

# 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 tydeliggørelse af den økonomiske fordeling af udgifter mellem region og kommune. Samarbejdsaftalen afsluttes med en vejledning for samarbejdet samt referencer.

Samarbejdsaftalen er et bilag til Sundhedsaftale 2011-14. Nærværende aftale er revideret og er behandlet samt godkendt af DAK 9. januar 2013.

## 2. Patientgruppe omfattet af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale omhandler forløb, hvor sygehuset 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 i det omfang, at overvågning ikke allerede indgår i institutionens tilbud og døgnstakst.

- Respiratorbrugere skal altid overvåges da respiratorstop er akut livstruende.
- BiPAP-brugere skal overvåges hvis borgeren ikke selv er i stand til at tage masken af og på.
- Tracheostomerede skal overvåges hvis borgeren ikke selv er i stand til at hoste og/eller suge sig selv.

I øvrigt henvises til case eksemplerne senere i samarbejdsaftalen.

## 3. Ansvarsfordeling

### 3.1. Regionens ansvar

Det lægelige ansvar for den respiratoriske behandling påhviler altid sygehusvæsenet og er af Sundhedsstyrelsen konkret placeret ved landets tre respirationscentre<sup>1</sup>. Behandlingen er omfattet af patientforsikringen. Ved livstruende problemer i hjemmet skal patienten modtages til indlæggelse på intensivafdeling via 112.

Patienten kan ikke udskrives til hjemmet, før der er etableret fagligt forsvarlig overvågning, og sygehusvæsenet er ansvarligt for at borgeren har det korrekte apparatur. Når en borger starter i respiratorbehandling fastsætter respirationscentret hvilke remedier, der knytter sig til brug af respiratoren, og

---

<sup>1</sup> Fra ultimo 2012 modtages ALS-patienter i et vist omfang på Respirationscenter SYD på OUH. Den kliniske behandling sker i formaliseret samarbejde med Respirationscenter Øst

sikrer at disse ting leveres til borgerens hjem via medicoteknisk afdeling, sygehusapotek, sygehusdepot eller en privat leverandør. Øvrige remedier, der knytter sig til pleje af borgeren skal leveres af hjemmeplejen.

### **3.2. Respirationscenterets ansvar**

Respirationscenterne fastlægger og kontrollerer den respiratoriske behandling, oplærer hjælpere til overvågningsopgaven og står til rådighed med Hotline, såfremt der opstår spørgsmål i forbindelse med behandlingen i hjemmet. Patienten kan også henvises til kontrol. Respirationscentrene har myndigheden til at fastlægge, hvor mange timers overvågning brugen af det respiratoriske udstyr betinger.

For borgere med tracheostomi samt borgere i BiPAP-behandling, der ikke er i kontakt med et respirationscenter, har den udskrivende afdeling ansvaret for at oplære hjælpere til overvågningsopgaven og sikre, at borgeren har adgang til de nødvendige remedier.

### **3.3. Kommunens ansvar**

Kommunen er forpligtet til at yde brugeren personlig pleje og omsorg, praktisk og personlig bistand samt opretholdelse af livsudfoldelse. Kommunen har ansvar for de opgaver, der er socialt relaterede jf. Servicelovens §§ 41-42, 83 – 88, 94-97, 100 og 118-119 såfremt brugeren er berettiget til disse ydelser. Kommunen har myndigheden til at fastsætte, hvor mange timer borgeren er berettiget til hjælp, pleje, ledsagelse mv. Udmålingen af hjælpen (efter serviceloven) skal inkludere såvel BPA som pleje og praktisk hjælp, ledsagelse og social støtte, i et samarbejde med borgeren. Flere fagpersoner skal ofte inddrages med henblik på et dækkende billede af borgerens situation og behov. Respirationscentrene, specialkonsulenter og patientforeninger kan bidrage hertil i nogen af forløbene.

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: Borgeren modtager ofte 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.

