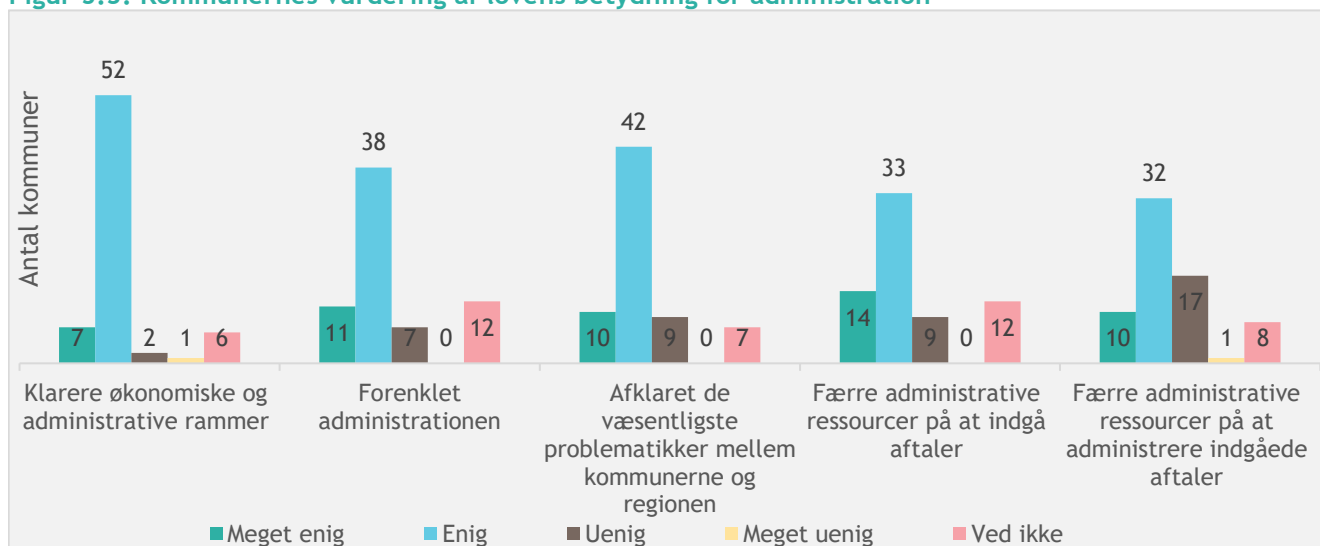
5.2.1 Vurdering af effekten af lovgivningen ift. administrationen af fælles hjælperordninger

Overordnet er det kommunernes og regionernes vurdering, at ændringerne i lovgivningen har haft en positiv effekt på administrationen af ordningerne. Det kan således konstateres på baggrund af spørgeundersøgelsen, at hovedparten af kommunerne og regionerne vurderer, at loven har givet klarere økonomiske og administrative rammer, forenklet administrationen, afklaret de væsentligste problematikker mellem kommunerne og regionerne og at der bruges færre administrative ressourcer på at indgå aftaler og administrere ordningen.

Af figurerne nedenfor ses desuden, at kommunerne og regionerne generelt har det samme billede af lovens betydning for administrationen af ordningerne. Udlægningen af den positive vurdering af lovens betydning for administrationen stemmer godt overens med det billede, som BDO har fået via opfølgende interviews med regionerne, hvor samarbejdet karakteriseres som forholdsvis gnidningsfrit i 90-95 pct. af tilfældene, hvor det er blevet lettere at administrere. Der er dog fortsat 5-10 pct. af tilfældene, hvor der fortsat bruges mange administrative ressourcer på at håndtere de fælles hjælperordninger.

Regionerne peger på, at de 5-10 pct. af tilfældene, hvor den administrative byrde opleves som uforholdsmæssig stor, opstår når der for eksempel er udskiftning i hjælperholdene, eller hvor borgeren har udfordringer med hjælperholdene eller enkelte hjælpere på holdene.

Figur 5.3: Kommunernes vurdering af lovens betydning for administration



Størstedelen af kommunerne er i tillæg af den opfattelse, at samarbejdet med deres regioner i dag generelt fungerer tilfredsstillende. Således svarer godt tre ud af ti kommuner, at de er meget tilfredse med samarbejdet med regionen, mens godt seks ud af ti kommuner mener, at regionssamarbejdet er tilfredsstillende.

På samme måde kan det konstateres, at det generelt er oplevelsen hos kommunerne, at lovgivningen på området har medført klarere administrative og økonomiske rammer end tidligere. Godt 3/4 af kommunerne mener, at loven har forenklet administrationen af området og at loven har været med til at få afklaret de væsentligste problematikker med regionerne.

