Fælles hjælpeordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens

Baggrund

Region Midtjylland og de midtjyske kommuner har siden april 2016 arbejdet på en samarbejdsaftale vedrørende fælles hjælperordninger for borgere, der har hjælpere til respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller § 96.

Baggrunden er ændret lovgivning og retningslinjer på området, der forpligter regionen og kommunerne at indgå aftale om den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger. Retningslinjerne skal understøtte, at regioner og kommuner tilrettelægger varetagelsen af de fælles hjælperordninger på en hensigtsmæssig måde. Dette er bl.a. med et mål om, at regionen og kommunernes administration af fælles hjælperordninger forenkles og samlet set reduceres.

Det indgår endvidere som en del af sundhedsaftalen 2015-18, at der skal der indgås en samarbejdsaftale mellem region og kommuner på respirationsområdet.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe med kommunale og regionale repræsentanter til at udarbejde et forslag til aftale. Principper for fordelingen af udgifterne ved fælles hjælperordninger har været drøftet i KOSU, der på møde 1. september 2016 anbefalede, at der ud fra et helhedssyn og ønske om mindre og mere enkel administration af området, udarbejdes en aftale, hvor udgifterne fordeles på baggrund af én fordelingsnøgle, der gælder igennem hele borgerens forløb.

Fordeling af udgifter

Sundheds- og ældreministeriet har efter bl.a. forhandling med KL og Danske Regioner fastsat en central fordelingsnøgle for fordelingen af udgifterne til de fælles hjælperordninger. Den centrale fordelingsnøgle er fastsat således, at regionen afholder 67 pct. af udgifterne, og kommunerne afholder 33 pct. Der er regional og kommunal enighed om, at den af ministeriet fastsatte fordelingsnøgle er udgangspunkt for samarbejdsaftalen.

Samarbejdsaftalen indeholder desuden principper for fordeling af udgifter i følgende tilfælde:

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

I det følgende vil der som en indledning være en kort beskrivelse af målgruppen for samarbejdsaftalen samt årlige udgifter til de fælles hjælperordninger. Dernæst skitseres - i det omfang, det har været muligt – de væsentligste udgifter, der er forbundet med de enkelte dele af aftalen.

Målgruppe og årlige udgifter

Tabel 1. Patienter visiteret til behandling for respirationsinsufficiens i eget hjem

	Antal sager	Region andel i mio. kr.	Kommunal andel i mio. kr.	Total udgift i mio. kr.	Regionens andel	Kommunal andel
1.Sager under §§ 83, 95 og 96 m. fordelingsnøgle	114	132,7	83,7	216,4	61,3%	38,7%
2. Børnesager m. fordelingsnøgle	16	22,9	10,2	33,1	69,3%	30,7%
3. Sager uden § med fordelingsnøgle	6	8,6	6,0	14,7	58,9%	41,1%
4. Delt opgaveløsning pga. manglende samarbejde m. kommuner og region	2	5,4	1,0*	6,4	84,7%	15,3%
5. Sager under forhandling/forhandling skal påbegyndes	15	36,3	10,0**	46,2	78,4%	21,6%
6. Plejebolig/delt opgaveløsning (der arbejdes aktuelt på fælles løsning)	8	17,4	5,9***	23,2	74,8%	25,2%
Antal sager i alt pr. 18.04.2016	161	223,3	116,7	340,0	65,7%	34,3%

*Estimeret pba. oplysninger om kommunale udgifter i 1 forløb

** I de 4 forløb er de kommunale udgifter oplyst. For de øvrige 11 forløb er de kommunale udgifter estimeret. Det antages, at forløbene efter forhandling vil fordele sig som de øvrige 130 færdigt forhandlede forløb på voksenområdet (Der er ingen børnesager blandt sagerne under forhandling). Dvs. at 88% af forløbene forventes at fordele sig som forløbene i række 1, 5% af forløbene som i række 3 og så fremdeles. Beregningerne er forbundet med stor usikkerhed.

*** Estimeret pba. oplysninger om kommunale udgifter i 7 forløb

Som det fremgår af tabel 1, var der den 18. april 2016 visiteret 161 borgere til behandling for respirationsinsufficiens i eget hjem med hjælperhold. Heraf var der indgået aftale om fælles hjælperordning for 136 borgere. Udgifterne til de 136 hjælperordninger er fordelt således, at regionen betaler 164 mio. kr. (62%) om året, mens kommunerne betaler 100 mio. kr. (38%).

Den nye aftale vil også omfatte de øvrige forløb i oversigten (række 4 og6).

Ser man på fordelingen af de nuværende udgifter til alle disse 161 forløb, så vurderes regionens andel at være ca. 66%, mens kommunerne bidrager med ca. 34%. Det skal bemærkes, at de samlede udgifter til forløbene, hvor der i dag ikke er indgået aftale om fælles hjælpeordning forventes at blive mindre, når der etableres en fælles hjælperordning i stedet for de nuværende sideløbende og eventuelt tidsmæssigt overlappende ordninger.