I de forløb, hvor én af sektorerne påtager sig arbejdsgiver og arbejdslederansvaret ansvar for ansættelse af enkeltpersoner til overvågning. Administrationsbidraget<sup>2</sup> fastsættes til kr. 69.344 årligt (2013 niveau) pr. borger med 24-timers overvågning, og det afregnes efter fordelingsnøglen. Beløbet er beregnet ud fra, at én sygeplejefaglig teamleder i kommunen varetager otte patienthold.

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

---

<sup>2</sup> Administrationsbidraget blev fastsat til kr. 67.000 årligt (i 2010) pr. borger med 24-timers overvågning. Taksten er blevet fremskrevet med den generelle fremskrivningsprocent for årene 2011, 2012 og 2013. Fremover sker fremskrivning i januar måned.

### **3.4 Ansættende myndighed**

Det er den ansættende myndighed, der har ansvaret efter arbejdsmiljølovgivningen. Såfremt der er tale om en BPA-ordning kan ansvaret påhvile borgeren eller formidlingsbureau jf. vejledning 9 af 15. februar 2011, om Borgerstyret Personlig Assistance bevilget efter Servicelovens § 96 Pkt. 11–12 (Arbejdsgiveropgaven), 43 (Arbejdsskadeforsikring) og 125-35 (Arbejds miljø).

I de tilfælde, hvor den samlede behandlings- og plejeindsats kan ydes af én hjælper henvises til Vejledning om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance, af 21. december 2011. nr. 105.

### **3.5 Akutte forløb**

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 for hvad angår respiratorbrugere. Kommunen medfinansierer fra udskrivningstidspunktet med en timeandel svarende til den fordelingsnøgle, der efterfølgende fastsættes. Kommunens timepris kan begrænses til det niveau, som den varige ordning efterfølgende etableres på.

### **3.6 Planlagte forløb**

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

### **3.7 Borgerens ophold på boinstitution, botilbud, plejehjem mv.**

Vagthold og administration varetages af kommune/ institution som ved brugere i eget hjem:

- Kommunen udmåler tidsforbrug i forhold til personlig pleje, ledsagelse, praktisk bistand og sociale pædagogisk bistand.
- Kommunen skal en gang årligt revurdere timer tildelt til borgeren på institutionen
- Institutionen er berettiget til administrationsbidrag efter gældende aftale
- Lønudgifterne til vagtholdet deles mellem region og kommune efter samme fremgangsmåde som ved brugere i eget hjem.

## **4. Præcisering af den økonomiske fordeling af udgifter**

Sygehusvæsnet skal afholde udgifterne forbundet med den respiratoriske behandling. Kommunen skal udmåle og betale øvrig hjælp og pleje samt handicapkompenserende ydelser. I de tilfælde hvor kommunen har leveret ydelser til borgeren inden borgeren får brug for respiratorisk behandling, foretager kommunen en reevaluation. I det omfang én person kan løse begge opgaver deles udgiften for disse timer, så mængden af personer i hjemmet reduceres jf. Socialministeriets skrivelse af 14. juni 1996 og Vejledning 105 om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance, af

21. december 2011. Regionens finansiering kan dermed ikke overstige 24-25 timer i døgnet og aldrig komme under 50 % af overvågningstimerne. Denne *fordelingsnøgle* aftales i hvert enkelt forløb og er gældende fra udskrivningstidspunktet, også selv om den først fastlægges senere. Se kontrakten.

Den respiratoriske udmåling er givet ved lægefaglig ordination på et respirationscenter / intensivafdelinger. Udmålingskriterierne ift. den kommunale indsats, sigter på at tildele borgeren en sammenhængende hjælp ift. et komplekst hjælpebehov. Jf. Fællesskrivelsen peges der på, at udmålingen sker i samarbejde med borgeren.