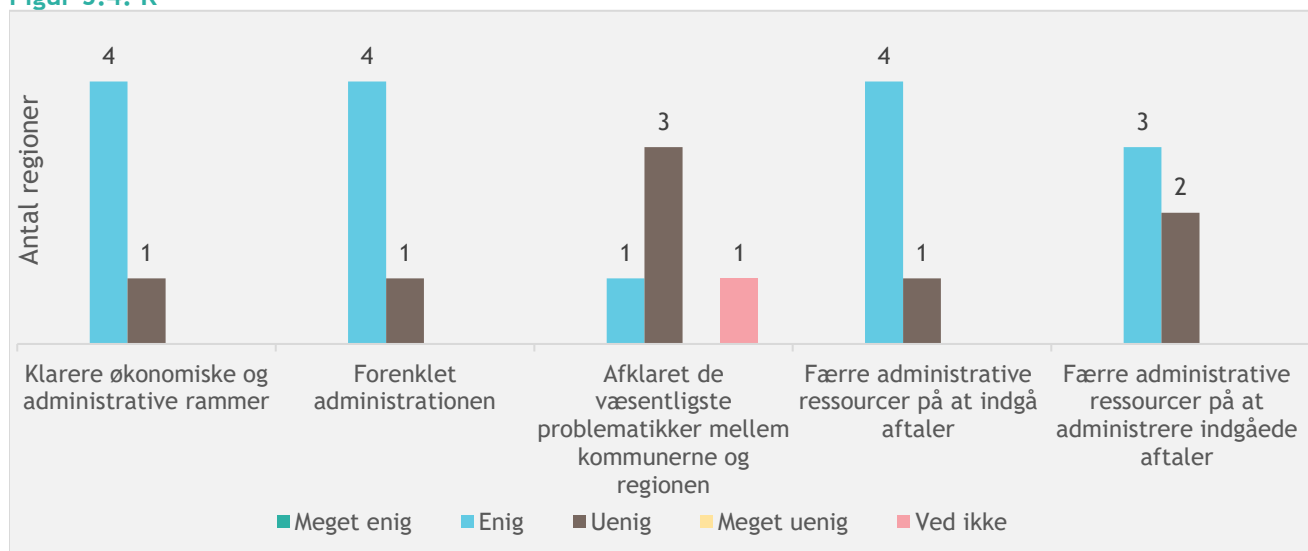
Det er dog kun omkring 2/3 af kommunerne, der mener, at der i dag også bruges færre administrative ressourcer på at indgå aftaler med kommunerne, mens det er lidt under 2/3 af kommunerne, der er af den opfattelse, at der også bruges færre ressourcer på at administrere de indgåede aftaler end tidligere. Det kan samtidig konstateres af figuren ovenfor, at en større andel på lidt over 1/4 af kommunerne er uenige i netop dette område, idet administrationen af de fælles hjælperordninger fortsat er krævende i deres optik.

Derudover har en enkelt kommune i spørgeundersøgelsen angivet, at der løbende er udfordringer i samarbejdet om at udveksle rette data og at dette eksempelvis kan gå ud over kommunens hjemtagelse af statsrefusion. Endelig er det angivet, at der bruges væsentlige administrative ressourcer ved regnskabsaflægningen samt ved den fælles gennemgang af samme ved BPA-ordninger.

På samme måde, så er størstedelen af regionerne også af den opfattelse, at loven har givet klarere økonomiske og administrative rammer samt forenklet administrationen af de fælles hjælperordninger. Til forskel fra kommunerne ses det, at tre ud de fem regionerne ikke mener, at loven fortsat har afklaret de væsentligste problematikker mellem kommunerne og regionerne, hvilket 52 af de 68 adspurgte kommuner omvendt mener er tilfældet.