Almindelig praksis er, at et hjælperhold består af en blanding af ufaglærte og social og sundhedsassistenter. Et sådant hjælperhold koster for en borger med 24 timers overvågning ca. 2 mio. kr. årligt. Hvis man anvender den centralt fastsatte fordelingsnøgle betyder det en regional udgift på 1,34 mio. kr. (67%) og en kommunal udgift på 0,66 mio. kr. pr. hjælperhold.

Opstart og oplæring

I arbejdsgruppen har der været en drøftelse af, hvornår i sygdomsforløbet den fælles hjælperordning bør træde i kraft og derved også den fælles finansiering. Dette drejer sig særligt om de akutte forløb, hvor borgeren bliver udskrevet med et midlertidigt hjælperhold af vikarer. Nuværende praksis er, at der i de fleste ordninger opstartes fælles opgaveløsning og dermed fælles finansiering fra udskrivelsestidspunktet med respiratorisk overvågning. Opstartstidspunktet kan dog variere fx alt efter hvilken hjælp borgeren allerede får i hjemmet.

I aftalen indgår, at den fælles hjælperordninger træder i kraft hurtigst muligt og senest 4 uger efter udskrivelse.

Udgiften til et midlertidigt vikarhold i 4 uger er 212.000 kr. for en borger med 24 timers overvågning. Det betyder det en regional udgift på 142.040 kr. (67%) og en kommunal udgift på 69.960 kr. (33%).

Udover ovenstående har både regionen og kommunerne en selvstændig udgift til oplæringen af hjælperne. Regionen oplærer hjælperne i respirationsovervågning, mens kommunen oplærer hjælperne til at yde hjælp efter serviceloven. Kommunerne estimerer,

at deres udgift til et 4 ugers oplæringsforløb er mellem 22.000-47.000 kr.

Indlæggelse
Kroniske respirationspatienter vil på forskellige tidspunkter i deres sygdomsforløb være indlagt på hospitalet. Borgere med respiratorisk betinget overvågning vil altid skulle have en hjælper med under indlæggelse medmindre borgeren indlægges på en intensivafdeling.

Aftalen indebærer, at fordelingsnøglen fastholdes under indlæggelse.

I 2015 havde respirationspatienterne med fælles hjælperordning i alt 1171 sengedage[1]. Hvis man forudsætter, at de borgere, der har været indlagt, har et blandet hjælperhold af social- og sundhedsassistenter og ufaglærte med 24 timers overvågning, svarer det til en årlig udgift på 6,4 mio. kr. for hjælperholderne under indlæggelse. Fordelingsnøglen under indlæggelse betyder en årlig regional udgift på 4,3 mio. kr. (67%) og en kommunal udgift på 2,1 mio. kr. (33%).

Forskellige krav til kompetencer
Myndighedsansvaret for respirationsbehandling, herunder det faglige ansvar, er hos regionen, mens kommunen har myndighedsansvaret for at yde hjælp efter serviceloven og føre tilsyn med denne. Det betyder, at regionen fastlægger behovet for respirationsbehandling og kompetenceniveauet hos hjælperne, der udfører respirationsbehandlingen. Kommunen vurderer behovet for hjælp efter serviceloven samt nødvendige kompetencer hos de hjælpere, der yder hjælp efter serviceloven.

Regionen godkender i de fleste tilfælde, at ufaglærte varetager respirationsovervågning, mens kommunerne i stigende grad vurderer, at der er behov for et højere kompetenceniveau ift. at yde hjælp efter serviceloven ved især §83-ordninger. Hos nogle kommuner kan kravene om et højere uddannelsesniveau være et af byrådet vedtaget krav i kommunernes godkendte kvalitetsstandarder.

[1] i alt sengedage 1171 heraf 437 dage på respirationscentret.

Samarbejdsaftalen betyder, at fordelingsnøglen (67/33) også gør sig gældende, selvom den ene part betinger en højere faglighed

Som nævnt i ovenstående, så er det ofte ved §83-ordninger, at kommunen betinger en højere faglighed. I april 2016 var der 29 borgere med §83-ordning. Hvis man antager, at man har 29 borgere med 24 timers overvågning, så ville den årlige udgift til hjælperhold være 65 mio. kr., hvis holdende består af social- og sundhedsassistenter, 57,9 mio. kr. hvis holdene er blandede og endelig 55,5 mio. kr. hvis holdene består af ufaglærte hjælpere. Differencen mellem hjælperhold af ufaglærte og blandede hold, som er mest almindelig praksis, er således 2,4 mio. kr. årligt svarende til 1,6 mio. kr. til regionen (67%), 0,8 mio. kr. til kommunerne (33%). Differencen mellem ét hjælperhold af ufaglærte og et blandet hold pr. borger på årsbasis er 82.888 kr.

Den videre proces

Aftalen skal godkendes i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget, hvorefter aftalen skal endeligt godkendes i region og kommuner.