



Samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om tilrettelæggelse af opgaver for fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens – november 2016

1. Indledning

Lov nr. 1537 af 27. december 2014 om ændring af sundhedsloven, som Folketinget vedtog den 19. december 2014, vedrører hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens. Lovændringen betyder bl.a., at regionsråd og kommunalbestyrelser er forpligtet til at indgå aftaler om fælles hjælperordninger.

Formålet med reglerne er bl.a. at sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Endvidere er formålet at medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenkles og samlet set reduceres.

Ministeriet for Sundhed og Ældre har vedrørende aftalernes indhold udstedt en bekendtgørelse (nr. 987 af 24. august 2015) og en vejledning (nr.10338 af 24. august 2015).

Det fremgår af regelsættet, at regionen og kommunerne i regionen skal indgå aftale om tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respirationshjælpere efter sundhedslovens § 79, stk.1 og hjælpere efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96. Aftalerne skal omhandle den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger med henblik på at løse opgaven i fællesskab og på en ensartet måde. Dette indebærer, at aftalerne bør omhandle de emner, der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl eller uenighed om.

Aftalerne kan omhandle principper for fordeling af de samlede udgifter til hjælperordninger mellem regionen og kommunerne i regionen. Hvis aftalerne mellem regionen og kommunerne i regionen ikke indeholder principper for fordeling af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, afholder regionen 67 % og kommunerne 33 % af de samlede udgifter.

I ordninger, hvor patienten får respirationshjælp efter sundhedslovens § 79, stk.1 og kommunal hjælp efter servicelovens § 83 og § 85, vil der nogle gange også være visiteret/ordineret kommunal hjælp i henhold til sundhedsloven (f.eks. hjemmesygepleje i form af sondeernæring, sårpleje og medicingivning). Ifølge ordlyden i lovgivningen er sådanne opgaver ikke omfattet af fælles hjælperordninger, men parterne i nærværende aftale er enige om at arbejde for at lade sådanne opgaver indgå i de fælles ordninger til gavn for både patienten og økonomien, i de tilfælde hvor det giver mening og hvor det er muligt.

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen er overordnet enige i en hensigtserklæring om at arbejde for etablering af fælles hjælperordninger, hvor der er tale om overlappende hjælp efter sundhedsloven og efter serviceloven. Herved undgås at flere hjælpere end nødvendigt opholder sig samtidig i borgerens hjem, ligesom der samlet er såvel udgiftsmæssige som administrative fordele for regionen og kommunerne ved fælles ordninger.



På baggrund af ovennævnte regelsæt og hensigtserklæring er udarbejdet denne aftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om tilrettelæggelse af opgaver for borgere med kronisk respirationsinsufficiens.

Aftalen har karakter af en overordnet rammeaftale, der er ens for alle ordninger, der er omfattet af de ovenfor nævnte paragraffer. Aftalen omhandler den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger.

2. Patientgruppe omfattet af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale omhandler forløb, hvor sygehuset har behandlingsansvaret for en borger med kronisk respirationsinsufficiens, og som er tildelt en hjælperordning i hjemmet. Borgerne kan være såvel børn som voksne, og den respiratoriske hjælp kan vedrøre en isoleret lidelse eller vedrøre en del af et omfattende handicap.

Konkret vedrører aftalen regionens og kommunernes administration af fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens, som får hjælp i hjemmet til respirationsbehandling efter sundhedsloven og hjælp efter følgende paragraffer i serviceloven:

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

Det bemærkes, at aftalen også gælder for ordninger, hvor børn har hjælpere til respirationsbehandling efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens § 83 i kraft af henvisningen i servicelovens § 44, se dog nedenfor.

Der er tale om fælles hjælperordninger, når hjælp i hjemmet til 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 en 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.

Når der er tale om en fælles hjælperordning, skal ordningen tilrettelægges ud fra borgerens samlede behov for hjælp, herunder således at de fælles hjælpere varetager både respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven i det omfang, det er muligt.

Respiratorbrugere som samtidigt er bevilget hjælp efter servicelovens § 95 og § 96 har mulighed for selv at vælge leverandør af respiratorhjælpen, jf. afsnit 4 nedenfor.

Respiratorbrugere med hjælp efter servicelovens § 83 og § 85 har ikke samme ret til at vælge leverandør af respiratorhjælpen.



Respiratorbrugere, som samtidig modtager hjælp efter servicelovens § 83, har dog mulighed for frit valg af leverandør af selve servicelovshjælpen (jf. servicelovens § 91) og mulighed for selv at vælge at udpege en person til at udføre opgaverne (jf. servicelovens § 94).

Bestemmelserne i servicelovens §§ 91 og 94 omfatter ikke beboere på plejehjem m.v. Det er ikke endeligt afklaret, hvorvidt servicelovens § 44 alene giver adgang til §§ 83, 84, stk. 2 og 86, eller om børn også har adgang til frit valg af leverandør.

Det bemærkes endvidere, at borgeren ikke har ret til frit valg af leverandør i forhold til hjælp i form af socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85.

Aftalen omfatter ikke fælles hjælperordninger for borgere, som har respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og modtager hjælp efter §§ 42, 84, stk. 1, 97 eller 118 i serviceloven.

3. Ansvarsfordeling og fastsættelse af behovet for hjælp

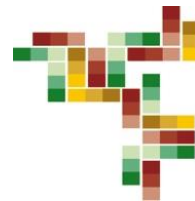
3.1. Regionen/sygehusvæsenet (hospitalsvæsenet)

Sygehusvæsenet har det lægelige ansvar for den respiratoriske behandling, som er en højt specialiseret sygehusfunktion, og er af Sundhedsstyrelsen konkret placeret ved landets tre respirationscentre – for Region Hovedstadens vedkommende Respirations Center Øst (RCØ).

Respirationsbehandling er lægeforbeholdt virksomhed, som kan delegeres til en medhjælp. Uanset respirationshjælpernes ansættelsesforhold er det de ansvarlige læger på de højt specialiserede respirationscentre, der har det sundhedsfaglige ansvar for respirationsbehandling, der ydes i borgerens hjem. Respirationscenteret har pligt til at udvælge, instruere, oplære og føre tilsyn med respirationshjelperne. De ansvarlige læger på respirationscentrene har således et ansvar for at sikre, at de personer, som udfører respirationsbehandling i hjemmet, har de kvalifikationer, der er nødvendige for at udføre opgaven, og er i stand til at følge den skriftlige behandlingsplan, som lægen på respirationscenteret har udarbejdet. Oplæring af nyetablerede hjælperhold kan for Region Hovedstadens vedkommende kun ske på RCØ.

I lægens ordination af respirationsbehandling indgår art, omfang og indhold, herunder hvor mange timer der er behov for, for at varetage alle procedurer i forbindelse med respirationsbehandlingen inkl. overvågning. Alle de procedurer, som hjælperen skal udføre, er beskrevet af den ansvarlige læge i behandlingsplanen samt i RCØ's instruks manual (sidemandsoplæringsprogram og kompetencekompendium) til brug i hjemmet.

Konkret betyder ovenstående, at patienten ikke kan udskrives til hjemmet, før der er etableret faglig forsvarlig overvågning. Sygehusvæsenet har ansvaret for, at borgeren har det korrekte udstyr og for, at de ansatte hjælpere er korrekt instrueret i varetagelsen af den ordinerede respiratoriske behandling og overvågning. Når en borger starter i respiratorbehandling, er det derfor respirationscenterets opgave at fastsætte, hvad der knytter sig til brugen af respiratoren, at udlevere det respiratoriske udstyr og at sikre levering af remedier og artikler til behandlingen i borgerens



hjem. Øvrige hjælpemidler og plejeartikler, der knytter sig til pleje af borgeren, skal leveres af kommunen.

Respirationscenteret fastlægger og kontrollerer den respiratoriske behandling, oplærer hjælpere til overvågningsopgaven og fører tilsyn hermed, og står til rådighed telefonisk døgnet rundt såfremt der opstår spørgsmål i forbindelse med den respiratoriske behandling og overvågning i hjemmet.

Ved rekruttering af nyt personale til respiratorisk overvågning i ordninger, hvor borgeren modtager hjælp efter servicelovens bestemmelser, jf. side 2, skal der lægges vægt på, at de pågældende personer kan løse opgaver og yde hjælp til borgeren efter serviceloven, hvis der er eller senere etableres en fælles hjælperordning.

3.2. Kommunerne

Kommunerne er forpligtede til at yde borgeren personlig pleje og omsorg samt praktisk og personlig bistand. Kommunerne har ansvar for de opgaver, der er socialt relaterede, jf. servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96, såfremt brugeren er berettiget til disse ydelser.