Figur 5.4: Regionernes vurdering af lovens betydning for administration

Figur 5.4: R

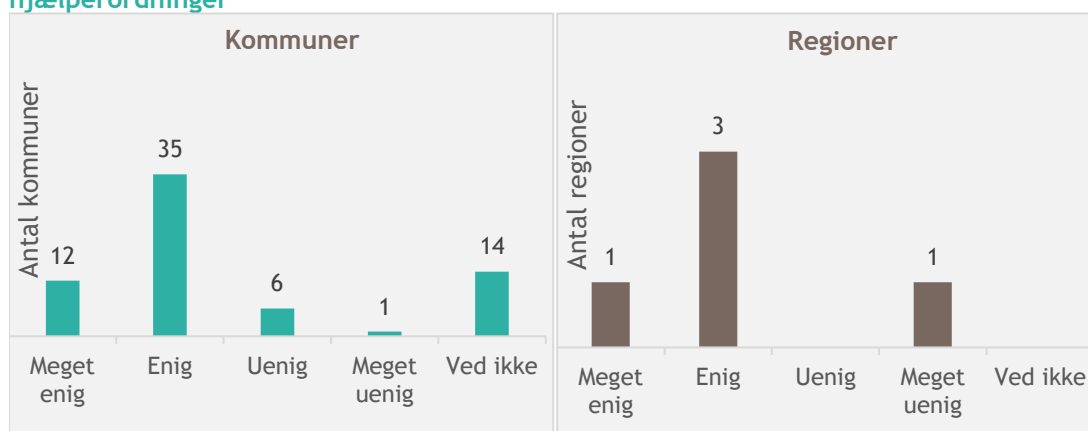


Regionerne er ikke af den opfattelse, at det er tydeligt i vejledningen og samarbejdsaftalerne, at de fælles hjælperordninger som udgangspunkt er forankret i regionerne. Regionerne oplever på den baggrund, at kommunerne udfordrer dette princip, fordi det fremgår i vejledningen, at regionen og kommunerne i visse tilfælde kan aftale, at en person som yder hjælp til borgeren efter serviceloven også kan varetage respiratorbehandlingen.

5.2.2 Vurdering af ensartetheden i administrationen af fælles hjælperordninger

Hovedparten af kommunerne og regionerne vurderer, at lovændringen har øget ensartetheden i administrationen. Alle regioner er imidlertid fortsat af den opfattelse, at der er behov for yderligere specificeringer og regulering af samarbejdet med regionen end der er i den nuværende aftale, da aftalerne i deres nuværende form giver anledning til forskellige fortolkninger.

Figur 5.5: Vurdering af om loven har øget ensartetheden i administrationen af de fælles hjælperordninger



Baggrunden for de lidt forskellige fortolkninger - og dermed i administrationen af ordningerne - skal blandt andet findes i en ikke-konsistent tilgang til eksempelvis definitionen af, hvad et fælles hjælperhold er. I én region er reglerne eksempelvis fortolket således, at regionen betaler de fastsatte 67 pct. af de kommunale udgifter til opgaver om dagen, hvis de respiratoriske hjælpere udfører kommunale opgaver med eksempelvis vendinger og lejring om natten i ordninger, hvor patienten kun får respiratorisk overvågning om natten.

Sådan er det ikke nødvendigvis fortolket i andre regioner, og det påpeges, at der kun bør være en udgiftsfordeling på udgifter hvor samme person varetager både regionale og kommunale opgaver - mens det i de tilfælde, hvor der kommer en hjælper og kun udfører kommunale opgaver, så bør denne udgift afholdes alene af kommunen. Regionerne ønsker i tillæg hertil fremadrettet at få tydeliggjort, at der inden for rammerne af de fælles ordninger kun må udføres kommunale opgaver som er forenelige med det respiratoriske arbejde.

Et andet forhold omkring forskellige opfattelser af ensartetheden i administrationen af ordningerne er, at der især opleves lang sagsbehandlingstid (op mod 6-12 måneder) hos kommunerne i forhold til visitationen på de kommunale ydelser. Den lange sagsbehandlingstid opleves som en reel barriere for at indgå en aftale om en fælles hjælperordning, idet de respiratoriske hjælpere ikke kan varetage de kommunale opgaver før visitationen foreligger, og før kommunen har instrueret i opgaverne.

Dette kommer løbende til udtryk i forhold til uenigheder om henholdsvis kommunale og respiratoriske opgaver, hvilket tilsyneladende også bunder i en usikkerhed omkring den generelle rollefordeling omkring de fælles hjælperordninger mellem region, kommune og respirationscentre. På baggrund af kommentarer i spørgeundersøgelsen efterlyser flere kommuner således klare rammer for de forskellige instansers roller i forhold til samarbejdsaftalen, herunder fx respirationscentrenes roller og krav til kommunernes opgaver eller hvornår regionerne kan beslutte, at der skal være to hjælpere til stede, hvoraf den ene udelukkende er finansieret af kommunen.

Nogle kommuner efterlyser derfor fælles retningslinjer for udmålingen af hjælpen i form af eksempelvis faste krav eller fælles beregningsskemaer. Det er opfattelsen, at en ensretning vil øge kvaliteten på tværs i såvel samarbejdet med kommune og region samt på tværs af kommune- og regionsgrænser.

Samtidig er nogle kommuner af den opfattelse, at man ikke nødvendigvis er enig i, om der skal foreligge en aftale eller ej, inden fordelingsnøglen træder i kraft, og at der bruges uforholdsmæssigt meget tid på at håndtere sådanne situationer. Det er hertil opfattelsen, at det tydeligere bør fremgå, at der ikke er krav om, at der skal foreligge en aftale, og at det er kun, hvis der foreligger en aftale, at man afviger fra fordelingsnøglen.