Den respiratoriske udmåling er givet ved lægefaglig ordination på et respirationscenter. Udmålingskriterierne ift. den kommunale indsats, sigter på at tildele borgeren en sammenhængende hjælp ift. et komplekst hjælpebehov og skal foretages uden hensyn til at regionen har en hjælper til at overvåge respirationen. Regionens overvågningstimer er således ikke primære i forhold til kommunens overvågning. Kommunen skal derfor udmåle både aktive timer, hvor den kommunale hjemmehjælp er fysisk til stede, og passive timer som f.eks. kørselstid, vente- og overvågningstid samt hvis familie eller venner påtager sig en del af plejen.. Jf. Fællesskrivelsen peges der på, at udmålingen af de aktive timer sker i samarbejde med borgeren.

Hjælpen der leveres i borgerens eget hjem indenfor den kommunale forsyningsforpligtigelse skal til enhver tid afspejle den udmåling af kommunal hjælp, som ligger bevillingsmæssigt til grund for fordelingsnøglen mellem region og kommune.

## **4.2 Andre udgifter**

### *4.1.1. 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 mérudgifter rettes til kommunen. Der henvises til Socialministeriets Vejledning af 9 af 15.02.2011 om Borgerstyret Personlig Assistance, pkt. 90-91.

### *4.1.2. Strømutgifter i relation til behandlingsapparatet*

I følge Afgrænsningscirkulæret nr. 149 af 21. december 2006 er sygehusvæsenet forpligtet til at yde el-refusion til borgeren ift. anvendelse af behandlingsapparatet i "eget hjem". Dette indgår i kontakten herunder fremgår den faste takst på el-refusion.

### *4.1.3. Ferie*

Sygehusvæsenet kan ikke afholde udgifter til eventuelle ekstratimer ved borgers ferier og weekender uden for hjemmet. Eventuelle udgifter til hjælperes ekstratimer, ophold, transport m.v. er borgerens egen udgift. Eventuel ansøgning om hjælp til mérudgifter rettes til kommunen jf. Vejledning 105 af 21. december 2011, pkt. 11.

### *4.2.4 Indlæggelse af borger andre steder en 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 har været almindelig praksis, at hjælperen/vikaren følger med under borgers indlæggelse i op til 14. dage. Jf. Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk bistand, skal der

hurtigst muligt aftales om aflønning af hjælper/vikar fortsætter uændret efter gældende fordelingsnøg-  
le, eller sygehusafdelingen har brug for hjælpernes tilstedeværelse og refunderer udgiften til hjælper-  
lønnen. Ved BPA-ordning kan kommunen kun udtræde af denne medfinansieringsforpligtigelse  
ved at opsiges hjælperen/vikaren. Da opsigelsesvarslet oftest må forventes at have en længere varig-  
hed end den egentlig indlæggelse, vil det ikke være et egentlig rationale i at opsiges hjælperen/vikaren.

#### *4.2.5 Finansiering af administrationsomkostninger*

I de få forløb, hvor én af sektorerne påtager sig Arbejdsgiveransvaret med ansvar for ansættelse af  
enkeltpersoner til overvågning og løbende vagtplanlægning m.v., indføres et administrationsbidrag  
fastsat til kr. 69.344 (2013 niveau) årligt pr. borger i 24-timers overvågning og det afregnes efter forde-  
lingsnøglen.

Når overvågningen varetages af et bureau er udgiften til personaleadministration indregnet i timepri-  
sen, 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 administrati-  
onsopgaven. Det vil sige, at for personer i BPA-ordning, sker der ikke en udveksling af administrati-  
onsbidraget, fordi arbejdsgiveropgaverne løses af borgeren selv eller nærtstående/bureau.

#### **4.4 Fakturering**

Den sektor, der afholder de løbende udgifter, sender elektronisk faktura til den medbetalende sektor.  
Afrekning 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 skriftlig aftale.

### **5. Evaluering**

Samarbejdsaftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal  
overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr evalueres med henblik på mulig genforhand-  
ling af Det Administrative Kontaktforum 2 år efter ikrafttræden.

Samarbejdsaftalen genforhandles/revideres så snart en ny national vejledning om håndtering af respi-  
ratorbrugere i eget hjem forelægges ellers hvis der sker afgørende ændringer i lovgrundlaget.