Udmålingen af, hvor meget hjælp efter serviceloven borgeren har behov for til f.eks. personlig og praktisk hjælp i hjemmet, socialpædagogisk bistand eller BPA, foretages af kommunen. Vurderingen skal foretages på baggrund af en konkret, individuel helhedsvurdering af borgerens samlede behov for hjælp som følge af funktionsnedsættelsen, uafhængigt af at borgeren samtidig har behov for respirationsbehandling efter sundhedsloven.

Kommunen har således myndigheden til at fastsætte, hvor mange timer borgeren er berettiget til hjælp, pleje, ledsagelse m.v. Flere fagpersoner skal ofte inddrages med henblik på et dækkende billede af borgerens situation og behov. RCØ kan bidrage hertil i nogen af forløbene.

Kommunerne har tilsynsforpligtelsen i forhold til, at de visiterede ydelser efter serviceloven ydes i henhold til visiteringen og med den fornødne kvalitet. Kommunerne har endvidere tilsynsforpligtelsen for de kommunale ydelser, som er visiteret efter sundhedsloven (f.eks. sondeernæring, sårpleje og medicingivning).

3.3. Dialog

Kommunerne har som led i tilsynsforpligtelsen et ansvar for at sikre, at de personer, som udøver servicelovsopgaver i hjemmet, har de kvalifikationer, der er nødvendige for at udføre opgaven og kan henstille til den pågældende arbejdsgiver for det personale, der yder hjælp efter serviceloven, at sikre de nødvendige faglige kompetencer.

Parterne forpligter sig gensidigt til at orientere hinanden om væsentlige forhold og ændringer, og herunder at arbejde på at få løst opståede udfordringer eller kvalitetsbrist i de enkelte ordninger. Det kan f.eks. være opståede arbejdsmiljøproblemer, hvor borgeren som arbejdsgiver eller arbejdsleder ikke ønsker at følge den instruktion og vejledning om arbejdstidsregler eller tunge løft, som er blevet givet.



Uanset ordningens forankring hos enten region eller kommune forpligter hver part sig til at reagere på oplysninger fra den anden part om, at opgaven ikke løses tilfredsstillende og at søge at tilvejebringe en løsning. Såfremt der ikke kan findes en løsning, må det konkret vurderes, om der fortsat kan være tale om en fælles hjælperordning.

4. Ansættende myndighed/valg af arbejdsgiver og arbejdsmiljø ved hjælp efter sundhedsloven og servicelovens §§ 95 og 96

Der gælder særlige bestemmelser for valg af hjælpere for borgere, som modtager hjælp efter sundhedsloven og servicelovens §§ 95 eller 96. Formålet er at sikre, at en borger får valgfrihed med hensyn til varetagelse af arbejdsgiveropgaver for hjælperordninger, og at borgeren ikke risikerer at få to forskellige hjælperhold i hjemmet samtidig.

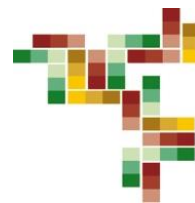
Borgere har således ret til at lade den samme forening eller private virksomhed, der er arbejdsgiver for den hjælper, som udfører hjælp til borgeren efter servicelovens §§ 95 eller 96, være arbejdsgiver for den hjælper, som skal varetage opgaver forbundet med respirationsbehandling.

Borgere, der har arbejdsgiveransvar i ansættelsesretlig betydning over for deres hjælpere efter serviceloven, har desuden ret til at vælge at lade dette arbejdsgiveransvar gælde for hjælpere, der yder respirationsbehandling. Det samme gælder i tilfælde, hvor borgeren har overdraget arbejdsgiveransvaret til en nærtstående, samt i tilfælde, hvor en nærtstående er tilskudsmodtager og arbejdsgiver for hjælperne eller har overdraget arbejdsgiveransvaret til en anden nærtstående. Det bemærkes, at en forening eller privat virksomhed ikke vil kunne oplære deres hjælpere til at varetage respirationsbehandling.

Det er RCØs ansvar, at hjælperne har de nødvendige og tilstrækkelige kompetencer til at udføre behandling og overvågning forsvarligt – herunder at sikre instruktion, udvælgelse og tilsyn i og med disse kompetencer. Det er borgeren, der er ansvarlig for at hjælperne kommer på kursus på RCØ, og at hjælperne ikke tager alenevagter, før de er certificerede.

Borgere, som har mulighed for selv at vælge arbejdsgiver for hjælperordninger, kan få rådgivning og information om disse valgmuligheder ved henvendelse til RCØ eller den kommune, hvor den pågældende er borger. Der henvises i øvrigt til omtalen i afsnit 8 Praktiske foranstaltninger vedrørende tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger.

Reglerne om arbejdsmiljø gælder for arbejde, som udføres på sundhedsområdet, herunder i forbindelse med den hjælp, som udføres efter servicelovens §§ 95 eller 96 og respirationsbehandling efter sundhedsloven. Arbejdsmiljølovgivningen gælder således for fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens. Ifølge arbejdsmiljølovgivningen er det arbejdsgiverens pligt at sikre, at arbejdsmiljøet er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt, hvilket også gælder, når arbejdet udføres i private hjem.



Der kan fås nærmere information om arbejdsgiveransvar og samspil med arbejdsmiljølovgivningen ved henvendelse til den kommune, hvor den pågældende borger har handlekommune. Der henvises til omtalen af kontaktpunkter og hjemmeside i afsnit 8 Praktiske foranstaltninger vedrørende tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger.

5. Fordeling af udgifter

5.1. Fordeling af udgifter

Regionerne har ansvaret for finansiering af hjælp til respirationsbehandling, og kommunerne har ansvaret for finansiering af hjælp efter serviceloven.

Ved fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger er beregningsgrundlaget de samlede udgifter til ordningerne, herunder udgifter til aflønning af hjælperne, udgifter forbundet med arbejdsgiveropgaver, nødvendige omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen, sygefravær, vikardækning, forsikringer, evt. administrationsbidrag m.v.

Såfremt en ordning kan karakteriseres som en fælles hjælperordning omfattes samtlige timer i døgnet, som en borger modtager hjælp efter sundhedsloven og efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i serviceloven, af fordelingsnøglen. Det samlede antal timer i en fælles hjælperordning udgør i praksis maksimalt 24 timer i døgnet - med mindre der er tale om nødvendigt overlap.

Hvis eksempelvis en borger skal have 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 fordelingsnøglen, jf. afsnit 5.2.

Tilsvarende gælder, at hvis eksempelvis en borger skal have respirationsbehandling 12 timer i døgnet og hjælp efter serviceloven 24 timer i døgnet, og hjælpen kan varetages af samme hjælper, skal region og kommune fordele udgifterne til de 24 timer (dvs. hele døgnet) efter fordelingsnøglen, jf. afsnit 5.2.

Et andet eksempel drejer sig om den situation (case D i bilag1), hvor regionen har visiteret hjælp om natten, men ingen hjælp om dagen, og hvor kommunen har visiteret punktvis hjælp i hele døgnet. I denne situation skal udgifterne til samtlige timer, hvor borgeren modtager hjælp efter sundhedsloven og serviceloven, indgå i fordelingsgrundlaget.

Hvis respirationscentret eller en kommune vurderer, at der er behov for mere end en hjælper ad gangen til at varetage bestemte opgaver vedrørende henholdsvis respirationsbehandling eller hjælp efter serviceloven, og udmåler timer til yderligere en hjælper ud over den fælles hjælper, skal udgifterne hertil alene afholdes af regionen, hvis hjælpen er udmålt af respirationscentret, og af kommunen, hvis hjælpen er udmålt af kommunen efter serviceloven.



Det samme gør sig gældende for tilfælde, hvor behovet for en ekstra medarbejder til opgaver udmålt af kommunen opstår som følge af, at opgaven ikke er forenelig med den respiratoriske opgave. I et sådant tilfælde betaler kommunen selv for den ekstra hjælper.

Der henvises i øvrigt til bilag 1 Cases vedrørende visitation og fordeling af udgifter til hjælperordninger, der beskriver forskellige ordninger med henblik på at understøtte forståelsen af aftalen.

5.2.Fordelingsnøgle

Samarbejdsaftalen indebærer, at regionen afholder 67 % af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, og kommunerne afholder 33 % af de samlede udgifter. Fordelingsnøglen finder anvendelse fra det tidspunkt, hvor den fælles hjælperordning etableres, indtil det tidspunkt, hvor den fælles hjælperordning ophører, jf. dog pkt. 9 Ikrafttræden og overgangsordning.