Dette hænger tæt sammen med de oplevede konflikter omkring målgruppen, som flere kommuner omtaler i spørgeundersøgelsen. Konflikten går umiddelbart omkring en manglende oplevet tydelighed på målgruppen, herunder at der ikke er krav om at få udredt en borger på et respirationscenter, hvis borgerne i anden sammenhæng er vurderet til at være for dårlige til at blive omfattet af de fælles hjælperordninger.

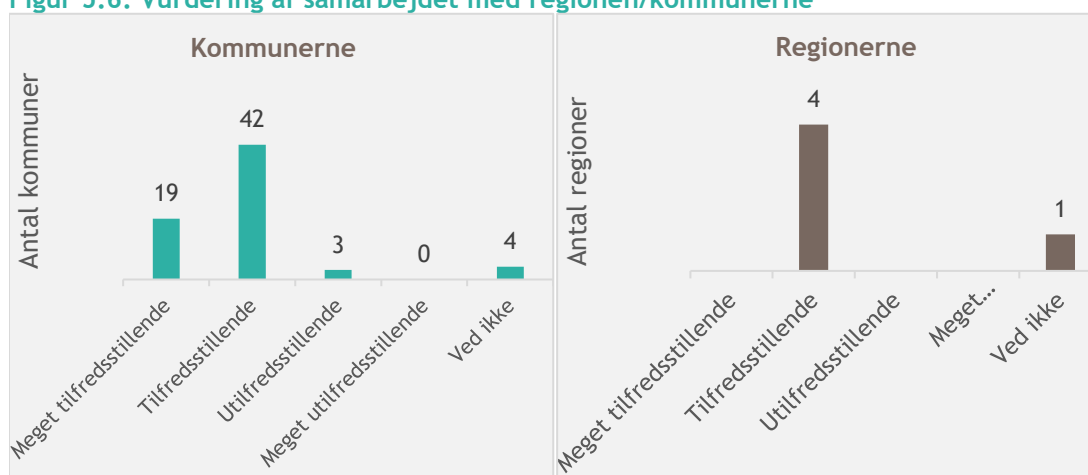
5.2.3 Vurdering af samarbejdet mellem regioner og kommuner samt behovet for eventuel yderligere regulering heraf

I spørgeundersøgelsen har kommunerne og regionerne vurderet deres gensidige samarbejde samt, om der er områder, hvor der eventuelt kunne være behov yderligere specificering og regulering af samarbejdet mellem parterne, end der er i den nuværende aftale.

Ved i vid udstrækning at have fulgt anbefalingerne fra vejledningen i udarbejdelsen af samarbejdsaftalerne med kommunerne er det generelt opfattelsen fra kommunerne og regionerne i spørgeskemabesvarelserne, at de oplever et godt samarbejde med hinanden. Således vurderer 61 af de 68 kommuner et tilfredsstillende og meget tilfredsstillende samarbejde, mens kun tre kommuner vurderer, at samarbejdet er utilfredsstillende. Ligeledes vurderer fire ud af fem regioner, at der er et godt samarbejde mellem parterne. Det er ikke nærmere uddybet, hvorfor den sidste region ikke ved om samarbejdet kan karakteriseres som hverken godt eller dårligt.

Figur 5.6: Vurdering af samarbejdet med regionen/kommunen

Figur 5.6: Vurdering af samarbejdet med regionen/kommunerne

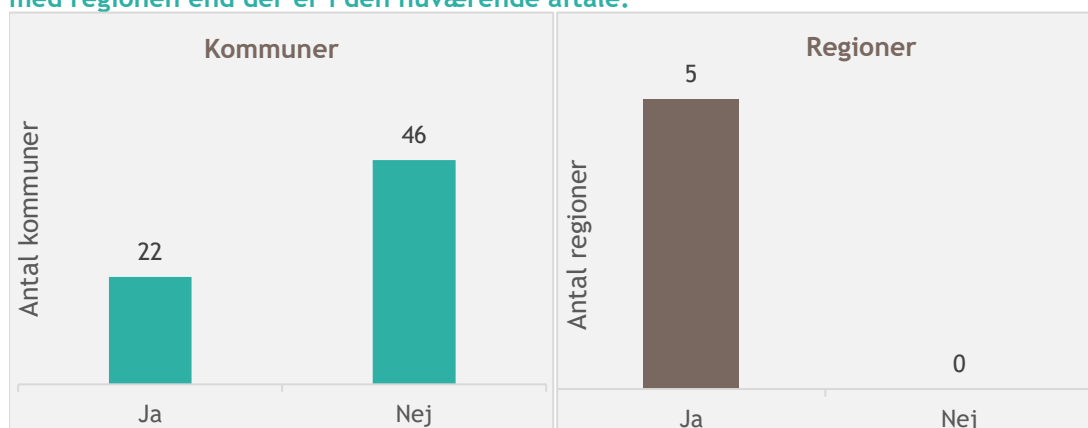


Til forskel fra regionerne er det ikke et tema hos kommunerne i spørgeundersøgelsen om, hvordan aftalerne om de fælles hjælperordninger er forankret. Til gengæld er det opfattelsen hos en række af kommunerne, at der fortsat er uklarhed om rammerne for bevilling af timer under ordningerne, herunder eksempelvis hvad der er gældende, hvis borgeren kun benytter respirationshjælp om natten.