## Bilag

# Vejledning for samarbejdet - en konkret anbefaling af, hvordan principperne i SAM:BO kan udmøntes for denne specifikke patientgruppe

## Baggrund

I henhold til Grundaftalen i Sundhedsaftalen 2011-14 i Region Syddanmark er de grundlæggende værdierne i det tværsektorielle samarbejde: gensidig tillid, åbenhed og dialog.

*" Samarbejdet er styret af, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne hvor det fælles mål er sammenhængende borger- og patientforløb"... Ydermere præciseres det, at "Dialogen mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbene, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være løbende og proaktiv, men især sikres omkring de kritiske overgangsfaser mellem sektorer. Denne dialog forudsætter, at der hersker gensidig respekt for og tillid til fagligheden i kommune, almen praksis og sygehus".*

Formålet er, at " Dialogen skal sikre, at alle parter i fornødent omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del af et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri. De involverede parter må udvise en sådan fleksibilitet, at sammenhængen i forløbet og overgangen fra en sektor til en anden sikres i overensstemmelse med det aftalte".

Herudover er der fællesskrivelse fra Sundhedsministeriet og Socialministeriet af 14.januar 1993 vedrører fordelingen af udgifter til hjælpere mellem sygehus og kommuner, samt Vejledning om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance af 21. december 2011 som alle lægger op til fælles rammebeskrivelser for fællesopgavevaretagelse på området. Formålet er, udover kvalitet, kontinuitet og koordination af borger / patientforløb, at optimere alle processerne i forløbet og lette administrationen i begge sektorer og dermed medvirke til en effektiv ressourceudnyttelse i det offentlige.

Både kommunerne og regionen forpligter sig med samarbejdsaftalen til at behandlings- og plejeindsats kan tilrettelægges enstregnet, der hvor den samlede indsats kan ydes af én og samme hjælper. Det er af stor betydning for kommunerne og regionen, at der sigtes på at etablere en effektiv ressourceudnyttelse, for hvad angår såvel den midlertidige ordning som den faste hjælpeordning.

## Indledning

Når det bliver kendt, at en borger forventes at overgå til behandling i hjemmet, skal der hurtigst muligt etableres kontakt mellem respirationscenter/behandlende afdeling, kommunens koordinerende kontaktperson og sygehusets/regionens koordinerende kontaktperson. Hermed er kommunikationsvejen etableret og alle parter kan starte intern forberedelse.

Når der er taget stilling til patientens overvågningsbehov på grund af respirator, BiPAP eller tracheostomi skal kommunens koordinerende kontaktperson skriftligt orienteres om patienten, f.eks. via en forløbsplan jf. SAMBO.

Der aftales så hurtigt som muligt et koordinerende møde på sygehuset, hvor patient og pårørende samt relevant personale fra kommune og sygehus deltager. Hvis borgeren er på respirationscentret eller hjemme må kommunikationen sikres i andre rammer. Sygehuset vedlægger visitationsskemaet sammen med kontrakten forud for mødet.

Temaer til mødet:

- Læge og sygehuspersonale orienterer om fremtidig behandling.
- Det skal afklares mellem sygehus/respirationscenteret og kommune om der er behov for ansættelse af respiratorhjælpere med særlige faglige kompetencer i forhold til kompleksiteten i patientens sygdom.
- Personale fra kommunen orienterer om, hvilke muligheder der er for denne patient med hensyn til ansættelse af respiratorhjælpere, BPA-ordning og vikarbureau. Hvis patienten har en valgmulighed aftales, hvornår dette valg skal være truffet.
- Forventningsafstemning med pårørende. Kan alle forventninger tilgodeses?
- Hvis ikke hjemmet er kendt i hjemmeplejen, aftales et hjemmebesøg evt. kun med pårørende, så det hurtigt kan afklares, om plejen kan foregå i hjemmet i forhold til APV, eller om der er behov for boligændringer eller anden bolig, om der er behov for hjælpemidler til patienten og APV hjælpemidler som bevilges af kommunen.