6. Betaling af udgifter til fælles hjælperordninger

Denne samarbejdsaftale fastlægger, at kommunen forestår selve betalingen for ordninger efter §§ 95 og 96, hvor borgeren har valgt at være arbejdsleder/arbejdsgiver for hjælperne, eller kommunen i øvrigt står for ordningen. I øvrige tilfælde varetager regionen selve betalingen.

Den part, der afholder de løbende udgifter, sender elektronisk faktura samt fornøden dokumentation til den medbetalende part. Afregning sker kvartalsvis bagudrettet. Der kan efterfølgende ske korrektioner f.eks. i forbindelse med længerevarende indlæggelser, ophør af behandling og flytning.

7. Særlige problemstillinger

7.1. Eventuel fastholdelse af hjælperteamet i forbindelse med indlæggelse af borgeren

Ved gennemførelsen af behandling på et sygehus, er det sygehuset, der har ansvaret for at vurdere, hvilket personale der er behov for i det enkelte tilfælde.

Særligt ved planlagte eller korterevarende indlæggelser og hvor borgeren forventes udskrevet igen, kan det være en fordel, at det fælles hjælperteam følger med. Dermed undgås, at der skal nyansættes hjælpere ved udskrivning fra sygehus, og der er bedre mulighed for at fastholde et stabilt hjælperteam. Udskrivningen vil heller ikke blive forsinket af, at der skal nyansættes og uddannes hjælpere.

Kommunerne og regionen er derfor enige om, at det er en fordel for både borger, hjælperhold, regionen og kommunen at hjælperteamet følger med ved indlæggelse på hospital. Når borgeren er indlagt på hospitalet, afholder regionen hele udgiften til hjælperholdet. Der er fælles udgiftsfordeling til og med indlæggelsesdagen og fra og med udskrivningsdagen, uanset på hvilket tidspunkt på dagen borgeren indlægges eller udskrives. Såfremt borgeren eksempelvis indlægges den 22. marts og udskrives den 27. marts, er der fælles udgiftsfordeling til og med den 22. marts og igen fra og med den 27. marts, således at regionen betaler hele hjælperholdet fra den 23. marts til og med den 26. marts.



Ansvar for behandlingen under indlæggelse er hospitalets, hvilket også gælder de opgaver, som et evt. medfølgende hjælpeteam udfører. Hjælpeteamets opgaver kan ikke udvides til andre patienter eller i forhold til, hvad der er fastlagt i relation til den pågældende borger.

7.2. Brugen af vikarer

7.2.1. Respirationsbrugerne forestår selv ordningerne

Hvor borgeren er arbejdsleder/arbejdsgiver for hjælperne, er der ikke via denne aftale adgang til at rekvirere vikarer.

Da det er kommunerne, der varetager kontakten til borgerne i de tilfælde, hvor borgerne forestår hjælperordningen, bør den pågældende kommune indtil videre være kontaktpunkt, hvis der er fravær blandt de faste respirationshjælpere.

Der henvises i øvrigt til bilag 2, hvor der peges på forskellige muligheder for at håndtere problemstillinger, hvis der er fravær blandt de faste respirationshjælpere.

7.2.2. Respirationsbrugerne omfattet af Region Hovedstadens rammeaftaler

I de rammeaftaler Region Hovedstaden har indgået, er det en del af aftalen, at det pågældende firma har forsyningsforpligtelse og i relation hertil skal sørge for kompetente vikarer i tilfælde af fravær af de faste hjælpere.

Hvis der bliver brug for en vikar, som ikke er en del af hjælperholdet, skal hjælperbureauet forsøge at finde en vikar fra deres vikarkorps, som udover at kunne de respiratoriske opgaver også er i stand til at varetage de kommunale opgaver. Hvis det ikke er muligt for hjælperbureauet at finde en sådan vikar, skal det kontakte kommunen, som herefter sender en af deres vikarer til at udføre de kommunale opgaver. I sådanne tilfælde indgår udgiften til vikardækningen i den fælles finansieringsnøgle.

7.3. Ferie

Der er ikke hjemmel til at regionen afholder merudgifter, såfremt en borger tager hjælper med på et ophold uden for hjemmet og evt. til udlandet i forbindelse med ferieophold. Hvis borgeren ønsker at tage sin respirationshjælp med på ferie, vil respirationscentret i givet fald skulle foretage en individuel og konkret vurdering af, om respirationsbehandlingen kan foregå fagligt forsvarligt under ferieophold og uden at påføre regionen øgede udgifter.

Kommunen kan, afhængig af efter hvilken bestemmelse der ydes hjælp, dække ydelser efter serviceloven ved ferier og lignende. Eventuel ansøgning om hjælp rettes derfor til kommunen.

7.4. Flytning over kommune- eller regionsgrænse

Når en borger flytter til en anden kommune og eventuelt en anden region bør myndighederne i samarbejde med borgeren sikre en smidig overflytning og koordinering af fælles hjælperordninger.



Ved flytning til en anden region har den nye bopælsregion pligt til at yde hjælp til respirationsbehandling.

Der er ikke i denne aftale fastlagt nærmere bestemmelser i forbindelse med flytning over kommune- eller regionsgrænse, idet dette forudsættes håndteret konkret i de enkelte tilfælde under hensyn til, at der sikres en smidig overflytning og koordinering af den fælles hjælperordning.

Kommunen skal i forbindelse med borgere, der har ordninger efter servicelovens § 95 om kontant tilskud til ansættelse af hjælpere eller § 96 om BPA, være opmærksom på, at borgerens hidtidige opholdskommune har pligt til at fortsætte den kommunale udbetaling af tilskud ved flytning over kommunegrænse, indtil den nye opholdskommune har truffet afgørelse om tilskud. Den hidtidige opholdskommune har i disse tilfælde ret til refusion.

Kommunen skal endvidere i forbindelse med flytning være opmærksom på retssikkerhedslovens bestemmelser om opholdskommune og mellemkommunal refusion.

8. Praktiske foranstaltninger vedrørende tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, herunder informationsforpligtelsen

Dette afsnit beskriver nogle praktiske foranstaltninger vedrørende tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger.

8.1. Overgang til BPA-ordning

Alle brugere med en BPA-bevilling indkaldes til individuelt informationsmøde på RCØ, hvor de særlige forudsætninger som gør sig gældende i respirationsordninger præsenteres, jf. arbejdsgiver/-leder ansvar. Dette indledende møde afholdes for at sikre, at brugerne er bredt orienteret om deres valg og nye ansvar som arbejdsleder/-giver, inden den kommunale forankring realiseres.

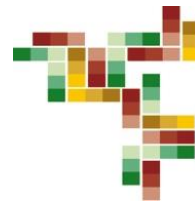
Tilsvarende indkaldes hjemkommunen til det efterfølgende møde med bruger og RCØ med henblik på afklaring af, hvilke opgaver der er henholdsvis arbejdsleder og arbejdsgiver relateret. På dette møde indgås samarbejdsaftale mellem bruger og RCØ med henblik på sikring af behandling og delegationen i hjemmet.

Endvidere ydes der til enhver tid af RCØ vejledning af brugere, som ønsker enten at realisere en BPA-ordning eller at søge en sådan i relation til deres respiratoriske behandling.

8.2. Kommunens visitering/udmåling af opgaver

Når den respiratoriske hjælper skal udføre opgaver efter servicelovens bestemmelser, skal RCØ forinden vurdere, om disse opgaver er forenelige med den respiratoriske overvågning og behandling.

Det er kommunen, som i det konkrete tilfælde udmåler eller visiterer opgaver efter serviceloven til den enkelte respirationsbruger. Denne udmåling eller visitation kaldes noget forskelligt i de enkelte kommuner. I denne aftale benyttes ordet ”opgavebeskrivelse”, således at det dækker over alle de



forskellige måder, man i kommunerne beskriver de opgaver, som man har vurderet, der skal udføres efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 til den enkelte respirationsbruger. Dette sker typisk i form af en leverandørmeddelelse.

For så vidt angår §§ 83 og 85:

Opgavebeskrivelsen skal sendes til RHO, som hurtigst muligt foranlediger, at RCØ tager stilling til foreneligheden. Hvis det er foreneligt, udarbejder RHO en aftale mellem RHO og kommunen om de konkrete opgaver. Opgavebeskrivelsen skal endvidere forefindes i hjemmet tilgængelig for alle hjælpere, således at hjælperne og borgeren er klar over, hvilke opgaver der forventes varetaget af den fælles hjælper. Herunder skal der i hjemmet foreligge en beskrivelse af, hvordan de enkelte opgaver skal udføres. Det er kommunens ansvar at instruere hjælperne i de kommunale opgaver. Sker der ændringer i kommunens visitering/udmåling, skal ændringerne sendes til RHO, som hurtigst muligt foranlediger RCØs forenelighedsgodkendelse samt evt. ændring i aftalen, og kommunen sørger for at opgavebeskrivelserne i borgerens hjem rettes i overensstemmelse hermed.