Kommunerne og regionerne har noget forskellig opfattelse af i deres vurderinger af om der er behov for at yderligere at specificere og regulere samarbejdet end i de nuværende aftaler. Her mener alle fem regioner, at der er behov for yderligere specificeringer og regulering af samarbejdet med kommunerne, mens 46 ud af 68 kommuner omvendt ikke mener, at der er behov for specificeringer og regulering af samarbejdet med regionerne.

På trods af, at 2/3 af de adspurgte kommuner ikke mener, at der er behov for yderligere regulering af de generelle samarbejdsaftaler, mener en del kommuner, at der fortsat er en række områder - der ikke kun har med reguleringen af den økonomiske fordeling mellem region og kommune - som med fordel kunne være en del af en eventuelt kommende regulering af nuværende lovgivning.

Figur 5.7: Vurdering af behov for yderligere specificeringer og regulering af samarbejdet med regionen end der er i den nuværende aftale.



Regionerne har som nævnt italesat udfordringen med lang sagsbehandlingstid hos kommunerne, særligt ved BPA-ordninger og re-visitationer. Flere kommuner bemærker i den forbindelse, at regionerne ikke i passende grad tager hensyn til netop denne behandlingstid i kommunalt regi, hvor en række myndighedsafgørelser som regel skal spille sammen - særligt ved ophør og/eller reduktion af den respiratoriske overvågning. For at sikre etableringen af en fælles hjælperordning hurtigst muligt foreslås det af regionerne, at kommunerne i fremtiden kunne blive forpligtet til at betale til den fælles hjælperordning et vist antal uger/måneder efter kommunen har modtaget ordinationen fra respirationscentret.

I enkelte tilfælde melder kommunerne også tilbage om, at kvaliteten i de plejeydelser, der leveres af de firmaer som regionen anvender, er for ringe, og at der opleves stor udskiftning i personalet i de

ordninger, der etableres. Kommunerne anfægter i den forbindelse, at de ikke i dag kan stille krav til uddannelsesniveaut hos de medarbejdere, der skal forestå plejeopgaverne hos borgeren. Eksempelvis opleves det, at regionerne ikke stiller krav om en plejefaglig uddannelse mens løsningen af de kommunale pleje- og behandlingsopgaver kræver kompetencer på hjælper- eller assistentniveau. Der er derfor et ønske om, at der i lovgivning eller andet gives mulighed for at stille krav om plejefaglig uddannelse i givne situationer.

Som en afsluttende bemærkning omkring samarbejdsaftalerne, anfører regionerne, at der løbende opstår udfordringer omkring det at sikre et godt arbejdsmiljø i de fælles opgaveløsninger. Det er således opfattelsen, at der er behov for at få præciseret ansvaret for et godt arbejdsmiljø, herunder at region og kommune bør være fælles om at sikre et godt arbejdsmiljø, så opgaver og ansvarsfordelingen fremgår tydeligt af samarbejdsaftalen for såvel BPA-ordninger som de regionalt forankrede hjælperordninger, hvor kommunerne har uddelegeret ydelserne efter §§ 83 og 85 til respirationshjælperne.

6. ANVISNINGER TIL MULIGE JUSTERINGER AF AFTALEGRUNDLAG

I de foregående kapitler fremgår det, at de interviewede borgere i udgangspunktet er tilfredse med ordningen og den hjælp, de modtager, ligesom at regionerne og kommunerne langt hen ad vejen er enige i mange af betragtningerne omkring såvel samarbejdet som udgiftsfordelingen og brugen af den centralt fastsatte fordelingsnøgle.

Det kan dog også konstateres, at der fra både regioner og kommuner er nogle væsentlige forskelle i opfattelserne af samarbejdet nogle områder, og at der hos parterne er en række ønsker til mulige justeringer i de generelle samarbejdsaftaler, borgernes aftalegrundlag, i selve lovgrundlaget mv. for at få de fælles hjælperordninger til at køre endnu mere hensigtsmæssigt i fremtiden.

Det er således vurderingen, at følgende områder kunne være genstand for en mulig justering.

