

Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr.

1. Indledning

Samarbejdsaftalen beskriver patientgruppen, den formelle ansvarsfordeling mellem sektorerne, konkrete aftalepunkter samt tydeliggør den økonomiske fordeling af udgifter mellem region og kommune.

Der er tale om fælles hjælpeordninger i samarbejdsaftalen, når hjælp i hjemmet til respirationsbehandling og hjælp i hjemmet efter Servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 samt § 97¹ helt eller delvist kan varetages af de samme personer, og dermed kan tilrettelægges som én ordning til gavn for borgeren og af hensyn til hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Der er således ikke tale om en fælles hjælpeordning, hvis borgeren får hjælp til respirationsbehandling i hjemmet om natten og hjælp efter Serviceloven nogle timer i løbet af dagen. Der er tale om en fælles hjælperordning, hvis én person kan løse begge sektorers opgaver.

Samarbejdsaftalen er et bilag til Sundhedsaftalen 2015-18. Nærværende aftale er revideret og er behandlet samt godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 21. september 2016.

2. Patientgruppe omfattet af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale omhandler forløb, hvor et respirationscenter lægefagligt har fastslået, at sygehusvæsenet har behandlingsansvaret for, at en borger overvåges i hjemmet pga. brug af respiratorisk udstyr. Borgerne kan være såvel børn som voksne, og det respiratoriske kan være en isoleret lidelse eller del af et omfattende handicap. Aftalen dækker også borgere på døgninstitution/plejehjem.

- Respiratorbrugere skal altid overvåges, da respiratorstop er akut livstruende.
- NIV (BiPAP & CPAP-brugere) skal overvåges, hvis de anvender fullfacemaske og ikke kan anvende en quick-release, som får masken til at løsne sig (borgeren skal overvåges, hvis denne ikke selv er i stand til tage masken af).
- Tracheostomerede bør overvåges, hvis de ikke er habile. Med ikke-habil menes, at de er ude af stand til et eller begge elementer;
 - i. Ikke er i stand til at suge sig selv.
 - ii. Ikke kan efterkomme opfordringer til hoste.

3. Ansvarsfordeling

3.1. Regionens ansvar

Patienten kan ikke udskrives til hjemmet, før der er etableret fagligt forsvarlig overvågning og borgeren har det korrekte apparatur. Det lægelige ansvar for den respiratoriske behandling påhviler altid sygehusvæsenet og er af Sundhedsstyrelsen konkret placeret ved landets tre respirationscentre, som fastlægger, kontrollerer og har ansvaret for den respiratoriske behandling, oplærer hjælpere til overvågningsopgaven og har myndigheden til at fastlægge, hvor mange timers overvågning brugen af det respiratoriske udstyr betinger. Respirationscentret står til rådighed med Hotline, såfremt der opstår

¹ § 97 indgår i aftalen, såfremt der samtidig er udmålt hjælp efter § 83.

spørgsmål i forbindelse med behandlingen i hjemmet. Patienten kan også henvises til kontrol på respirationscenteret.

Når en borger starter i respiratorbehandling fastsætter respirationscentret hvilke remedier, der knytter sig til brug af respiratoren, og sikrer at disse ting leveres til borgerens hjem via medicoteknisk afdeling, sygehusapotek, sygehusdepot eller en privat leverandør. Levering af øvrige remedier, der knytter sig til pleje af borgeren, er et anliggende mellem den pågældende borger og hjemmeplejen.

Behandlingen er omfattet af patientforsikringen. Ved livstruende problemer i hjemmet skal patienten modtages til indlæggelse på intensivafdeling via 112.

I forbindelse med Respirationscenter Syds samarbejde med region og kommuner er der udarbejdet en tjekliste (indgår i samarbejdsaftalen som bilag), der præciserer hvad der skal tages stilling til, når patienter udskrives fra Respirationscenter Syd.

3.2. Kommunens ansvar

Kommunen er forpligtet og har myndigheden til at yde borgeren personlig pleje og omsorg, praktisk og personlig bistand samt opretholdelse af livsudfoldelse efter Serviceloven.

Vagthold og administration af overvågningsordninger forankres som udgangspunkt i kommunen. Det kan være i form af ansættelse af personlige hjælpere, udnyttelse af eksisterende personale i ældreplejen eller indgåelse af en aftale med et bureau. Begrundelse herfor er, at borgeren ofte modtager kommunale ydelser i forvejen og måske forskellige ydelsestyper fra flere forvaltningsgrene. Borgeren kan efter Serviceloven få indflydelse på valg af hjælpere. Ofte er lidelsen fremadskridende, og hjælpen skal tilpasses. Kommunen har det generelle ansvar for at etablere helhedsløsninger for borgere med særligt behov.

Hver kommune organiserer sig således, at samarbejdspartnere, som respirationscentrene, regionskonsulenter og sygehusafdeling kan have én indgang ved nye patientforløb.

3.3 Ansættende myndighed

Det er den ansættende myndighed, der har ansvaret efter arbejdsmiljølovgivningen, jf. Vejledning om fælles hjælpeordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens nr. 10338 af 24.8.2015. Såfremt der er tale om en BPA-ordning, påhviler ansvaret borgeren eller formidlingsbureau jf. vejledning 9 af 15. februar 2011, om Borgerstyret Personlig Assistance bevilget efter Servicelovens § 96 Pkt. 11–12 (Arbejdsgiveroppgaven), 43 (Arbejdsskadeforsikring) og 125-35 (Arbejds miljø).

3.4 Særlige principper for fordeling af udgifter

Fordelingsnøglen for fælles hjælperordninger er i samarbejdsaftalen på Respiratorområdet mellem Region Syddanmark og kommunerne aftalt til, at regionen skal finansiere 67 procent af udgifterne til en fælles hjælperordning, mens kommunerne skal finansiere 33 procent af udgifterne.

Sygehuset kan starte overvågningen op via et bureau for at undgå en længerevarende indlæggelse på en intensivafdeling. I den periode er sygehuset ansvarlig for administration og vagtdækning. Kommunen arbejder sideløbende tidsmæssigt og koordineret for at ansætte hjælpere, så disse er klar, når sygehusvæsnet har plads til et oplæringsophold. Dette forventes at være muligt inden for 3 måneder, hvad angår respiratorbrugere.

I akutte respiratorsager overtager regionen en del af kommunens udgifter, dvs. at kommunerne i akutte respiratorsager fremover skal betale 33 procent af den af arbejdsgruppen fastsatte fælles timepris på kr. 200,00² for kommunale BPA ordninger med 24-timers overvågning i en periode op til seks måneder, eller indtil et hjælperhold står klar.

3.5 Planlagte forløb

Med virkning fra januar 2016 kan borgere med hjælpere efter Servicelovens § 95, stk. 1 og 2 og § 96 vælge, at arbejdsgiveransvaret, for fremtidige respirationshjælpere skal være den samme, som for de hidtidige hjælpere.

Kompetente hjælpere søges fastholdt og oplært til overvågningen af hensyn til borgeren, og fordi det er økonomisk fordelagtigt for begge sektorer.

4. Præcisering af den økonomiske fordeling af udgifter

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 hjælpeordninger.

Den centrale fordelingsnøgle er fastsat således, at regionen afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, og kommunen 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.

I de forløb, hvor én af sektorerne påtager sig arbejdsgiver- og arbejdslederansvaret for ansættelse af enkeltpersoner til overvågning, indføres et administrationsbidrag. Administrationsbidraget³ fastsættes til kr. 93.000 årligt (2016 niveau) pr. borger med 24-timers overvågning, og det afregnes efter den aftalte fordelingsnøgle på 67/33.

Administrationsbidraget udløses fra den dag, hvor respirationscenteret orienterer sektoren, som har påtaget sig administrationsopgaven, om at en patient skal i behandling, dvs. når der foreligger en lægefaglig vurdering.