## **Hvad skal være i orden før borgeren kan udskrives til hjemmet?**

### **Borgeren**

Borgeren er informeret om diagnose, prognose og livsvilkår ved døgnovervågning. Der er talt med borgeren om, at uden behandling med BiPAP eller respirator vil døden indtræde (lægeansvar). Borgeren er informeret om, at der efter udskrivelsen skal ansættes respiratorhjælpere og at dette kræver en oplæring/ indlæggelse på respirationscentret i ca. 3 uger.

Afklaring af hvordan der skal handles på hjertestop.

Borgeren er informeret om, at borgeren på ethvert tidspunkt kan frasige sig behandling. Hvis dette skulle komme på tale kræver det involvering af praktiserende læge eller respirationscenter, så borger, pårørende og personale ved, hvordan der skal ageres i situationen.

Afklaring af hvilke opgaver pårørende ønsker at løse, om nogen.

Borgeren er informeret om, at der kan blive nogle afledte udgifter i form af øget vand/ sæbe/ toiletpapir o.a. forbrug som følge af at have hjælpere i hjemmet.

I hjemmet skal der foreligge skriftlig information om:

- Respirationscenter Vest, døgndækket Hotline tlf. 78451350.
- Behandlende afdeling og Intensiv afdeling på lokalsygehuset
- Telefonnumre til
  - depotet
  - apotek
  - praktiserende læge
  - hjemmeplejen

### **Sygehuset**

Overvågningen skal være på plads, evt. midlertidig ordning, som fungerer til faste hjælpere er ansat. Behandlingsapparat og nødvendigt tilbehør skal være på plads.

Afklaring af om borgeren er omfattet af målgruppen for forslag til socialmedicinsk sagsbehandling LÆ 165, set evt. samarbejdsaftalen om alvorligt syge og døende

<http://www.regionsyddanmark.dk/wm338071> .

Sygehuset udfærdiger og udleverer skriftlige procedurer for, hvordan hjælperne skal agere ved

- problemer med borgerens respiration
- anden sygdom hos borgeren
- svigt af respirator, sug, ilt osv.
- bestilling af ekstra utensilier

### **Kommunen**

Aftaler med vikarbureau/respiratorhjælper, hvilke ydelser der skal ydes i hjemmet udover overvågning.

Afklaring af om respirationshjelperne har behov for kursus i behandling af hjertestop, førstehjælp, forflytninger.

Afklaring af om respirationshjelperne har behov for at være med på lokalsygehuset/ eller sammen med vikarbureauet i hjemmet i plejesituationen inden oplæring, så der er tryghed ved forflytning af borger f.eks. med tracheostomi og respirator.

Kommunen afgør om 24 timers overvågning sidestilles med institutionsophold, og der derfor ikke bevilges terminalplejeorlov sammen med dette.

Kommunen udfærdiger og udleverer skriftlig procedure for, hvordan respiratorhjelperne skal agere ved:

- problemer med personlige plejeopgaver
- behov for hjælpemidler
- behov for hjælp af 2. person
- APV i borgerens hjem
- gaveerklæring
- tavshedserklæring
- nødkald
- kørekortregler for kørsel med handicapbus hvis brugeren har det / kørekortserklæring
- Hvis kommunen har arbejdsgiveransvaret skal følgende også beskrives
  - Vagtdækning: skal respiratorhjelperne være selvdækkende?
  - Sygemelding / raskmelding: til hvem og hvornår
  - Ferieafvikling: hvordan og til hvem og hvem har ansvar for regnskab
  - Planlægning af FO.-dage (fridage i henhold til overenskomsten): hvem har ansvaret?
  - Dokumentation (journalføring)

### **Efter udskrivelsen**

De koordinerende Kontaktpersoner aftaler, hvornår det er relevant at lave visitationsbesøg i hjemmet til afklaring af, hvilke behov borgeren har, og hvad der bevilges af kommunen i forhold til Serviceloven, så udgifterne mellem kommune og region kan fordeles. Kommunen fremsender snarest muligt visitationsskemaet til den regionale kontaktperson, så oplysningerne kan indgå i samarbejdskontrakten.