Vedrørende borgernes indflydelse og kvalitet i behandlingen

- Behov for faste samarbejds- eller koordinationsmøder mellem de forskellige instanser, der er i spil omkring borgere med fælles hjælperordninger - nemlig kommune, region og respirationscenter samt evt. repræsentant fra hjælperhold og/eller privat bureau. Dette kunne eksempelvis være én gang årligt for at højne den samlede kvalitet af hjælpen hos borgeren.

Vedrørende udgiftsfordeling og fordelingsnøgle mellem regioner og kommuner

- Fortsat behov for klarhed over hvilke udgifter, der skal indgå i fordelingsnøglen, herunder eksempelvis følgeudgifter til fx kørsel, APV-udgifter samt ekstraudgifter i forbindelse med ferier, medarbejders opholdsudgifter i forbindelse med udflugter mv.
- Behov for klarhed over hensigten med brugen af administrationsbeløbet
- Behov for klart at få defineret i såvel vejledning og samarbejdsaftaler, om det er muligt at benytte den centralt fastsatte fordelingsnøgle med tilbagevirkende kraft, hvis der er fremkommet oplysninger om en anden arbejdsfordeling
- Behov for en klar og ensartet definition af, hvornår en fælles hjælperordning kan oprettes. Regionerne ønsker i tillæg hertil fremadrettet at få tydeliggjort, at der inden for rammerne af de fælles ordninger kun må udføres kommunale opgaver som er forenelige med det respiratoriske arbejde.
- Behov for klarhed om udgiftsallokering omkring hhv. regionale og kommunale opgaver. Der er et udtalt ønske om at se på muligheden for at fravige fordelingsnøglen i særlige situationer, og hvor fx kommunen kun har en marginal andel i den samlede hjælp i ordningen.

- Behov for klarhed over udgiftsallokeringen, når borgeren bor på institution, idet dette tilsyneladende ikke er reguleret i den nuværende lovgivning og vejledning.

Vedrørende aftalerne mellem regioner og kommuner

- Behov for en klarere definition af rammer og roller for de forskellige instanser - region, respirationscenter og kommuner - og deres kompetencer til at træffe afgørelser omkring borgeren. Eksempelvis i relation til tidlig opstart af en fælles hjælperordning, hvor længden og omfanget af den kommunale sagsbehandlings- og visitationsproces ikke kan rumme akutte situationer.
- Behov for klarhed om rammerne for forankring af fælles hjælperordninger samt retningslinjerne for bevilling af timer under ordningerne, herunder bevilling af hjælp udover 24 timer (fx i form af to hjælpere samtidig), ekstra pleje, merudgifter mv. Der efterlyses fælles retningslinjer for udmålingen af hjælpen i form af eksempelvis faste krav eller fælles beregningsskemaer.

Øvrige bemærkninger

- I forlængelse af ovenstående efterlyses et behov fra regionernes side af for at justere på muligheden for at stille respirationsborgere forskelligt som følge af, at følgeudgifterne efter serviceloven i en BPA-ordning ofte vurderes som at være omfattet af de fælles hjælperordninger, mens de samme følgeudgifter for en borger uden BPA-ordning ikke er omfattet af det fælles finansieringsgrundlag, da de får bevilget ydelserne som fx merudgifter efter paragraffer i serviceloven.
- Som en udløber heraf ønskes der klarhed over, hvornår det er muligt for kommunerne at fratage en borger sin BPA-ordning, når borgeren ikke længere kan varetage deres ordning og hvor der så bevilges ekstra, dyr hjælp i stedet.
- Behov for regulering af forholdet mellem faglært og ufaglært plejepersonale, herunder behov for muligheden for at stille krav om plejefaglig uddannelse i givne situationer til gavn for borgeren.

7. BILAG

Sundheds- og Ældreministeriets breve af 26. april 2016, 31. maj 2016 og 20. juni 2016

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Att: Søren Helsted

Dato: 26. april 2016
Enhed: Primær Sundhed, Ældrepoli-
litik og Jura
Sagsbeh.: DEPCGM
Sagsnr.: 1602601
Dok nr.: 21763

Vedr. fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget Region Hovedstadens henvendelse af 11. januar 2016, hvor der ønskes en fortolkning af følgende to punkter i bekendtgørelsen om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens:

- 1) hvad der menes med en fælles hjælperordning
- 2) borgernes frie valg af leverandør

Til fortolkning af spørgsmålene kan Sundheds- og Ældreministeriet anføre følgende:

Fortolkning af hvad der menes med en fælles hjælperordning

Der er tale om en fælles hjælperordning, når hjælp i hjemmet til respirationsbehandling efter § 79, stk. 1, i sundhedsloven og hjælp i hjemmet efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 helt eller delvist kan varetages af de samme personer, og dermed kan tilrettelægges som én ordning til gavn for borgeren og af hensyn til en hensigtsmæssig ressourceanvendelse.