Kommunen skal foretage instruktion af hjælperne i disse nye opgaver/ændringer. Det er kommunen, der fører tilsyn med de kommunalt visiterede opgaver – jf. afsnit 3.2. og 3.3.

For så vidt angår §§ 95 og 96:

Efter servicelovens § 96 er det borgeren, som tilrettelægger arbejdsopgaverne, og ved hjælp efter § 95 er det borgeren eller en pårørende, som har denne opgave. For at sikre de kommunale opgavers forenelighed med de respiratoriske opgaver, skal kommunen foranledige, at borgeren indsender en opgavebeskrivelse. Kommunen skal i dialogen med borgeren omkring tildeling af § 95 og § 96 oplyse om vigtigheden og nødvendigheden af en opgavebeskrivelse. Opgavebeskrivelsen (og eventuelle senere ændringer) sendes af borgeren til RHO, der hurtigst muligt foranlediger, at RCØ godkender mht. foreneligheden. Kommunen skal præcisere overfor borgeren, at borgeren skal instruere hjælperne i de kommunale opgaver samt ændringer heri.

8.3. Kontaktpunkter

RCØ (Respirations Center Øst), Rigshospitalet:

Mailadresse: rcoekstern.rigshospitalet@regionh.dk

Telefon: 38 63 38 62

RHO (Regionsfunktionen for hjemmerespiratorordninger i Region Hovedstaden), Rigshospitalet, Neurocentret, opgang 8 st., Nordre Ringvej 57, 2600 Glostrup:

Mailadresse: rho.rigshospitalet@regionh.dk

Telefon: 38 63 21 16 eller 38 63 49 77

9. Ikrafttræden, overgangsordning samt spørgsmål under afklaring

Bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens trådte i kraft den 31. august 2015. Det er i vejledningen præciseret, at



fordelingsnøglen gælder fra bekendtgørelsens ikrafttræden den 31. august 2015 både for ordninger, som var etableret inden bekendtgørelsens ikrafttræden, og for ordninger, som indgås efter bekendtgørelsens ikrafttræden.

Da det først har været muligt at udarbejde denne aftale i 2016, er det aftalt mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen, at aftalen anvendes fra den 1. januar 2016. Dette indebærer bl.a., at den centralt fastsatte fordelingsnøgle – jf. afsnit 5 - finder anvendelse fra dette tidspunkt på samtlige ordninger. I 2016 afregnes der indtil aftalens godkendelse a conto for de enkelte ordninger, som det er gjort i 2015. Efter godkendelse af aftalen foretages der en efterregulering med virkning fra den 1. januar 2016.

For nye ordninger, der er etableret fra den 31. august 2015, finder den i pkt. 5.2. fastsatte fordelingsnøgle anvendelse fra etableringstidspunktet for den pågældende ordning.

Det bemærkes, at hovedstadsregionens kommuner har rettet henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet vedrørende nogle spørgsmål om frit valg for borgere med fælles hjælperordninger. Når en afgørelse foreligger, indarbejdes evt. konsekvenser i aftalen.

10. Evaluering og opsigelse

Denne aftale kan justeres efter gensidig aftale mellem parterne og kan opsiges med et års varsel af hver af parterne.

Det bemærkes i øvrigt, at ministeriets regler om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens, herunder reglerne om fordeling af udgifter mellem regioner og kommuner, skal evalueres efter 2 år, dvs. i 2017.

Når ministeriets evaluering foreligger, foretages der en evaluering af den nu udarbejdede samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Evalueringen foretages af den arbejdsgruppe, der har udarbejdet den nu foreliggende aftale.

BILAG

Bilag 1: Cases vedrørende visitation og fordeling af udgifter til hjælperordninger

Bilag 2: Hjælperholds funktion ved fravær i de ordninger, hvor borgeren er arbejdsleder/arbejdsgiver for respirationshjelperne

Bilag 3: Bekendtgørelse om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

Bilag 4: Vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens



Bilag 1

Cases vedr. visitation og fordeling af udgifter til hjælperordninger

Nedenstående vises fem forskellige cases om visitation samt fordeling af udgifter til hjælperordninger mellem region og kommuner.

Døgnet 24 timer er til illustration opdelt i nat og dag med hver 12 timer

Signatur

Region

Kommune

Cases:

A Regionen har visiteret hjælp om natten, men ingen hjælp om dagen. Kommunen har visiteret hjælp om dagen, men ingen hjælp om natten.

Om natten varetager respiratorhjælperen alene de regionale opgaver iht. sundhedsloven. Om dagen varetager den kommunale hjælper alene de kommunale opgaver iht. service- og sundhedslovgivningen.

Der er ikke tale om en fælles hjælperordning iht. bekendtgørelsen, og der fordeles ingen udgifter mellem region og kommune.

Region

Kommune

B Region og kommune har visiteret hjælp i hele døgnet

Respiratorhjælperen varetager de regionale og kommunale opgaver iht. sundheds- og servicelovgivningen hele døgnet. Der er tale om en fælles hjælperordning i hele døgnet iht. bekendtgørelsen. Og udgifterne til respiratorhjælpen fordeles mellem region og kommune med 67/33.

Region

Kommune

NAT		DAG	

C Regionen har visiteret hjælp om natten, men ingen hjælp om dagen. Kommunen har visiteret hjælp i hele døgnet.

Om natten varetager respiratorhjælperen de regionale og kommunale opgaver iht. sundheds- og servicelovgivningen. De kommunale opgaver er kontinuerlige i løbet af døgnet.

Der er tale om en fælles hjælperordning i hele døgnet iht. bekendtgørelsen, idet samme hjælper kan varetage opgaver iht. sundheds- og servicelovgivningen. Og samtlige udgifter til hjælp efter sundhedsloven og serviceloven fordeles mellem region og kommune med 67/33.



	NAT	DAG
Region		
Kommune		

D Regionen har visiteret hjælp om natten, men ingen hjælp om dagen. Kommunen har visiteret punktvis hjælp i hele døgnet.

Om natten varetager respiratorhjælperen de regionale og kommunale opgaver iht. sundheds- og servicelovgivningen. De kommunale opgaver gives punktvis i løbet af døgnet.

Der er tale om en fælles hjælperordning i samtlige af de timer i døgnet, hvor der ydes respirationshjælp og/eller hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96, hvis der på et tidspunkt i døgnet er overlap i ydelserne. I den konkrete case indebærer det, at alle udgifter forbundet med ordningen skal indgå i fordelingen mellem region og kommune, herunder også de udgifter som kommunen har til hjemmeplejeordningen i dagtimerne.

	NAT	DAG
Region		
Kommune		

E Regionen har visiteret hjælp i hele døgnet. Kommunen har alene visiteret hjælp om dagen.

Om natten varetager respiratorhjælperen alene regionale opgaver iht. sundhedsloven. Om dagen varetager respiratorhjælperen både de regionale og kommunale opgaver iht. sundheds- og servicelovgivningen. De kommunale opgaver er kontinuerlige i løbet af dagen.

Der er tale om en fælles hjælperordning i hele døgnet iht. bekendtgørelsen, idet samme hjælper kan varetage de regionale og kommunale opgaver iht. sundheds- og servicelovgivningen. Og udgifterne til hjælpen efter sundhedsloven og serviceloven fordeles mellem region og kommune med 67/33.

	NAT	DAG
Region		
Kommune		



Bilag 2

Hjælperholds funktion ved fravær i de ordninger, hvor borgeren er arbejdsleder/arbejdsgiver for respirationshjælperne

Hvor borgeren er arbejdsleder/arbejdsgiver for respirationshjælperne, er der ikke via samarbejdsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen adgang til at rekvirere vikarer.

De problemer, der kan opstå i tilfælde af sygdom eller andet fravær blandt hjælperne i de ordninger, hvor borgeren er arbejdsleder/arbejdsgiver for respirationshjælperne, må derfor løses på anden vis end gennem den rekvirering af vikarer, der er etableret for respirationsbrugerne omfattet af regionens rammeaftaler med private firmaer.

Det er væsentligt, at der er opmærksomhed på denne problemstilling, dels af hensyn til behandlingen af borgeren, men også for at udgå indlæggelse af borgeren på hospital.

Grundlæggende kan der peges på, at jo større hjælperhold der etableres, jo større sikkerhed er der for, at opgaverne kan løses i tilfælde af fravær blandt hjælperne. Ulempen ved store hjælperhold er, at der kommer mange hjælpere i hjemmet, hvilket kan skabe gener for borgeren. Der skal derfor naturligvis ske en afvejning af fordele og ulemper i forbindelse med de enkelte hensyn.

Erfaringen viser, at hold på 6-8 hjælpere giver en betydelig robusthed ved fravær blandt hjælperne. Det er derfor vigtigt, at alle parter ved etableringen af en respirationsordning nøje overvejer størrelsen af hjælperteamet ud fra et robusthedskriterium.

Med hensyn til muligheden for vikardækning skal peges på, at kommunen bør overveje at forhandle en aftale på plads med private bureauer om at kunne træde til i tilfælde af fravær blandt hjælperne – f.eks. hvis disse bureauer i forvejen anvendes af kommunen.

Da en række kommuner har relativt få ordninger, hvor borgeren er arbejdsleder/arbejdsgiver for respirationshjælperne, kan der være en fordel ved at flere kommuner går sammen om at indgå en aftale med private bureauer om at kunne træde til i tilfælde af fravær blandt hjælperne. Ved at flere kommuner går sammen er der mulighed for at opnå en mere fordelagtig pris, samlet administrative fordele samt en større robusthed i vikarordningen.

Såvel hvis der er tale om at den enkelte kommuner indgår aftale, eller flere kommuner indgår en samlet aftale/samlede aftaler, skal man være opmærksom på, at hjælperne skal være certificerede til at yde respirationshjælp, og man bør derfor inden aftale indgås drøfte denne problemstilling med RCØ.



Bekendtgørelse om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

I medfør af § 205 d, stk. 2 og § 240 a, stk. 3, i sundhedsloven jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014 som ændret ved lov nr. 1537 af 27. december 2014, og efter forhandling med social- og indenrigsministeren fastsættes:

Kapitel 1

Aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser

§ 1. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår 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 jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Aftalerne skal i hovedtræk være enslydende for alle kommunalbestyrelser i regionen.

Stk. 3. Aftalerne omhandler ikke sundhedsfaglig behandling.

§ 2. Aftalerne nævnt i § 1 skal omhandle den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, herunder om regionsråd eller kommunalbestyrelserne i regionen varetager betalingen af udgifterne til hjælperordningerne.

§ 3. Aftalerne nævnt i § 1 kan omhandle principper for fordeling af de samlede udgifter til hjælperordninger mellem regionsråd og kommunalbestyrelser i regionen, jf. § 4.

Stk. 2. Aftalerne kan endvidere indeholde særlige principper for fordeling af udgifter

- 1) ved opstart af fælles hjælperordning,
- 2) i den periode det tager at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandling i hjemmet,
- 3) hvis borgeren bliver indlagt på sygehus eller
- 4) hvis kravene til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 er forskellige.

Stk. 3. Hvis aftalerne ikke indeholder principper for fordeling af de samlede udgifter finder § 5 anvendelse.

Kapitel 2

Fordeling af udgifter mellem regionsråd og kommunalbestyrelser

Generelt om fordeling af udgifter mellem regionsråd og kommunalbestyrelser

§ 4. De samlede udgifter til fælles hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respirationshjælpere efter § 79, stk. 1 i sundhedsloven og hjælp

efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service, skal fordeles mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i regionen.

Stk. 2. Fordeling af udgifterne skal ske under hensyntagen til, at udgifter til respirationshjælpere samlet set finansieres af regionsrådet, og udgifter til hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 samlet set finansieres af kommunalbestyrelserne.

Stk. 3. Fordeling af udgifterne skal tage udgangspunkt i det samlede antal timer, som en borger modtager hjælp efter de i stk. 1, nævnte bestemmelser.

*Centralt fastsat fordeling af udgifter mellem regionsråd
og kommunalbestyrelser*

§ 5. Hvis aftalerne mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i regionen ikke indeholder principper for fordeling af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, jf. § 3, afholder regionsrådet 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, og kommunalbestyrelserne i regionen afholder 33 pct. af de samlede udgifter.

Kapitel 3

Ikrafttræden

§ 6. Bekendtgørelsen træder i kraft den 31. august 2015.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 24. august 2015

Sophie Løhde

/ Tove Laursen



Vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

1. Indledning

Denne vejledning indeholder retningslinjer for regioners og kommuners administration af fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens, som får hjælp i hjemmet til respirationsbehandling efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96. Vejledningen skal bidrage til at understøtte, at regioner og kommuner tilrettelægger varetagelsen af fælles hjælperordninger på en hensigtsmæssig måde. Vejledningen indeholder endvidere vejledning til borgere om muligheden for at vælge arbejdsgiver for hjælperne i fælles hjælperordninger.

Der er tale om fælles hjælperordninger, når hjælp i hjemmet til 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.

I 2014 vedtog Folketinget nye regler om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens.¹ Formålet med reglerne er bl.a. at sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Endvidere er formålet at medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenkles og samlet set reduceres.

Reglerne indebærer bl.a., at borgeren får større frihed til at vælge arbejdsgiver for visse hjælperordninger, ligesom reglerne indebærer en forpligtelse for regioner og kommuner til at aftale, hvordan de fælles hjælperordninger skal tilrettelægges. Sundheds- og Ældreministeriet har efter forhandling med Social- og Indenrigsministeriet fastsat regler for indholdet af disse aftaler. For de tilfælde, hvor aftalerne mellem region og kommuner ikke indeholder principper for fordeling af udgifter til hjælperordningerne, er der endvidere fastsat regler om fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger².

Når der er tale om en fælles hjælperordning, skal ordningen tilrettelægges ud fra borgerens samlede behov for hjælp, herunder således at de fælles hjælpere vareta-

¹ Jf. lov nr. 1537 af 27. december 2014 om ændring af sundhedsloven. Loven er vedtaget på baggrund af lovforslag L 57, fremsat 6. november 2014 (forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens)).

² Bekendtgørelse nr. [XX af xx]. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens.

ger 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.

De nye regler ændrer ikke på, at myndighedsansvaret for respirationsbehandling, herunder det faglige ansvar, fortsat er hos regionerne, og kommunerne har fortsat myndighedsansvaret for at yde hjælp efter serviceloven og føre tilsyn med denne hjælp.

På samme måde fastholdes finansieringsansvaret, så regionerne fortsat har finansieringsansvaret for respirationsbehandlingen, mens kommunen har finansieringsansvaret for hjælp efter serviceloven.

Vejledningen erstatter Vejledning nr. 105 af 21. december 2011 om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance.

2. Respirationsbehandling i hjemmet

Respirationsbehandling, herunder diagnostik, efterbehandling og behandling i hjemmet er en højt specialiseret sygehusfunktion, som varetages af respirationscentrene i henhold til Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende specialevejledning i anæstesiologi. Principperne for den sundhedsfaglige tilrettelæggelse af respirationsbehandling i hjemmet er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk respirationsinsufficiens fra 2012³.

Respirationsbehandling er lægeforbeholdt virksomhed, som kan delegeres til en medhjælp, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af medhjælp⁴. Uanset respirationshjælpernes ansættelsesforhold er det de ansvarlige læger på de højt specialiserede respirationscentre, der har det sundhedsfaglige ansvar for respirationsbehandling, der ydes i borgerens eget hjem. Det vil sige, at hjælperen udfører den lægeordnede behandling på konkret delegation fra den ansvarlige læge på respirationscentret.

Respirationscentret har pligt til at udvælge, instruere og føre tilsyn med respirationshjelperne. I den forbindelse har de ansvarlige læger på respirationscentrene et ansvar for at sikre, at de personer, som udøver respirationsbehandling i hjemmet, har de kvalifikationer, der er nødvendige for at udføre opgaven, og er i stand til at følge den skriftlige instruks, som lægen på respirationscenteret har udarbejdet. Det betyder blandt andet, at de ansvarlige læger på respirationscentrene kan vurdere, at en person ikke er egnet til at varetage respirationsbehandlingen. Oplæring af nyetablerede hjælperhold kan kun ske på et respirationscenter.

3. Hjælperordninger efter serviceloven

Der er følgende ordninger efter serviceloven, som typisk gives til borgere, som får respirationsbehandling i eget hjem:

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

³ Kronisk respirationsinsufficiens som følge af neuromuskulære lidelser, thoraxdeformiteter m.v. - tilrettelæggelse af behandling, Sundhedsstyrelsen 2012.

⁴ Bekendtgørelse nr. 1219 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

- § 96: Borgerstyret personlig assistance (BPA)

Disse ordninger beskrives i overordnede linjer i det følgende, idet der indledes med BPA.

§ 96: Borgerstyret personlig assistance (BPA).

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

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

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

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

Serviceovens § 95, stk. 2 giver borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for personlig hjælp og pleje og for støtte til løsning af nødvendige praktiske opgaver i hjemmet i mere end 20 timer ugentligt, mulighed for at vælge at få udbetalt et kontant tilskud til hjælp, som den pågældende selv antager.

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

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

Kommunen skal efter serviceovens § 83 tilbyde personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice, til borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Kommunen har det overordnede ansvar for denne hjælp.

§ 85: Socialpædagogisk bistand

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

For en nærmere beskrivelse af de nævnte ordninger henvises til Social- og Indenrigsministeriets vejledningsserie til serviceloven, hvor servicelovens §§ 83 og 85 er beskrevet i vejledning nr. 2 til serviceloven, mens servicelovens §§ 95 og 96 er beskrevet i vejledning nr. 7 til serviceloven.

4. Valg af arbejdsgiver for fælles hjælperordninger

4.1 Valg af arbejdsgiver efter serviceloven

Borgere, som modtager kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter servicelovens § 95 eller borgerstyret personlig assistance efter servicelovens § 96, kan vælge selv at være arbejdsgiver for hjælperne, eller de kan vælge at overføre tilskuddet til en nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, der herefter er arbejdsgiver for hjælperne.

Det bemærkes, at hjælpen efter § 95, stk. 3, i serviceloven ydes som et tilskud til en nærtstående til den borger, som har behov for hjælpere. Den nærtstående kan ligeledes vælge selv at være arbejdsgiver for borgerens hjælpere eller overføre tilskuddet til en anden nærtstående, en forening eller en privat virksomhed, der herefter er arbejdsgiver for hjælperne.

4.2 Valg af arbejdsgiver for hjælpere der udfører respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven

Borgere, som modtager hjælp til respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven, og som ikke samtidig modtager hjælp efter servicelovens §§ 95 eller 96, jf. nærmere afsnit 4.2.1 og 4.2.2., har ikke efter sundhedsloven ret til at vælge, hvem der skal være arbejdsgiver for hjælperne.

4.2.1 Borgere med hjælp efter servicelovens §§ 95 eller 96

Med henblik på at sikre, at borgeren får en væsentlig valgfrihed med hensyn til, hvem der skal varetage arbejdsgiveransvaret for hjælperordningen, og at borgeren ikke skal have to forskellige hjælperhold i hjemmet samtidig, har borgere, som både modtager respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter § 95, stk. 1 eller 2, eller § 96 i serviceloven, mulighed for at vælge, at arbejdsgiveransvaret for respirationshjelperne skal varetages af den forening eller private virksomhed, som borgeren har valgt som arbejdsgiver for hjælperne efter servicelovens §§ 95 eller 96, jf. sundhedslovens § 88 a, stk. 1.

Tilsvarende får en nærtstående, som er tilskudsmodtager i medfør af § 95, stk. 3, i serviceloven, ret til at få hjælpere til respirationsbehandling i hjemmet fra den samme forening eller private virksomhed, som den nærtstående har valgt til at varetage arbejdsgiveransvaret for hjælperne efter serviceloven, jf. sundhedslovens § 88 a, stk. 1.

Det bemærkes, at en forening eller privat virksomhed ikke kan pålægges at oplære deres hjælpere til at varetage respirationsbehandling. Det er respirationscentrenes

ansvar, at hjælperne har de nødvendige og tilstrækkelige kompetencer til at udføre behandlingen forsvarligt.

Borgere, som er tildelt hjælp efter servicelovens § 95, stk. 1 eller 2, eller § 96, og som er arbejdsgiver for sådanne hjælpere, får ret til også at være arbejdsgiver for hjælperne til respirationsbehandling, jf. § 88 a, stk. 2, i sundhedsloven. Det samme gælder i de tilfælde, hvor en nærtstående fungerer som arbejdsgiver for hjælperne.

På samme måde kan en borger, som efter servicelovens §§ 95 eller 96 har overdraget arbejdsgiveransvaret til en nærtstående, vælge at den nærtstående også skal være arbejdsgiver for hjælperne til respirationsbehandling, jf. § 88 a, stk. 3, i sundhedsloven. Tilsvarende gælder i tilfælde, hvor en nærtstående, som er tilskudsmodtager i medfør af servicelovens § 95, stk. 3, har overdraget arbejdsgiveransvaret til en anden nærtstående.

Regioner og kommuner bør sikre, at borgere, som har mulighed for selv at vælge arbejdsgiver for hjælperordninger, jf. ovenfor, får tilstrækkelig rådgivning og information om disse valgmuligheder, f.eks. gennem informationer på relevante hjemmesider og ved oprettelse af kontaktpunkter for borgere i region og/eller kommune.

4.2.2 Borgere med anden hjælp efter serviceloven

Borgere, som får respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens § 42 (dækning af tabt arbejdsfortjeneste), § 83 (personlig og praktisk hjælp i hjemmet - hjemmehjælp), § 84, stk. 1, (afløsning eller aflastning), § 85 (socialpædagogisk bistand), § 97 (ledsagelse) eller § 118 (pasning af nærtstående) har ikke samme ret til selv at vælge arbejdsgiver for hjælperne.

Regionen kan dog i disse tilfælde aftale med kommunerne i regionen, at en person, som yder hjælp til borgeren efter serviceloven, også kan varetage respirationsbehandlingen i hjemmet. Det kan således aftales, at personer, der f.eks. yder hjemmehjælp, tillige vil kunne yde hjælp til respirationsbehandling efter konkret delegation fra lægen på respirationscentret. Også i disse 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.

4.3. Arbejdsgiveransvar og samspil med arbejdsmiljølovgivningen

4.3.1 Arbejdsgiver og arbejdsleder

Hvis arbejdsgiveropgaven overdrages til en nærtstående, en forening eller privat virksomhed, jf. nærmere ovenfor, indebærer dette, at den nærtstående, foreningen eller den private virksomhed varetager de praktiske og juridiske arbejdsgiveropgaver i de fælles ordninger, herunder ansætter hjælpere og varetager lønudbetaling mv.

Borgeren eller en nærtstående fungerer som arbejdsleder for hjælperne og udvælger i samarbejde med den nærtstående, foreningen eller den private virksomhed de nødvendige hjælpere – herunder vikarer - til ansættelse i hjælperordningen.

Dette ændrer imidlertid ikke ved, at kommunen i alle tilfælde har ansvaret for, at borgeren får den nødvendige hjælp efter serviceloven, ligesom regionen har ansvaret for, at borgeren får den nødvendige behandling efter sundhedsloven.

4.3.2 Arbejdsmiljø

Arbejdsmiljø reguleres i arbejdsmiljølovgivningen, som hører under Beskæftigelsesministeriet. Reglerne om arbejdsmiljø gælder også for arbejde, som udføres på sundhedsområdet, herunder i forbindelse med den hjælp, som udføres efter servicelovens §§ 95 eller 96 og respirationsbehandling efter sundhedsloven. Arbejdsmiljølovgivningen gælder således uændret for fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens.

Ifølge arbejdsmiljølovgivningen er det arbejdsgiverens pligt at sikre, at arbejdsmiljøet er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. Det gælder også, når arbejdet udføres i private hjem.

Muligheden for, at borgeren (eller den nærtstående) kan vælge, at den, som er arbejdsgiver for hjælpere efter servicelovens §§ 95 eller 96, også skal være arbejdsgiver for respirationshjelperne, ændrer ikke på sondringen mellem pligter og rettigheder for arbejdsleder og arbejdsgiver efter arbejdsmiljøloven.

Er borgeren selv arbejdsgiver for sine hjælpere og består hjælperens arbejde helt eller delvist i pleje af professionel karakter (f.eks. overvågning eller respiratorisk behandling), gælder alle reglerne i arbejdsmiljølovgivningen.

Når tilskuddet efter servicelovens §§ 95 eller 96 er overført til en nærtstående, forening eller en privat virksomhed, er det den nærtstående, foreningen eller den private virksomhed, der som udgangspunkt er arbejdsgiver efter arbejdsmiljøloven. Det indebærer bl.a. en pligt til at sørge for at udarbejde en arbejdspladsvurdering og at sørge for, at reglerne om hvileperiode og fridøgn, arbejdsstedets indretning og arbejdets udførelse efterleves.

I forhold til dækning af omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen henvises til § 7 i bekendtgørelse om udmåling af tilskud til borgerstyret personlig assistance efter serviceloven, hvorefter kommunen i ordninger med hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 skal dække nødvendige omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen.

Det er en grundlæggende betingelse for den hjælp, der ydes efter servicelovens §§ 95 eller 96, at borgeren (eller den nærtstående) er arbejdsleder for sine hjælpere. Det betyder også, at borgeren (eller den nærtstående) har den ansættelsesretlige instruktionsbeføjelse.

Efter arbejdsmiljøloven er en arbejdsleder en ansat, hvis arbejdet udelukkende eller i det væsentlige består i - på arbejdsgiverens vegne - at lede eller føre tilsyn med arbejdet i en virksomhed eller i en del af virksomheden.

At foreningen eller den private virksomhed ikke i praksis kender til de konkrete arbejdsforhold for hjælperne hos borgeren medfører ikke, at borgeren bliver ansvarlig for hjælpernes arbejdsmiljø. Derfor er der behov for løbende samarbejde med borgeren om hjælpernes arbejdsmiljø. Efter arbejdsmiljølovgivningen kan arbejdsgiveren, dvs. den nærtstående, foreningen eller den private virksomhed, ikke ved aftale overdrage sit ansvar for hjælpernes arbejdsmiljø.

At borgeren (eller den nærtstående) har til opgave at planlægge det daglige arbejde for de ansatte, betyder ikke, at borgeren (eller den nærtstående) overtager ansvaret for, at arbejdet udføres i overensstemmelse med arbejdsmiljøreglerne. Den nærtstående, foreningen eller den private virksomhed kan som arbejdsgivere delegere opgaven med at instruere og kontrollere, at arbejdet udføres arbejdsmiljømæssigt forsvarligt, til borgeren (eller den nærtstående) som arbejdsleder, men arbejdsgiveren kan ikke aftale med borgeren (eller den nærtstående), at ansvaret for arbejdsmiljøet overdrages.

Borgeren (eller den nærtstående) skal naturligvis planlægge det daglige arbejde og instruere herom i overensstemmelse med lovgivningen – det gælder også arbejdsmiljølovgivningen.

Endvidere skal kommunen i tilfælde af instruktioner i strid med arbejdsmiljøloven foretage en helhedsvurdering af, om borgeren (eller den nærtstående) er i stand til at varetage arbejdslederopgaven (eller arbejdsgiveropgaven). Kommunen kan sætte ind med en støttende indsats, inden det overvejes, om borgeren skal have hjælp efter andre bestemmelser i serviceloven end §§ 95 eller 96. Det skal bemærkes, at Arbejdstilsynet – og ikke kommunen – er kompetent myndighed til at afgøre, om arbejdsmiljølovgivningen er overholdt.

5. Aftaler mellem region og kommuner om tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger

5.1. Respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96

Regionen og kommunerne i regionen er forpligtet til at indgå aftale om fælles hjælperordninger for borgere, som har hjælpere til respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96. Pligten til at indgå aftale gælder også for ordninger, hvor børn har hjælpere til respirationsbehandling efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens § 83 i kraft af henvisningen i servicelovens § 44.

Pligten til at indgå aftaler skal bl.a. sikre, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenkles og samlet set reduceres. Derfor skal aftalerne omhandle den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger. Dette indebærer, at aftalerne bør omhandle de emner, som der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl eller uenighed om, herunder spørgsmålet om fordeling af udgifter forbundet med fælles hjælperordninger, brugen af vikarer, særlige forhold i forbindelse med borgerens eventuelle indlæggelse på sygehus, ferier m.v.

Sådanne aftaler mellem region og kommuner i regionen vil medføre, at parternes administration af ordningerne forenkles og samlet set reduceres, bl.a. fordi parterne ikke skal tage konkret stilling til disse spørgsmål for hver enkelt hjælperordning. Denne vejledning beskriver i afsnit 7 retningslinjerne for fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger, og afsnit 8 indeholder vejledende retningslinjer for, hvordan nogle af de øvrige emner hensigtsmæssigt kan fastlægges i aftalerne.

Af hensyn til en forenklet administration af de fælles hjælperordninger bør aftalerne mellem regionen og kommunerne indenfor regionen i hovedtræk være ens. Det er dog ikke udelukket, at nogle elementer i en aftale kan variere efter lokale forhold.

Det skal fremgå af aftalen mellem regionen og kommunerne i regionen, hvem der foretager betaling af udgifterne til hjælperordningerne, jf. nærmere nedenfor under afsnit 7.4.

Aftalerne kan derudover indeholde praktiske foranstaltninger vedr. tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, f.eks. kontaktpunkter for borgere i region og/eller kommune og kontaktpunkter for fagpersoner i region eller kommune. Kontaktpunkter for borgere kan bl.a. bruges til at informere om muligheder for valg af arbejdsgiver m.v., jf. ovenfor afsnit 4.2.1.

Aftalerne skal ikke omfatte den sundhedsfaglige behandling.

5.2. Respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens § 42, § 84, stk. 1, §§ 97 eller 118

Der er ikke krav om, at regioner og kommuner indgår aftale om tilrettelæggelse af hjælperordninger i de tilfælde, hvor borgeren har hjælpere til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens § 42, § 84, stk. 1, §§ 97 eller 118, men parterne har mulighed for at indgå sådanne aftaler.

Det kan bl.a. aftales, hvordan udgifter til fælles hjælperordninger skal fordeles mellem region og kommune. Det kan i den forbindelse aftales, om regionen eller kommunen varetager betalingen af udgifterne til fælles hjælperordninger. Endelig kan parterne aftale praktiske foranstaltninger vedr. tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, f.eks. kontaktpunkter for patienter eller fagpersoner i region eller kommune.

6. Fastsættelse af behovet for hjælp

6.1 Lægeordineret respirationsbehandling

I lægens ordination af respirationsbehandling indgår art, omfang og indhold, herunder hvor mange timer, der er behov for, for at varetage alle procedurer i forbindelse med respirationsbehandlingen inkl. overvågning, jf. nærmere afsnit 2. Alle de procedurer, som hjælperen skal udføre, f.eks. sugning af sekret, pleje af trachea mv i forhold til borgeren, er beskrevet af den ansvarlige læge.

6.2 Fastsættelse af hjælp efter serviceloven

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

Vurderingen skal foretages på baggrund af en konkret, individuel helhedsvurdering af borgerens samlede behov for hjælp som følge af funktionsnedsættelsen, uafhængigt af at borgeren samtidig har behov for hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven.

Visitationen til hjælp efter serviceloven skal i hvert enkelt tilfælde tage udgangspunkt i formålet med den hjælp, som kommunen vil iværksætte. Herudover skal kommunen også i sin udmåling inddrage det overordnede formål med hjælp efter serviceloven, jf. lovens § 1. Dette formål er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

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

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

7. Fordeling af udgifter

7.1 Omkostninger, som skal fordeles

Regionerne har ansvaret for finansiering af hjælp til respirationsbehandling, og kommunerne har ansvaret for finansiering af hjælp efter serviceloven.

Ved fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger skal der tages udgangspunkt i de samlede udgifter til ordningerne, herunder udgifter til aflønning af hjælpere, udgifter forbundet med arbejdsgiveropgaver, nødvendige omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen, sygefravær, vikardækning, forsikringer m.v.

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 kan forekomme, at et af respirationscentrene eller en kommune vurderer, at der er behov for mere end én hjælper ad gangen til at varetage bestemte opgaver vedr. hhv. respirationsbehandling eller hjælp efter serviceloven. Det kan f.eks. være tilfældet, når borgeren skal i bad. Hvis respirationscentret eller kommunen i disse tilfælde udmåler timer til yderligere en hjælper udover den fælles hjælper, skal udgifterne hertil alene afholdes af regionen, hvis hjælpen er udmålt af respirationscentret, og af kommunen, hvis hjælpen er udmålt af kommunen efter serviceloven.

Uanset om region og kommuner selv aftaler en nøgle for fordeling af udgifterne, jf. afsnit 7.2, eller om de anvender en centralt fastsat fordelingsnøgle, jf. afsnit 7.3, gælder fordelingsnøglen fra bekendtgørelsens ikrafttræden både for ordninger, som var etableret inden bekendtgørelsens ikrafttræden og for ordninger, som indgås efter bekendtgørelsens ikrafttræden.

7.2 Region og kommuner i regionen aftaler en fordelingsnøgle

Regionen og kommunerne i regionen kan - indenfor de rammer, som er beskrevet i afsnit 7.1 - aftale, hvordan udgifter til fælles hjælperordninger skal fordeles mellem parterne. I givet fald skal der i aftalen fastsættes en fordelingsnøgle, som finder anvendelse for alle fælles hjælperordninger i regionen. Derved undgår parterne, at fordeling af udgifter skal aftales konkret fra ordning til ordning.

Hvis regionen og kommunerne i regionen selv aftaler en fordelingsnøgle, finder denne som udgangspunkt anvendelse fra det tidspunkt, hvor den fælles hjælperordning etableres, indtil det tidspunkt hvor den fælles hjælperordning ophører.

Aftalen mellem region og kommuner i regionen kan imidlertid indeholde særlige principper for fordeling af udgifter i forbindelse med: 1) opstart af fælles hjælperord-

ning, 2) den periode det tager at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandling i hjemmet, 3) hvis borgeren bliver indlagt på sygehus eller 4) hvis kravene til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 er forskellige.

I givet fald skal sådanne særlige principper gælde for alle de hjælperordninger, hvor den pågældende situation gør sig gældende.

7.3 Centralt fastsat fordelingsnøgle

Sundheds- og Ældreministeriet har efter forhandling med Social- og Indenrigsministeriet i bekendtgørelsesform fastsat en fordelingsnøgle, som finder anvendelse, hvis aftalen mellem region og kommunerne i regionen ikke indeholder principper for fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger. Danske Regioner og KL har deltaget i forhandling om fastsættelse af den centrale fordelingsnøgle.

Den centrale fordelingsnøgle er fastsat således, at regionen afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, og kommunerne afholder 33 pct. af de samlede udgifter. Fordelingsnøglen finder anvendelse fra det tidspunkt, hvor den fælles hjælperordning etableres, indtil det tidspunkt hvor den fælles hjælperordning ophører.

Der er således ikke i forbindelse med den centralt fastsatte fordelingsnøgle fastsat særlige principper for fordeling af udgifterne ved eksempelvis opstart af hjælperordning, den periode det tager at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandling i hjemmet eller ved forskellige krav til kompetencer hos hjælpere, der yder respirationsbehandling og hjælpere, der yder hjælp efter serviceloven. Det samme gør sig gældende i de perioder, hvor borgeren måtte være indlagt på sygehus.

Ved fordeling af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger efter den centralt fastsatte fordelingsnøgle skal region og kommune også tage udgangspunkt i det samlede antal timer, som en borger modtager hjælp til respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96, jf. nærmere i afsnit 7.1.

Den centralt fastsatte fordelingsnøgle finder alene anvendelse for fælles hjælperordninger, hvor en borger modtager hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96.

7.4 Betaling af udgifter til fælles hjælperordninger

7.4.1 Respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96

I de aftaler, som region og kommunerne i regionen indgår om fælles hjælperordninger for borgere, som har hjælpere til respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96, skal det fremgå, om region eller kommune varetager betalingen af udgifterne til fælles hjælperordninger. Det er alene et spørgsmål om, hvorvidt region eller kommune skal tage sig af opgaven med at sikre betaling af udgifter til de fælles hjælperordninger.

Hvis parterne aftaler, at kommunen varetager betalingen, skal regionen betale for hjælp til respirationsbehandling til kommunen, og kommunen betaler herefter for den samlede hjælp i hjemmet til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven. Hvis parterne på tilsvarende vis aftaler, at regionen varetager betalingen, skal kommunen betale for hjælp efter serviceloven til regionen, og regionen betaler herefter

for den samlede hjælp i hjemmet til respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven.

Aftaler om, hvilken myndighed der varetager betalingen, ændrer ikke på finansieringsansvaret, idet regionerne fortsat har finansieringsansvaret for respirationsbehandlingen, mens kommunen har finansieringsansvaret for hjælp efter serviceloven.

7.4.2 Respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens § 42, § 84, stk. 1, §§ 97 eller 118

I de tilfælde, hvor der ydes hjælp til respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens § 42, § 84, stk. 1, §§ 97 eller 118 kan region og kommune aftale, at en af parterne varetager betalingen af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, på tilsvarende måde som det er beskrevet i afsnit 7.4.1. Det er imidlertid - i modsætning til de ordninger, som er beskrevet i afsnit 7.4.1 - frivilligt, om parterne ønsker at indgå en sådan aftale.

8. Særlige problemstillinger

8.1 Ferie

Det er Sundhed- og Ældreministeriets vurdering, at der ikke er noget til hinder for, at en borger kan tage hjælpere til respirationsbehandling med på et ophold uden for hjemmet og evt. til udlandet i forbindelse med ferieophold. Der er efter ministeriets opfattelse ikke hjemmel til, at regionen afholder merudgifter som følge af, at respirationsbehandlingen finder sted under ferieophold. Hvis borgeren ønsker at tage sin respirationshjælp med på ferie, vil respirationscenteret i givet fald foretage en individuel og konkret vurdering af, om respirationsbehandlingen kan foregå fagligt forsvarligt under ferieophold og uden at påføre regionen øgede udgifter.

Eventuelle merudgifter ved ferier og lignende kan dækkes af kommunen efter de gældende regler herfor i § 10 i bekendtgørelse om udmåling af tilskud til borgerstyret personlig assistance efter serviceloven, servicelovens § 97 om ledsagelse uden for hjemmet eller servicelovens § 100 om nødvendige merudgifter.

I forhold til BPA kan borgere, der modtager hjælp efter servicelovens § 96, ved ferie mv. i udlandet medtage deres hjælp, ligesom kommunen i særlige tilfælde på baggrund af en konkret vurdering efter ansøgning kan yde tilskud til dækning af ekstra omkostninger, som er forbundet med kortvarige ferieophold. Dette følger af reglerne i bekendtgørelse om ydelser efter lov om social service under midlertidige ophold i udlandet (udlandsbekendtgørelsen).

Derimod giver udlandsbekendtgørelsen ikke borgere, der modtager hjælp efter servicelovens § 95, ret til at medtage denne hjælp til udlandet. Dog vil der evt. kunne ydes hjælp efter de EU-retlige regler.

Den forskellige retstilstand for hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 skyldes, at borgerstyret personlig assistance efter § 96 kompenserer for borgerens samlede behov for pleje, overvågning og ledsagelse, mens kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter § 95 træder i stedet for personlig og praktisk hjælp i hjemmet m.v. (hjemmehjælp) efter servicelovens § 83.

Hjemmehjælp er karakteriseret ved, at personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice gives i borgerens hjem uanset boligform. Hjælpen efter hjemmehjælpsreglerne omfatter ikke ledsagelse, som

derimod kan ydes efter servicelovens § 97 om ledsageordning, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt.

Hjælp efter servicelovens § 95, jf. § 83, gives dermed efter sit formål til borgeren i dennes hjem, hvilket er baggrunden for, at denne type hjælp ikke kan medtages under et midlertidigt ophold i udlandet.

8.2 Indlæggelse

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

Når borgere, som får respirationsbehandling i hjemmet, indlægges, er det almindelig praksis, at respirationshjælpen følger med, særligt ved ikke planlagte eller korterevarende indlæggelser. Det kan være en fordel for både borgeren, hjælperne og i mange tilfælde også myndighederne. Dermed undgår borgeren at skulle nyansætte hjælpere ved udskrivelse fra sygehus, og borgeren har dermed bedre mulighed for at fastholde et stabilt hjælperteam. Desuden vil udskrivelsen ikke blive forsinket af, at der skal nyansættes og uddannes hjælpere.

Spørgsmålet om evt. fastholdelse af hjælperteamet i forbindelse med indlæggelse af borgeren kan indgå i aftalen mellem regionen og kommunerne i regionen.

8.3 Flytning over kommune- eller regionsgrænse

Når en borger flytter til en anden kommune og evt. anden region, bør myndighederne i samarbejde med borgeren sikre en smidig overflytning og koordinering af fælles hjælperordninger. Ved flytning til anden region har den nye bopælsregion pligt til at yde hjælp til respirationsbehandling.

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

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

Kommunen skal endvidere i forbindelse med flytning være opmærksom på retssikkerhedslovens bestemmelser om opholdskommune og mellemkommunal refusion.

Får så vidt angår fælles hjælperordninger, hvor der udover hjælp til respirationsbehandling i hjemmet ydes hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96, er region og kommunerne indenfor regionen forpligtet til at indgå aftale om fælles hjælperordninger, jf. nærmere afsnit 5.1. Der er ikke en tilsvarende pligt til at indgå aftaler mellem region og kommuner, som ligger udenfor regionen. Ministerierne opfordrer dog

til, at region og kommune i sådanne tilfælde - hvis det måtte vise sig at være relevant
- konkret aftaler, hvordan en fælles hjælperordning kan tilrettelægges.

Sundheds- og Ældreministeriet og Social- og Indenrigsministeriet,
den 24. august 2015