Der skal en gang årligt laves re-visitationsbesøg på ydelser efter Serviceloven for at vurdere om borgerens behov tilgodeses, eller er ændrede, og om dette ændrer på finansieringsaftalen mellem kommune og region. Kommunen orienterer den regionale kontaktperson via visitationsskemaet.

Der skal en gang årligt tages stilling til om behovet for overvågning stadig er til stede, og om omfanget er ændret. For børn og unge kan behovet vurderes løbende via de løbende kontroller på sygehuset.

Sygehuset orienterer kommunen herom via visitationsskemaet.

## Cases

**Nedenfor anskueliggøres at de enkelte patientforløb er meget forskellige og problemløsningen bør være fleksibel.**

### Case 1

Borger født med muskelsvind. Har siden han var 18 år haft **Borgerstyret Personlig Assistance** og har 4 hjælpere ansat. Skal nu i respirator. Borgeren ønsker at fortsætte med sin BPA-ordning og hjælperne er interesserede i og kompetente til at blive oplært i respiratorbehandlingen.

1. Planlagt overgang til respirator. Borger og kommune ansætter yderligere hjælpere og alle følges til oplæring på RCV.
2. Akut overgang til respirator. Borgeren overvåges af vagter under indlæggelse og udskrives evt. til eget hjem med vikarbureau, i ventetiden på oplæringsophold på RCV. Under indlæggelsen følger hjælperne ikke med, men skal evt. afspadsere/holde ferie. Sygehuset *kan* anmode om, at hjælperne følger med og varetager plejen og så betaler sygehuset deres løn jf. samarbejdsaftalen om ledsagelse og af praktisk hjælp i forbindelse med sygehusbehandling. Kommunen *kan* lade borgerens hjælpere klare pleje og aktiviteter. Dette giver dobbelt bemanding på nogle tidspunkter og større udgift for region og kommune. Denne løsning kan dog være en mulighed for at imødekomme borgerønsket og fastholde eksisterende hjælpere. Efter oplæringsophold på respirationscenter overtager de overvågningen fra vikarbureauet.

### Case 2

Borger får konstateret amyotrofisk lateral sklerose ALS. Klarer sig i hjemmet med få timers hjælp fra hjemmeplejen. Indlægges. Der ordineres BIPAP-behandling 2 x 1 time i døgnet og borger kan ikke selv tage maske af og på. Hjemmeplejen er hos borger under behandlingen og udgiften hertil refunderes af lokalsygehuset.

### Case 3

Borger får konstateret amyotrofisk lateral sklerose ALS. Klarer sig i hjemmet med få timers hjælp fra hjemmeplejen. Der ordineres BIPAP-behandling døgnet rundt. Borger kan ikke selv tage masken af og på. Borger ønsker ikke BPA-ordning. Udskrives fra sygehuset med vikarkorps, som sygehuset er ansvarlig for indtil kommunen har ansat hjælpere, som skal oplæres til at overtage behandling og pleje. Udgiften, til de timer hvor vikarkorpsset løser plejeopgaver, deles.

### Case 4

Barn på 1 år udskrives efter 1 år på sygehuset. Har tracheostomi og behov for sugning akut. Forældre er ansvarlige for pleje og aktivering af barnet og får evt. Tabt Arbejdsfortjeneste efter Serviceloven. Udskrives med vikarbureau. Kommune og sygehus må i samarbejde med forældrene vurdere,

om der er grundlag for at der skiftes til at der ansættes hjælpere af kommunen. Kommunen leverer ingen pleje.