Såfremt en ordning kan karakteriseres som en fælles hjælperordning, omfattes samt-
lige timer i døgnet, som en borger modtager hjælp efter § 79, stk. 1, i sundhedsloven og efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service, af fordelingsnøglen hvis der sker et timemæssigt overlap.

Ministeriet skal henvise til § 4, stk. 3, i *bekendtgørelse nr. 987 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens*. Af bestemmelsen fremgår det, at fordelingen af udgifterne mellem regionalråd og kommunalbestyrelser skal tage udgangspunkt i det "samlede antal timer", som en borger modtager hjælp efter § 79, stk. 1, i sundhedsloven og efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service. Ministeriet skal desuden henvise til afsnit 7.1 i *vejledning nr. 10338 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens*.

Med udgangspunkt i Region Hovedstadens fremførte eksempel, hvor en borger af regionen lægeligt er visiteret til 14 timers respiratorhjælp, og kommunen har visiteret borgeren til en BPA ordning efter servicelovens § 96 i 24 timer, er det ministeriets opfattelse, at regionen skal finansiere 67 % af udgifterne til dækning af de 24 timer.

Fortolkning vedr. borgernes frie valg af leverandør

I forhold til hvorvidt aftaler om fælles hjælperordninger for borgere med respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedslovens § 79, stk. 1, betyder, at borgerens frie valg til hjemmehjælp efter servicelovens §§ 83 og 85 falder væk, kan anføres følgende:

Ad servicelovens § 83:

Modtagere af hjælp efter servicelovens § 83 har mulighed for at vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf den ene kan være kommunal, jf. servicelovens § 91, og mulighed for at vælge selv at udpege en person til at udføre opgaverne, såfremt den udpegede person godkendes af kommunalbestyrelsen, jf. servicelovens § 94. Bestemmelserne i servicelovens §§ 91 og 94 omfatter ikke beboere på plejehjem m.v. Med 2013/1 LSF 164 Lov om ændring af sundhedsloven (*Hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens*) er der ikke ændret ved borgers ret til det frie valg efter disse bestemmelser.


Efter sundhedslovens § 88 b kan regionsrådet aftale med kommunalbestyrelsen i regionen, at en person, som yder hjælp i medfør af servicelovens § 83, også yder respirationsbehandling. Det betyder, at det kan aftales, at personer, der f.eks. yder hjemmehjælp, tillige vil kunne yde hjælp i forhold til respirationsbehandling efter en konkret delegation fra lægen på respirationscentret. I sådanne tilfælde gælder det, at det er de ansvarlige læger på de højt specialiserede respirationscentre, der har det sundhedsfaglige ansvar for den respirationsbehandling, der ydes i borgerens eget hjem, jf. afsnit 4.2.2 i *vejledning nr. 10338 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens*.

Med udgangspunkt i Region Hovedstadens fremførte eksempel i henvendelsen er det på denne baggrund ministeriets opfattelse, at familien fortsat kan vælge at moderen leverer servicelovsydelser som selvudpeget hjælper efter servicelovens § 94, og at respiratorholdet udelukkende leverer respiratorisk behandling. Dette gør sig også gældende i forhold til servicelovens § 91, hvorfor familien også ville kunne vælge, at f.eks. en bestemt privat leverandør leverer servicelovsydelserne, og at respiratorholdet udelukkende leverer respiratorisk behandling.

Ad servicelovens § 85:

Social- og Indenrigsministeriet har oplyst, at borgeren ikke har ret til frit valg af leverandør i forhold til hjælp i form af socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85. Regionsrådet kan derfor, jf. sundhedslovens § 88 b, aftale med kommunalbestyrelsen i regionen, at en person, som yder hjælp i medfør af servicelovens § 85, også yder respirationsbehandling.

Med venlig hilsen



Charlotte Gøthilda Magnéli

Odense Kommune
Ældre- og Handicapforvaltningen
Ørbækvej 100
5220 Odense SØ

sepba@odense.dk

Att.: Sepideh Bashari

Dato: 25. maj 2016
Enhed: Primær Sundhed, Ældrepoli-
litik og Jura
Sagsbeh.: DEPCGM
Sagsnr.: 1605400
Dok nr.: 88280

Vedr. fortolkning af bekendtgørelse nr. 987 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget Odense Kommunes henvendelse af 21. april 2016, hvor der ønskes en fortolkning af, om en aftale indeholdende særlige principper for fordeling af udgifter efter bekendtgørelsens¹ § 3, stk. 2, kan indgås, selvom der ikke indgås en aftale efter bekendtgørelsens § 3, stk. 1.

Sundheds- og Ældreministeriet kan i den forbindelse oplyse følgende:

Af bekendtgørelsens § 1 fremgår det, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå aftale om tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respirationshjælpere efter § 79, stk. 1, i sundhedsloven og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service.

Disse aftaler kan efter bekendtgørelsens § 3, stk. 1, omhandle principper for fordeling af de samlede udgifter til hjælperordninger mellem regionsråd og kommunalbestyrelser i regionen. Aftalerne kan desuden efter § 3, stk. 2, indeholde særlige principper for fordelingen af i forbindelse med (1) opstart af fælles hjælperordning, (2) i den periode, det tager at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandlingen i hjemmet, (3) hvis en borgers indlæggelse på sygehus eller (4) hvis kravene til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 er forskellige.

Det fremgår imidlertid af § 3, stk. 3, at såfremt aftalerne ikke indeholder principper for fordeling af *de samlede udgifter*, finder § 5 anvendelse. Af bestemmelsen fremgår det, at regionsrådet afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger og kommunalbestyrelserne afholder 33 pct. af de samlede udgifter, Det betyder således, at hvis aftaler alene indeholder særlige principper for fordelingen af de i § 3, stk. 2, nævnte udgifter, men ikke for de *samlede udgifter*, da vil fordelingsnøglen i § 5 finde anvendelse.

¹ Nr. 987 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Magnéli', written in a cursive style.

Charlotte Góthilda Magnéli

Odense Kommune
Ældre- og Handicapforvaltningen
Ørbækvej 100
5220 Odense SØ

bmel@odense.dk
lg@odense.dk

Att: Berit Meldgaard Pilsmark og Lasse Grue Larsen

Dato: 20. juni 2016
Enhed: Primær Sundhed, Ældrepoli-
litik og Jura
Sagsbeh.: DEPCGM
Sagsnr.: 1605400
Dok. nr.: 104736

Vedr. fortolkning af vejledning nr. 10338 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

Sundheds- og Ældreministeriet har i forbindelse med besvarelsen af Odense Kommunes henvendelser af 21. april 2016, 26. maj 2016 og 3. juni 2016 modtaget supplerende spørgsmål vedr. fortolkningen af vejledning nr. 10338 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens.

Der spørges:

- Om udgifterne efter servicelovens § 84 (f.eks. ophold i en døgnaflastning) også skal indgå i de samlede udgifter som region og kommune fordeler efter fordelingsnøglen.
- Om det altid er de samlede udgifter region og kommune fordeler – altså uanset hvor meget hjælp region eller kommune yder til henholdsvis respiration og pleje, jf. vejledningens punkt 7.1.

Vedr. fælles hjælpeordninger med hjælp efter § 84 i serviceloven

Regionerne og kommunerne er efter § 1 i bekendtgørelse nr. 987 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens forpligtede til at indgå aftaler om tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respirationshjælpere efter § 79, stk. 1, i sundhedsloven og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service.

De samlede udgifter til fælles hjælpeordninger i hjemmet skal ifølge § 4, stk. 1, i bekendtgørelsen fordeles mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i regionen.

Hvis en sådan aftale ikke indeholder principper for fordeling af de samlede udgifter til fælles hjælpeordninger, som nævnt i bekendtgørelsens § 3, fastsætter § 5, stk. 1, i bekendtgørelsen en central fordelingsnøgle, hvorefter regionsrådet afholder 67 % af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, og kommunalbestyrelserne i regionen afholder 33 % af de samlede udgifter.

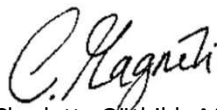
Som det fremgår, omfatter disse regler, herunder den fælles fordelingsnøgle ikke udgifter som følger af hjælp efter § 84, stk. 1, i serviceloven.

Ministeriet kan herudover oplyse, at det er kommunen, der har finansieringsansvaret for hjælp efter servicelovens § 84, stk. 1.

Vedr. fortolkningen af vejledningens punkt 7.1

Af § 4, stk. 3, i bekendtgørelse nr. 987 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens fremgår det, at fordelingen af udgifterne mellem regionalråd og kommunalbestyrelser skal tage udgangspunkt i det "samlede antal timer", som en borger modtager hjælp efter § 79, stk. 1, i sundhedsloven og efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service, ligesom det fremgår af punkt 7.1 i vejledningen. Det er ministeriets opfattelse, at også i de tilfælde, hvor borgeren f.eks. modtager hjælp fra kommunen 24 timer i døgnet og alene hjælp til respirationsbehandling 12 timer i døgnet, skal fordelingen af udgifter tage udgangspunkt i det samlede antal timer i døgnet.

Med venlig hilsen



Charlotte Gøthilda Magnéli

KONTAKT

PARTNER
RASMUS DUUS
E: RAD@BDO.DK
T: 24 29 50 16