Når overvågningen varetages af et bureau er udgiften til personaleadministration indregnet i timeprisen, og den deles derfor automatisk efter fordelingsnøglen. Det samme gør sig gældende, hvis der er etableret en kommunal hjælpeordning, hvor borgeren har valgt et bureau til at varetage administrationsopgaven. Det vil sige, at for personer i BPA-ordning sker der ikke en udveksling af administrationsbidraget, fordi arbejdsgiveropgaverne løses af borgeren selv eller nærtstående/bureau.

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

² Taksten fremskrives med den generelle fremskrivningsprocent for året. Fremover sker fremskrivning i januar måned.

³ Administrationsbidraget blev fastsat til kr. 93.000 årligt (i 2016) pr. borger med 24-timers overvågning. Taksten fremskrives med den generelle fremskrivningsprocent for året. Fremover sker fremskrivning i januar måned.

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, handsker mv.

4.2 Andre udgifter

4.2.1 Merudgift forbundet med det at have hjælpere i huset

Eventuelle udgifter i den daglige husholdning og ved aktiviteter uden for huset er borgerens egne udgifter. Eventuel ansøgning om hjælp til merudgifter rettes til kommunen. Der henvises til Socialministeriets Vejledning af 9 af 15.02.2011 om Borgerstyret Personlig Assistance, pkt. 90.

4.2.2 Strømodgifter i relation til behandlingsapparatet

I følge Afgrænsningscirkulæret nr. 9079 af 22.2.2013 er sygehusvæsenet forpligtet til at yde el-tilskud til borgeren ift. anvendelse af behandlingsapparat i "eget hjem". Regionen sikrer udbetaling af el-tilskud.

4.2.3 Ferie

Sygehusvæsenet kan ikke afholde udgifter til eventuelle ekstratimer ved borgers ferier og weekender uden for hjemmet. Eventuelle udgifter til hjælpers ekstratimer, ophold, transport m.v. er borgerens egen udgift. Eventuel ansøgning om hjælp til merudgifter rettes til kommunen jf. Vejledning 10338 af 24/8-15 om fælles hjælperordninger til respiratorpatienter, pkt. 8.1.

4.2.4 Indlæggelse af borger andre steder end på et respirationscenter

Den personlige hjælper er i langt de fleste tilfælde borgerens arme og ben og i nogle tilfælde også borgerens tolk og talerør. Det kan være af afgørende betydning for et hensigtsmæssigt forløb, at den kendte hjælper/vikar følger med under indlæggelsen. Dette understreges ligeledes i Fællesskrivelsen af 21. december 2011. Det aftales, at hjælperen/vikaren følger med under borgerens indlæggelse i op til syv dage med uændret udgiftsfordeling. Fra 8. dagen afholder sygehuset udgifterne i det omfang, der er behov for hjælperholdet på sygehuset.

4.4 Fakturering

Den sektor, der afholder de løbende udgifter, sender elektronisk faktura til den medbetalende sektor. Afregning sker måneds- eller kvartalsvis bagudrettet. Der kan ske korrektion i forbindelse med længe-revarende indlæggelser, ophør af behandling eller andre ekstraordinære forhold. Der kan kun fremsendes regninger på patienter, hvor der er indgået en aftale.

5 Opfølgning og evaluering

Samarbejdsaftalen genforhandles/revideres, hvis der sker afgørende ændringer i lovgrundlaget.

Evalueringen af samarbejdsaftalen afventer den planlagte nationale evaluering.

I samarbejdsaftalen er det aftalt, at der skal ske en overvågning af aftalens nye elementer, dvs. der skal foretages en monitorering i forhold til, at:

- administrationsbidraget udløses fra den dag, respirationscentret orienterer kommunen om, at en patient skal i behandling, dvs. når der foreligger en lægelig vurdering
- regionen overtager en del af kommunernes udgifter ved akutte respiratorsager i en periode op til seks måneder, eller indtil at et hjælperhold står klar

Monitoreringen forelægges Følgegruppe for Behandling og pleje på deres første møde i 2018.