### **Dilemmaer vedr. ansættelse af respiratorhjælpere**

- Ved anvendelse af vikarbureauer til at løse behovet for respiratorhjælpere i patientens hjem, vil timelønnen ofte overstige den løn kommunen normalt ville skulle betale for hjælpere ansat i henhold til §§ 94, 95-96. Derfor har kommunen ikke altid et ønske om at anvende denne løsning.
- Pga. sundhedsvæsenets krav til de ansattes kompetencer kan timelønnen overstige det niveau, som kommunen generelt har fastsat for sine hjælperordninger.
- Hjælpere i BPA-ordninger opsiges ofte hvis borgeren bliver indlagt til længerevarende behandling eller venter på plads på RCV. Hverken kommunen eller sygehus skal/vil betale løntimer til personer, der ikke løser opgaven. Men det kan blive dyrere og dårligere i den sidste ende, hvis der skal ansættes og oplæres nye hjælpere eller bruges vikarbureau. Det skal i hver enkelt sag vurderes af lederen på sygehusafdelingen, om der er behov for hjælperne på afdelingen under indlæggelsen, så regionen påtager sig hele lønudgiften under indlæggelsen jf. samarbejdsaftalen om ledsagelse og af praktisk hjælp i forbindelse med sygehusbehandling.
- Dilemmaerne kan mindskes ved god dialog imellem begge sektorer og borgeren.
- Der har været problemer med at kunne indgå aftaler med vikarbureauer, der kunne løfte overvågningsopgaven i forhold til respiratorbrugere i Vestjylland.

### **Temaer, der anbefales at indgå, hvis man laver aftaler med et vikarbureau**

- At kunne levere personale som hurtigt kan oplæres til at kunne tilgodese netop denne borgers behov.
- At der er sikker vagtdækning.
- At antallet af personer i det enkelte hold begrænses.
- Der kan være ændring i hvilken faggruppe, der skal levere hjælpen på kort og på lang sigt.
- Opsigelsesvarsel begrænses mest muligt. Der er mulighed for alternativ udnyttelse af arbejdskraften i opsigelsesperioden.
- Borgeren præsenteres for hjælpere, som skal begynde i hjemmet, så der er mulighed for at vurdere om kemien passer. Hjælperne deltager efter aftale på sygehuset, når borgeren indlægges.
- Supervision.
- Forebyggelse af sengelejts komplikationer.
- At vikarbureauet er loyal overfor de beslutninger der er truffet af henholdsvis sygehus og kommune.
- At vikarbureauet håndterer eventuelle samarbejdsproblemer mellem vikarer og familie eller hjemmeplejen loyalt.
- At fremsendte faktura er overskuelige mht. periode, timeforbrug, sygeløn, refusioner og moms.

### **Referencer**

Afgrænsningscirkulæret. Indenrigs- og Sundhedsministeriets cirkulære 2 af 21. december 2006 om Afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, pkt. 2.1.3.

BPA-vejledningen. Socialministeriets vejledning 94 af 10. november 2009 om borgerstyret personlig assistance, pkt. 4, 20, 22, 24, 25, 90, 91 samt Sundhedsministeriets afsnit pkt. 149-156

Fællesskrivelserne fra Socialministeriet og Sundhedsministeriet af hhv. 14. januar 1993 og 14. juni 1996 vedr. fordeling af udgifter til personlige hjælpere til respiratorbrugere, der opholder sig i eget hjem.

Socialministeriets vejledning 10 af 15. februar 2011 om særlig støtte til voksne, pkt. 68, pkt. 121 og pkt.125.

Socialministeriets vejledning 11 af 15. februar 2011 om særlig støtte til børn, pkt. 188-190.

Respirationscentrenes kompetence og ansvar: Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning 15875 af 19.december 1990 om Visitation og sygebehandling af patienter, som lider af kronisk respirationsinsufficiens.

BPA\_vejledningen Socialministeriets Vejledning 9 af 15.februar 2011 om borgerstyret personlig assistance. Særligt punkterne 4, 9, 20, 22, 24, 25, 90, 91 samt Sundhedsministeriets afsnit pkt. 149-156.

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

Bekendtgørelse om den kommunale udmåling af BPA-tilskud nr. 647 af 25. juni 2012.

[www.regionsyddanmark.dk/sambo](http://www.regionsyddanmark.dk/sambo) , Region Syddanmark og kommunernes samarbejdsaftale om tværsektoriel patientforløb.

<http://regionsyddanmark.dk/wm373177> Samarbejdsaftalen om ledsagelse og af praktisk hjælp i forbindelse med sygehusbehandling.

[www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk)