

Udskriftsdato: 20. december 2025

FOU nr 2023.13 (Gældende)

2023-13. Afgrænsning af ansvaret for sundhedsydelser og sociale ydelser

Ministerium: Folketinget

Opfølgning / Opfølgning til

CIR nr 9079 af 22/02/2013 - LBK nr 170 af 24/01/2022 - LBK nr 248 af 08/03/2023

2023-13. Afgrænsning af ansvaret for sundhedsydelser og sociale ydelser

En handicappet kvinde blev behandlet med CPAP-maske om natten på grund af søvnapnø. Kvinden kunne ikke selv tage CPAP-masken af og på eller tilrette den i løbet af natten.

CPAP-maskinen og -masken var bevilget af et hospital. Kvindens kommune havde samtidig bevilget en BPA-ordning efter serviceloven, da kvinden på grund af fysisk funktionsnedsættelse havde et omfattende behov for pleje, praktisk hjælp og ledsagelse. Kommunen og Ankestyrelsen havde afvist at bevilge hjælp til håndtering af CPAP-masken i BPA-ordningen med henvisning til, at CPAP-behandlingen hørte under regionens sundhedsfaglige sektoransvar. Regionen havde på sin side afvist at bevilge hjælp, da den mente, at opgaven påhvilede kommunen.

Ombudsmanden udtalte, at sektoransvarlighedsprincippet og princippet om, at støtte efter sociallovgivningen er subsidiær til støtte efter andre sektors lovgivning, indebærer, at det er en forudsætning for støtte efter serviceloven, at støtten ikke omfattes af anden lovgivning. Dette gælder også i forhold til BPA-ordninger.

Sundhedsstyrelsen havde vurderet, at kvindens CPAP-maskine og -maske var et behandlingsredskab, og at der var tale om fortsat sygehusbehandling med det formål at forhindre en forringelse af et behandlingsresultat. Indenrigs- og Sundhedsministeriet havde tilsluttet sig denne vurdering, som ombudsmanden herefter lagde til grund.

En region har efter sundhedsloven ansvar for fortsat sygehusbehandling i eget hjem, herunder et eventuelt finansieringsansvar i forhold til behandlingsredskaber og nødvendige personaleressourcer forbundet hermed. Ombudsmanden kunne derfor ikke kritisere, at kommunen og Ankestyrelsen havde afvist at yde hjælp efter serviceloven. Ombudsmanden henstillede til regionen at vurdere kvindens aktuelle behandlings- og hjælpebehov. Regionen kunne i den forbindelse overveje, om der var anledning til at søge at indgå en aftale med kommunen om varetagelsen af den praktiske hjælp.

(Sag nr. 21/06125)

I det følgende gengives ombudsmandens redegørelse i sagen:

1. Om sagen

Hovedspørgsmålet i denne sag er, hvilket forvaltningsområde der har ansvar for en borgers CPAP-behandling.

Sagen rejser et generelt spørgsmål om afgrænsning af ansvaret for sundheds- eller behandlingsydelser, som stilles til rådighed af sundhedsmyndighederne og er omfattet af sundhedslovgivningen, over for hjælpe- eller plejeydelser, som stilles til rådighed af de sociale myndigheder og er omfattet af serviceloven.

A er bevilget borgerstyret personlig assistance (en BPA-ordning) efter servicelovens § 96, stk. 1. Hun er diagnosticeret med (...) og søvnapnø (...). BPA-ordningen er bevilget på baggrund af, at A har en

omfattende fysisk funktionsnedsættelse og derfor har massive og sammensatte hjælpebehov, da hun er afhængig af hjælp til at udføre almindelige daglige funktioner og har et omfattende behov for pleje, praktisk hjælp og ledsagelse. A arbejder ca. 20 timer om ugen i egen virksomhed.

Søvnapnøen er blevet behandlet med CPAP-maske om natten siden 2005. CPAP-maskinen og -masken er oprindeligt bevilget af X Hospital. Efterfølgende er A blevet tilknyttet Y Hospital i et åbent forløb, som muliggør, at hun kan kontakte hospitalet uden ny henvisning fra egen læge, og at hun har mulighed for at komme ind til kontrol.

A kan ikke selv tage CPAP-masken af og på. Desuden kan masken flytte sig i løbet af natten. Hvis hun ikke får hjælp til at få masken på igen, bliver hun træt næste dag og har svært ved at varetage sit arbejde.

Efter det oplyste har A haft en hjælperordning siden (1980'erne) med ca. 15 timer om ugen og en 24-timers hjælperordning fra (00'erne) (dvs. 168 timer om ugen). Efter A flyttede til Z Kommune, bevilgede Z Kommune i (2010'erne) en hjælperordning med 24-timers assistance inklusive vågen nattevagt (8 rådighedstimer). Denne støtte var en videreførelse af den hjælperordning, som A fik bevilget af sin tidligere bopælskommune.

Den 16. november 2017 nedsatte Z Kommune imidlertid antallet af hjælpertimer efter servicelovens § 96. Kommunen anførte i den forbindelse, at det ikke var kommunens opgave at sikre behandlingen med CPAP-maske.

Ankestyrelsen stadfæstede kommunens afgørelse den 31. oktober 2018. Ankestyrelsen vurderede, at A's behov for rådighedstimer om natten var en konsekvens af CPAP-behandlingen, som hørte under det sundhedsfaglige sektoransvar, idet behandlingen var lægeordineret. Ifølge Ankestyrelsen fulgte det af det såkaldte sektoransvarlighedsprincip (jf. herom pkt. 3.1 nedenfor), at den offentlige myndighed, der udbyder en ydelse eller service, også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for borgere med nedsat funktionsevne. Det var derfor sundhedssektoren (regionen), som skulle sørge for, at det var muligt for A at modtage den nødvendige behandling.

Den 19. december 2018 bevilgede Z Kommune udbetaling af et kontant beløb til rådighedsnattevagt. Kommunen anførte, at bevillingen blev givet for at sikre, at A fik den nødvendige hjælp til behandlingen, indtil der blev fundet en løsning efter sundhedslovgivningen. Jeg forstår, at dette hang sammen med, at det fremgår af det såkaldte afgrænsningscirkulæres pkt. 4, at hvis der opstår tvivl om, hvilken myndighed der er ansvarlig for betaling af et nødvendigt behandlingsredskab eller hjælpemiddel, som skal betales af regionen eller af kommunen, skal den myndighed, der har tættest kontakt med borgeren, umiddelbart levere det nødvendige behandlingsredskab eller hjælpemiddel til borgeren, hvorefter betalingsspørgsmålet må afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder. Ankestyrelsen stadfæstede den 12. august 2019 kommunens afgørelse.

Kommunen forsøgte herefter igennem en længere periode at få afklaret ansvarsfordelingen mellem regionen og kommunen. Kommunen indhentede i den forbindelse en udtalelse af 7. februar 2019 fra Sundheds- og Ældreministeriet (nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet). Ifølge denne udtalelse havde Sundhedsstyrelsen vurderet, at der var tale om fortsættelse af iværksat sygehusbehandling. Regionen var derfor i sidste ende forpligtet til at yde behandling på sygehus, hvis borgeren ikke kunne få den

nødvendige behandling uden for sygehuset på grund af f.eks. en manglende aftale mellem regionen og kommunen.

Ved et brev af 6. januar 2021 opfordrede Sundheds- og Ældreministeriet regionen og kommunen til i fællesskab at finde en løsning, der kunne tilgodese borgerens situation og behov.

Den 29. marts 2021 traf Z Kommune afgørelse om revurdering af A's hjælp i BPA-ordningen, hvorefter hun blev bevilget 112 timer om ugen fra kl. 7 til kl. 23. Samtidig besluttede kommunen, at bevillingen til udbetaling af et kontant beløb til en rådighedsnattevagt i forbindelse med CPAP-behandlingen skulle ophøre. Kommunen afviste at bevilge rådighedstimer til CPAP-behandling efter serviceloven, da denne behandling hørte under det sundhedsfaglige sektoransvar. Kommunen henviste A til at ansøge om nattevagt hos den sygehusafdeling, der havde ansvar for hendes CPAP-behandling.

Den 6. april 2021 varslede kommunen direktionssekretariatet ved Y Hospital om, at kommunen ikke længere ville bevilge hjælp om natten til håndteringen af A's CPAP-behandling. Kommunen bad samtidig hospitalet om at revurdere behovet for respiratorisk overvågning om natten.

Den 22. april 2021 bad kommunen hospitalet om en rundbordssamtale med relevante repræsentanter fra region og kommune med henvisning til Sundheds- og Ældreministeriets brev af 6. januar 2021, hvor ministeriet opfordrede regionen og kommunen til i fællesskab at finde en løsning.

Den 28. april 2021 oplyste hospitalet til kommunen, at dens henvendelse var videresendt til Æ Hospital.

Efter at have rykket for svar skrev kommunen den 1. juni 2021 til hospitalet, at det hastede med en afklaring, da der forelå en vurdering af 13. juli 2020 fra Y Hospital om, at der var en sikkerhedsrisiko for A om natten, hvis hun ikke kunne tilkalde hjælp inden for få minutter, når hun var i CPAP-behandling. Den 3. juni 2021 svarede hospitalet, at det forventede, at Æ Hospital ville foretage en revurdering af sagen, og den 15. juni 2021 skrev kommunen tilbage, at kommunen gik ud fra, at Æ Hospital havde hånd om sagen, og at kommunen ikke ville foretage sig yderligere.

Den 8. juli 2021 fastholdt Z Kommune afgørelsen af 29. marts 2021. Kommunen anførte, at kommunen forgæves havde forsøgt at komme i dialog med regionen for at finde en løsning på A's behov for hjælp.

Den 2. september 2021 stadfæstede Ankestyrelsen kommunens afgørelse om, at A ikke havde ret til (...) udmåling af hjælp om natten som led i BPA-ordningen. Ankestyrelsen lagde i det væsentlige vægt på det samme som i sin afgørelse af 31. oktober 2018, nemlig at hjælp til håndtering af CPAP-behandling efter Ankestyrelsens opfattelse var en opgave, som ikke hørte under serviceloven, da hjælpemidlet var bevilget efter sundhedslovens regler. Det var derfor sundhedssektoren, der havde ansvaret for behandling, oplæring og håndtering, herunder med hensyn til masken.

Af et klinisk notat af 17. september 2021 (fra Æ Hospital, må jeg lægge til grund) fremgår det, at det ved en tværfaglig konference den 16. september 2021 blev besluttet, at der ikke var indikation for overvågning af den respiratoriske behandling med auto-CPAP i regi af Æ Hospital, da der blev anvendt nasalmaske, som var velfungerende, og da der ikke var tale om såkaldt life support-behandling, men at der kunne tilbydes en anden maske, da den nuværende havde det med at glide rundt.

Ankestyrelsen afviste den 7. oktober 2021 at genoptage sagen.

2. Klagen til mig

A har i klagen til mig anført, at hun efter Z Kommunes og Ankestyrelsens afgørelser står uden hjælp til håndtering af sin CPAP-maskine og -maske, og at denne opgave herefter må varetages af hendes mor. Hun er utilfreds med, at der blev truffet afgørelse på et tidspunkt, hvor det fortsat var uafklaret, om sundhedssektoren ville bevilge hjælpen, og at sundhedssektoren efterfølgende har afvist dette.

Kommunen bør igen bevilge 24-timers BPA-ordning, som giver rimelige vilkår for både hende selv og hendes hjælper. Hvilken myndighed der skal afholde udgiften til varetagelse af opgaver, som vurderes at kunne udføres af en hjælper i en BPA-ordning, er ikke af afgørende betydning for hende.

3. Retsgrundlag

3.1. Sociallovgivningen

3.1.1. Reglerne om borgerstyret personlig assistance

BPA-ordninger (borgerstyret personlig assistance) er reguleret i § 96 i serviceloven (lovbekendtgørelse nr. 170 af 24. januar 2022). Bestemmelsens stk. 1 har følgende ordlyd:

”§ 96. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde borgerstyret personlig assistance. Borgerstyret personlig assistance ydes som tilskud til dækning af udgifter ved ansættelse af hjælpere til pleje, overvågning og ledsagelse til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte. ”

Bestemmelsen i § 96, stk. 1, blev affattet ved lov nr. 549 af 17. juni 2008. Den videreførte den tidligere gældende § 77, stk. 1, i serviceloven, der blev affattet ved lov nr. 454 af 10. juni 1997.

Af forarbejderne til denne lov fremgår det, at lovforslaget indeholdt regler, der byggede på anbefalinger fra to udvalg, herunder Udvalget om hjælpemidler og andre handicapkompenserende ydelser. Det udtales videre, at ”anbefalingerne fra Udvalget om hjælpemidler og andre handicapkompenserende ydelser bygger bl.a. på kompensationsprincippet og sektoransvarlighedsprincippet”.

Det anføres herudover i forarbejderne, at den sociale indsats var – og fortsat skulle være – præget af et helhedssyn, der sætter den enkeltes situation og muligheder i en større sammenhæng, og som ”spiller på hele registeret” af tilbud. Lovforslaget lagde i den forbindelse op til en styrkelse af det tværfaglige og tværsektorielle arbejde med henblik på en forbedring af den tidligere og forebyggende indsats. Det blev desuden anført, at der var ”et tæt samspil mellem den kommunale og den amtskommunale opgavevaretagelse for så vidt angår kommunale/amtskommunale ydelser, der supplerer eller erstatter hinanden”.

Jeg henviser til lovforslag nr. L 229 af 16. april 1997 til lov om social service, lovforslagets almindelige bemærkninger, pkt. 1, 3, 4, 6.6 og 7.1. Lovforslaget kan læses på Folketingstidende.dk, samling 1996-97, tillæg A.

Som anført i lovforslaget byggede lov nr. 454 af 10. juni 1997 på arbejdet i bl.a. Udvalget om hjælpemidler og andre handicapkompenserende ydelser.

I dette udvalgs 2. og afsluttende rapport fra 1996 anføres det (s. 54-57), at dansk handicappolitik bygger på tre centrale principper; henholdsvis solidaritetsprincippet, kompensationsprincippet og sektoransvarlighedsprincippet. Om sektoransvarlighedsprincippet fremgår følgende (på s. 57):

”Sektoransvarlighed betyder, at den offentlige sektor, der udbyder en ydelse, en service eller et produkt, er ansvarlig for, at den pågældende ydelse også ydes til og er tilgængelig for mennesker med handicap.

Indsatsen på handicapområdet bliver dermed ikke længere fortrinsvis en opgave for socialsektoren, men rækker ind i alle andre områder (...).

På handicapområdet betyder dette princip, at opgaverne skal løses i den sektor, hvor de hører hjemme, og ikke lægges til en bestemt sektor, f.eks. socialsektoren, blot fordi det handler om personer med funktionsnedsættelse.

...

Sektoransvarlighedsprincippet danner hovedudgangspunktet ved afgrænsning af, i hvilket regi et opgaveområde hører hjemme. ”

Som anført blev den tidligere gældende § 77, stk. 1, ved lov nr. 549 af 17. juni 2008 i det væsentlige videreført i § 96, stk. 1, i serviceloven.

Lovændringen omfattede en ændring af henholdsvis arbejdsgiveransvaret og aktivitetskravet, ligesom hjælperordningen fik betegnelsen borgerstyret personlig assistance (BPA), men ændringen medførte ikke ændringer i de ydelser, der er omfattet af en sådan hjælperordning. Jeg henviser til lovforslag nr. L 154 af 28. marts 2008 om ændring af lov om social service og lov om friskoler og private grundskoler m.v., bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 10, s. 5409. Lovforslaget kan læses på Folketingstidende.dk, samling 2007-08 (2. samling), tillæg A.

I forbindelse med lovforslagets behandling besvarede den daværende velfærdsminister bl.a. spørgsmål nr. 24, 26 og 27 fra Folketingets Socialudvalg vedrørende samspillet mellem ydelser efter BPA-ordningen og ydelser efter sundhedslovgivningen:

”Spørgsmål nr. 24:

’Ministeren bedes redegøre for, hvorledes lovforslaget vil påvirke de eksisterende hjælpeordninger for personer med respirator, hvor et sygehus eller et respirationscenter har status som arbejdsgiver? ’

Svar:

Til brug for besvarelsen af spørgsmålet har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse oplyst følgende, hvortil jeg kan henholde mig:

'Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan oplyse, at respiratorbehandling foretages af en ventilatør, som er en person, der er ansat af sygehuset til at overvåge respiratorfunktionerne hos en respiratorpatient i dennes hjem, og som er uddannet heri af sygehusvæsenet og er under kontrol og tilsyn af sygehuset ved udførelsen af sit arbejde.

Efter sundhedsloven har regionen pligt til at yde vederlagsfri sygehusbehandling, herunder ventilatørbistand i hjemmet, hvor dette er nødvendigt. Det følger af pkt. 2.1.3 i cirkulære nr. 149 af 21. december 2006 om afgrænsning af behandlingsredskaber, at udgifterne til behandlingsredskaber er en sygehusudgift.

Praktisk og personlig hjælp og pleje til personen er derimod en kommunal opgave, jf. servicelovens § 83.

Socialministeriet og Sundhedsministeriet har ved fællesskrivelser af 14. januar 1993 og 26. juni 1996 udfærdiget retningslinjer om fordelingen af udgifter i forbindelse med respiratorbehandling i eget hjem, hvor der er behov for såvel ventilatørbistand, (der ydes af regionen) som varetagelse af almindelige plejeopgaver (der ydes af kommunen). I nogle tilfælde udfører samme person både ventilatøropgaver og almindelige plejeopgaver, og her opstår så spørgsmålet om fordelingen af udgifterne hertil mellem kommunen og regionen.

Ministerierne har i den forbindelse udtalt, at i de tilfælde, hvor der er behov for både ventilatørbistand og almindelig pleje samtidig, og hjælpen kan ydes af én person, deles udgiften til disse overlappende timer mellem regionen og kommunen. Udgifter i forbindelse med ventilatørbistand kan imidlertid fordeles på en anden måde, hvis dette er sagligt begrundet, og der kan opnås enighed om det mellem regionen og kommunen.

En sådan aftale om, at samme person udfører både ventilatørbistand og almindelige plejeopgaver, ændrer ikke på ansvarsfordelingen mellem region og kommune – ansvaret for ventilatøropgaverne er således fortsat regionens, og ansvaret for de almindelige plejeopgaver er fortsat kommunens.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse finder, at der ikke er noget som forhindrer, at borgeren kan anvende hjælpere ansat af en nærtstående, en privat virksomhed eller en forening til at udføre ventilationsbehandlingen. Derimod vil myndighedsansvaret for ventilatøropgaverne uændret være regionens, hvilket betyder, at regionen har ansvaret for at sikre sig, at den person, som varetager ventilatøropgaven, har de fornødne kvalifikationer. ”

”Spørgsmål nr. 26:

'Ministeren anmodes om en vurdering af, om det er hensigtsmæssigt, at hjælpeordninger også iværksættes i hospitalsregi, sideløbende med servicelovens bestemmelser, blandt andet i relation til borgernes retssikkerhed, f.eks. mulighed for at klage, mulighed for dækning af udgifter vedrørende hjælpere og kommunens tilsynspligt og pligt til aktiv rådgivning og vejledning efter servicelovens § 12. '

Svar:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst følgende, hvortil jeg kan henholde mig:

'Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har forstået det således, at spørgeren ønsker svar på, om det er hensigtsmæssigt at sygehusbehandling udenfor patientens hjem bliver organiseret som hjælperordningerne efter serviceloven.

Ministeriet kan oplyse, at sygehusbehandling – såvel på sygehuset som i patientens hjem – ydes af regionen efter sundhedsloven. Derimod ydes praktisk og personlig hjælp og pleje til personen udenfor sygehuset af kommunen efter serviceloven.

Ministeriet finder det ikke hensigtsmæssigt at lade sygehusbehandling i patientens hjem ske efter servicelovens regler om hjælperordninger, idet dette vil betyde, at sygehusbehandling i så fald ydes efter forskellige regler afhængig af, om patienten behandles i eget hjem eller på sygehus. ”

”Spørgsmål nr. 27:

'Vil lovforslaget sikre, at også brugere med hjælpeordninger, hvor respirationscentre/rigshospitalet/lokale sygehuse er arbejdsgivere, får ret til selv at vælge, hvem der skal påtage sig arbejdsgiveransvaret? '

Svar:

Til brug ved besvarelsen af spørgsmålet har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse oplyst følgende, hvortil jeg kan henholde mig:

'Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har forstået det således, at spørgeren ønsker svar på, om de foreslåede ændringer i servicelovens § 95-96 om tilskud til ansættelse af hjælpere, også vil gælde i de tilfælde, hvor borgeren modtager ventilatørbistand (ansat af regionen) og personlig pleje af samme person.

Regionen har ansvaret for ventilatøropgaverne, og kommunen har ansvaret for de almindelige plejeopgaver.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse finder som nævnt i besvarelsen af spørgsmål nr. 24, at der ikke er noget til hinder for at borgeren anvender hjælpere, ansat af en pårørende, en forening eller en privat virksomhed til at udføre ventilationsbehandlingen. Derimod vil myndighedsansvaret for ventilatøropgaverne uændret være regionens. ”

Jeg henviser til velfærdsministerens besvarelser af 9. maj 2008 af spørgsmål nr. 24, 26 og 27 (Ad L 154) fra Folketingets Socialudvalg.

3.1.2. Andre bestemmelser i serviceloven af betydning for sagen

Ved lov nr. 660 af 8. juni 2017 blev bestemmelserne i bl.a. servicelovens § 1, stk. 2 (om formålet med hjælpen efter serviceloven), og § 115 (om en forudsætning for støtte) ændret. I forarbejderne til bestemmelserne anføres bl.a. følgende:

”Til § 1

Til nr. 1

...

Der ændres ikke med forslaget på de grundlæggende principper, som dansk handicappolitik er udformet på baggrund af (kompensationsprincippet, ligebehandlingsprincippet, princippet om sektoransvar og solidaritetsprincippet).

...

Til nr. 14

Serviceovens § 115 fastslår, at det er en forudsætning for støtte efter serviceloven til et hjælpemiddel, et forbrugsgode eller en handicapbil, at hjælpemidlet, forbrugsgodet eller bilen ikke kan bevilges efter anden lovgivning. Bestemmelsen er en lovfæstelse af de generelt gældende principper om sektoransvar og subsidiaritet.

Sektoransvarsprincippet fastslår, at den sektor, der stiller en ydelse til rådighed for borgerne, er ansvarlig for, at denne ydelse også er tilgængelig for borgere med funktionsnedsættelse. I forlængelse heraf fastslår subsidiaritetsprincippet, at støtte efter sociallovgivningen er subsidær til støtte efter andre sektors lovgivning. Disse to principper fører til, at det er en forudsætning for støtte efter bl.a. serviceloven, at støtten ikke kan bevilges efter anden lovgivning. ”

Jeg henviser til forarbejderne til § 1, stk. 2, og § 115, i lovforslag nr. L 150 af 15. marts 2017 om ændring af lov om social service, lov om socialtilsyn og lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 1 og 14, s. 30 og s. 40. Lovforslaget kan læses på Folketingstidende.dk, samling 2016-17, tillæg A.

3.1.3. Vejledninger mv. om serviceloven

I den første udgave af vejledning nr. 1 til serviceloven (vejledning nr. 93 af 5. december 2006 om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven)) anførte Socialministeriet bl.a. følgende i pkt. 4:

”Det er endvidere et grundlæggende princip, at der ikke ydes hjælp efter serviceloven, hvis der ydes hjælp til samme formål efter anden lovgivning. Generelt hviler serviceovens bestemmelser på et sektoransvarsprincip, der betyder, at den offentlige sektor, der udbyder en ydelse, en service eller et produkt, også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for mennesker med nedsat funktionsevne. ”

I den nugældende vejledning nr. 9347 af 28. marts 2017 med senere ændringer anføres i pkt. 8 følgende:

”Generelt hviler Danmarks implementering og overholdelse af FN’s Handicapkonvention på et sektoransvarsprincip, der betyder, at den offentlige sektor, der udbyder en ydelse, en service eller et produkt, også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for mennesker med nedsat funktionsevne. Det er således et grundlæggende princip, at der ikke ydes hjælp efter serviceloven, hvis der ydes hjælp til samme formål efter anden lovgivning.

...

I forhold til dansk politik er dette omsat til en række bærende principper om ligebehandling, kompensation og sektoransvar. Principperne om ligebehandling, kompensation, sektoransvarlighed og solidaritet omtales ofte som handicappolitiske principper.”

I Social- og Ældreministeriets orientering om en række forhold vedr. hjælperordningerne efter servicelovens §§ 95 og 96 (skrivelse nr. 10282 af 4. oktober 2022) anføres bl.a. følgende:

”Social- og Ældreministeriet skal indledningsvist gøre opmærksom på, at alle regioner og kommuner har indgået aftaler om, hvordan parterne skal samarbejde, når borgere med funktionsnedsættelser, herunder borgere med hjælperordninger efter servicelovens §§ 95 og 96 indlægges. Aftalerne er forskellige i deres udformning, men tydeliggør, hvilken dialog parterne bør have forud for borgerens indlæggelse, samt hvilken myndighed, der har ansvar for at yde borgeren praktisk hjælp under indlæggelsen.

Det følger af princippet om sektoransvar, at den offentlige myndighed, der udbyder en ydelse eller en service, også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for borgere med nedsat funktionsevne. Det er derfor regionsrådets opgave at stille det nødvendige personale til rådighed ved gennemførelsen af behandlinger på sygehuset. Det betyder, at det er sundhedsvæsenet, der er ansvarlig for at tilbyde borgeren den rette og nødvendige behandling og hjælp i forbindelse med en indlæggelse på sygehuset.”

Et tilsvarende udsagn findes i pkt. 36 i Social-, Bolig- og Ældreministeriets vejledning nr. 10325 af 12. december 2017 om kontant tilskud til ansættelse af hjælpere og borgerstyret personlig assistance, hvor ministeriet gengiver Ankestyrelsens principafgørelse 66-16.

Den 1. juni 2023 oversendte social- og boligministeren til Folketingets Socialudvalg en undersøgelse udarbejdet af Ankestyrelsen om kommunernes registrering samt kommunernes udmålings- og visitationspraksis ved servicelovens hjælperordninger efter §§ 95 og 96.

I rapporten – der var bestilt af ministeriet – anføres s. 58 bl.a. følgende:

”SNITFLADE MED SUNDHEDSLOVGIVNINGEN – SEKTORANSVARLIGHEDSPRINCIPPET

Ved sektoransvarlighed forstås, at ansvaret for at tilvejebringe den nødvendige tilgængelighed og kompensationer er hos den myndighed, som i øvrigt har ansvaret for området. Sektoransvarlighed betyder, at (den del af) den offentlige sektor, der udbyder en ydelse, en service eller et produkt, er ansvarlig for, at den pågældende ydelse også ydes til og er tilgængelig for mennesker med handicap.

Princippet indebærer, at opgaverne skal løses i den sektor, hvor de hører hjemme, og ikke lægges til en bestemt sektor, f.eks. socialektoren, blot fordi det handler om personer med funktionsnedsættelse.”

Jeg henviser til social- og boligministerens brev af 1. juni 2023 til Folketingets Socialudvalg, bilag 156 (SOU Alm. Del), samling 2022-23 (2. samling).

3.2. Sundhedslovgivningen

3.2.1. Sundhedsloven

Efter § 79, stk. 1, 1. pkt., i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 248 af 8. marts 2023) yder regionsrådet sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse. Det følger af lovens § 235, stk. 1, at bopælsregionen afholder udgifter til sygehusbehandling mv. efter § 79.

Efter sundhedslovens § 203, stk. 1, samarbejder regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Efter sundhedslovens § 205, stk. 1, indgår regionsrådet og kommunalbestyrelserne en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 1248 af 5. september 2022 om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg.

Det fremgår af vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 om bl.a. sundhedsaftaler, at sundhedsaftalen udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, og at sundhedsaftalen er en oplagt ramme for at understøtte sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne velfærdsområder, herunder socialområdet. Som en del af sundhedsaftalen kan der indgås samarbejdsaftaler, som bl.a. kan tjene til at skabe klarhed over, hvor og ved hjælp af hvilken faggruppe en indsats mest hensigtsmæssigt løses, hvilke aktører der har ansvar for borgerens forløb, og parternes vilkår, hvis der sker ændringer i opgaveoverdragelser eller arbejdsdeling mellem sektorerne. Jeg henviser til vejledningens pkt. 2.1 og 3.2.

Ved lov nr. 1537 af 27. december 2014 blev der indsat bestemmelser i sundhedsloven, der regulerer tilrettelæggelse af hjælperordninger for den gruppe borgere, som er i respirationsbehandling og har respirationshjælpere efter sundhedsloven og samtidig har hjælpere efter serviceloven, herunder betaling heraf (sundhedslovens §§ 205 d og 240 a). Der findes ikke tilsvarende bestemmelser om f.eks. CPAP-behandling.

Loven byggede på lovforslag nr. L 57 af 6. november 2014. Det fremgår af pkt. 1.2, 1.3, 2.2.1 og 2.3.1 i de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at det forud for lovændringen var almindelig praksis, at respirationsbehandlingen, som blev ydet af regionsrådet, og hjælp, som blev ydet af kommunalbestyrelsen, blev koordineret, således at den enkelte hjælper i en hjælperordning varetog både respirationsbehandlingen og hjælpen efter serviceloven, og regionsrådet og kommunalbestyrelsen delte udgifterne hertil. Det anføres endvidere i lovforslagets pkt. 2.1.1, at det ”understreges, at kommunalbestyrelsen i alle tilfælde har ansvaret for, at borgeren får den nødvendige hjælp efter serviceloven, lige som regionsrådet har ansvaret for, at borgeren får den nødvendige behandling efter sundhedsloven”. Lovforslaget kan læses på Folketingstidende.dk, samling 2014-15 (1. samling), tillæg A.

3.2.2. Afgrænsningscirkulæret

Af Sundheds- og Forebyggelsesministeriets (nu Indenrigs- og Sundhedsministeriets) cirkulære nr. 9079 af 22. marts 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften skal afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret), fremgår bl.a. følgende:

”Efter § 74 i sundhedsloven (...) har regionsrådet ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver. Disse opgaver består først og fremmest i at yde sygehusbehandling. Et integreret led i en sygehusbehandling er at forsyne patienter med de redskaber m.v., som er en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen, i de tilfælde, hvor der er behov herfor. Disse redskaber m.v. kategoriseres som behandlingsredskaber, og udgiften hertil afholdes af regionerne.

Formålet med dette cirkulære er, at *definere hvad behandlingsredskaber er, og at afgrænse behandlingsredskaber over for tilgrænsende kategorier af redskaber og hjælpemidler*, hvortil udgiften som hovedregel afholdes af andre end regionerne, typisk af kommunerne.

...

Området for apparatur, redskaber og hjælpemidler kan opdeles i 5 kategorier:

- 1) Behandlingsredskaber. Udgiften afholdes af regionerne.
- 2) Hjælpemidler og forbrugsgoder (lov om social service). Udgiften afholdes af kommunerne.
- 3) Hjælpemidler (hjemmesygepleje, sundhedsloven). Udgiften afholdes af kommunerne.
- 4) Hjælpemidler i forbindelse med genoptræning. Udgiften afholdes af kommunerne.
- 5) Hjælpemidler i øvrigt.

2. Nærmere beskrivelse af de enkelte kategorier

2.1. Behandlingsredskaber

Behandlingsredskaber er redskaber, som A) patienten forsynes med som led i behandling på sygehus eller i speciallægepraksis, der efter aftale med sygehusvæsenet varetager opgaver for dette, eller B) patienten forsynes med som led i eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling med det formål enten at tilvejebringe yderligere forbedring af det resultat, som er opnået ved sygehusbehandlingen, eller at forhindre forringelse af dette resultat. Følgende redskaber kategoriseres herefter som behandlingsredskaber:

...

2.1.3. Apparatur, som ordineres som led i behandling på sygehus/speciallægepraksis eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling, og som anskaffes til midlertidigt eller permanent brug i hjemmet, og hvor A) patienten har fået undervisning i brug af apparaturet på sygehus eller i speciallægepraksis, eller B) hvor patientens anvendelse af apparaturet er under en vis kontrol af sygehus eller speciallægepraksis. Eksempelvis iltapparater og insulinpumper.

Det bemærkes, at sygehusvæsenet er forpligtet til at betale for de nødvendige personaleressourcer, der knytter sig til den daglige brug af respiratorer og dialyseapparater i hjemmet.”

4. Myndighedernes udtalelser

4.1. Ankestyrelsen

Ankestyrelsen har fastholdt sine afgørelser i sagen, som Ankestyrelsen finder bekræftet af Indenrigs- og Sundhedsministeriets udtalelse (se herom pkt. 4.3 nedenfor).

Ifølge Ankestyrelsen er reglerne og praksis på handicapområdet funderet i bl.a. sektoransvarlighedsprincippet. Sektoransvarlighed betyder, at (den del af) den offentlige sektor, der udbyder en ydelse, en service eller et produkt, er ansvarlig for, at den pågældende ydelse også ydes til og er tilgængelig for mennesker med handicap. Den sektor, der bevilger en given ydelse, må så at sige "tage borger, som borger er". Denne sektor har dermed også opgaven med at sikre, at borgeren – med de udfordringer, den pågældende måtte have – er i stand til rent faktisk at benytte den bevilgede hjælp.

Det er Ankestyrelsens faste praksis, at en borgers behov for hjælpeopgaver som udgangspunkt ikke er omfattet af servicelovens regler om personlig hjælp og pleje, hvis det har sammenhæng med en ydelse, en service eller et produkt, der ydes af sundhedssektoren. Det har ikke betydning for vurderingen af, om der er tale om en servicelovsydelse eller en sundhedsydelse, om borgeren selv ville kunne udføre opgaven, hvis borgerens funktionsevne ikke var nedsat. Afgørende er, at der er tale om en hjælpeopgave, der efter sin karakter har sammenhæng med en ydelse, en service eller et produkt, der ydes af sundhedssektoren.

A's CPAP-maskine er bevilget efter sundhedslovens regler. Det er derfor sundhedssektoren, der har ansvaret for behandlingen samt oplæring i og håndtering af maskinen og masken. Hjælp til dette er i A's tilfælde således ikke en ydelse, der skal bevilges efter servicelovens regler om BPA, idet opgaven ud fra dennes karakter ikke hører under serviceloven.

Det var derfor berettiget, at kommunen ophørte med at afholde udgiften.

Det forhold, at der er tale om en opgave, som hører under sundhedssektoren, udelukker ikke, at kommunens personale udfører opgaven, så længe dette ikke strider mod bl.a. sundhedsfaglige regler og retningslinjer. Kommunens personale eller en hjælper ansat i en BPA-ordning vil således – efter aftale med sundhedssektoren – i praksis kunne udføre den pågældende hjælp. Ankestyrelsen har ved sagens behandling alene taget stilling til, hvilken sektor der har ansvaret for, at en borger får en ydelse, herunder skal finansiere hjælpen til borgeren.

4.2. Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har anført, at det ikke er en regional opgave at sørge for hjælp til håndtering af en CPAP-maskine, herunder overvågning om natten i eget hjem.

A har obstruktiv søvnapnø, som ikke er farlig for hende "her og nu". Hendes tilstand i forhold til søvnapnø har karakter af en varig og stationær funktionsnedsættelse. CPAP-maskinen har dermed ikke på nuværende tidspunkt et behandlingssigte. Formålet med maskinen er derimod at gøre det muligt for A at fungere om dagen og udføre sit job. A er tilknyttet hospitalet i et åbent forløb, men der er ingen faste kontroller eller plan for opfølgning, og hun kommer ikke til kontrol på hospitalet med henblik på kontrol af anvendelse af CPAP-maskinen.

Hvis CPAP-masken flytter sig i løbet af natten, vil det potentielt have en indvirkning på A's livskvalitet, idet hendes nattesøvn bliver påvirket. Det vurderes imidlertid ikke at have sundhedsmæssige konsekvenser for hende, hvis der går en halv til en hel time, før masken sættes på igen. Endvidere skyldes A's behov for hjælp til håndtering af CPAP-maskinen udelukkende hendes funktionsbegrænsninger som følge

af (anden sygdom). Det kræver ingen særlig sundhedsfaglig viden at hjælpe A med påsætning af maske mv., og det er Z Kommune, der har den tætteste kontakt til A.

4.3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har anført, at ministeriet til brug for sin vurdering har indhentet en sundhedsfaglig udtalelse om sagen fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der i sagen er tale om fortsat sygehusbehandling, bl.a. fordi A fortsat er tilknyttet et åbent forløb på hospitalet, som muliggør, at hun kan kontakte hospitalet uden ny henvisning fra egen læge. Det ændrer ikke herved, at CPAP-maskinen ifølge Region Hovedstaden ikke har et behandlingssigte, fordi A's tilstand er stationær. Sundhedsstyrelsen har i tilknytning hertil anført, at A's tilstand er velbehandlet, at hun følger det anbefalede kontrolforløb i sygehusregi, herunder at kontrollen med CPAP-maskinens anvendelse sker under ansvar af en læge på et sygehus, og at behandlingen med CPAP-maskinen i A's sag har det formål at forhindre forringelse af behandlingsresultatet.

Da A har fået CPAP-maskinen ordineret og udleveret som led i behandling på sygehus, har fået undervisning i brug af apparaturet på sygehuset, og anvendelsen af apparaturet er under en vis kontrol af sygehuset, er det yderligere Sundhedsstyrelsens vurdering, at CPAP-maskinen er et behandlingsredskab, og at der er tale om fortsat sygehusbehandling efter pkt. 2.1.3 i afgrænsningscirkulæret (se herom pkt. 3.2.2 ovenfor).

Det er herefter Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfattelse, at A's CPAP-behandling i eget hjem kan betragtes som fortsat sygehusbehandling efter sundhedsloven. Ved fortsat sygehusbehandling er det sygehuset, der har ansvaret for at vurdere behandlingsbehovet hos den enkelte patient, herunder patientens behov for eventuelle behandlingsredskaber. Ligeledes er det sygehuset, som skal vurdere patientens behov for personaleressourcer i forbindelse med udførelsen af behandling i hjemmet, hvis dette skulle blive nødvendigt.

Regionen har ansvaret for fortsat sygehusbehandling i eget hjem, herunder et eventuelt finansieringsansvar i forhold til behandlingsredskaber og nødvendige personaleressourcer forbundet med eventuel betjening af det pågældende behandlingsredskab. Det gælder, uanset om behandlingen eventuelt konkret udføres af kommunal hjemmesygepleje eller af en anden aktør efter nærmere aftale. Det ændrer heller ikke herved, at årsagen til, at patienten ikke kan betjene det udleverede behandlingsredskab, er en anden sygdom uden relation til behandlingsredskabet.

Det afgørende for vurderingen af behandlings- og finansieringsansvaret er, at der er tale om fortsat sygehusbehandling med det formål at forhindre forringelse af behandlingsresultatet.

Reglerne inden for sundhedsområdet er ikke til hinder for, at regionen kan indgå aftale med kommunen om, at kommunen varetager behandling uden for sygehuset. Regionen kan f.eks. indgå aftale med kommunen om, at kommunen står for den konkrete udførelse af den nødvendige behandling uden for sygehuset under iagttagelse af reglerne om sundhedspersoners benyttelse af medhjælp. Ministeriets regler er heller ikke til hinder for, at udgiften til personaleressourcer i forbindelse med brug af et behandlingsredskab i eget hjem kan afholdes af andre end regionen, hvis anden lovgivning tilsiger dette.

4.4. Social-, Bolig- og Ældreministeriet

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har anført, at udgangspunktet for udmålingen af hjælp efter servicelovens § 96 normalt er, at udmålingen skal dække alle borgerens behov for personlig og praktisk hjælp, overvågning og ledsagelse.

Hjælpebehov hos borgere i målgruppen for servicelovens hjælperordninger efter §§ 95 og 96 om tilskud til ansættelse af hjælpere og om borgerstyret personlig assistance kan efter en konkret vurdering omfatte hjælp til almindelige dagligdagsting, som f.eks. at påsætte en CPAP-maske.

Dansk handicappolitik er udformet på baggrund af de handicappolitiske grundprincipper om bl.a. sektoransvarlighed. Serviceloven indeholder imidlertid flere eksempler på fravigelse af de bagvedliggende principper, og selv om sektoransvarlighedsprincippet som udgangspunkt fastsætter, hvilken sektor og sektorlovgivning der skal anvendes, opstår der i praksis en række grænsetilfælde.

Formålet med en BPA-ordning er at tilbyde borgeren en helhedsorienteret og sammenhængende hjælp, og for så vidt angår BPA-ordningen kan sektoransvarlighedsprincippet ikke tillægges forrang i forhold til selve indholdet i og formålet med ordningen samt lovgivers intention hermed. Det har ikke været lovgivers intention, at alene hjælpebehov relateret til servicelovsydelser kan indgå i udmålingen af hjælp i hjælperordninger efter servicelovens § 96. Det må således antages, at hjælperordningerne også kan rumme hjælp knyttet til ydelser fra andre sektorområder. En modsat fortolkning vil risikere at udhule hjælperordningerne og gøre hjælpen mere fragmenteret.

At det ikke har været lovgivers intention, at hjælperordningerne ikke kunne rumme hjælp knyttet til ydelser fra andre sektorområder, understøttes af, at man i så fald ved indførslen af ordningerne ville være nødt til konkret at fastsætte afregningsregler mellem de forskellige sektorområder. Der findes ikke regler, som muliggør den slags afregninger uden for reglerne om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens.

Efter Social-, Bolig- og Ældreministeriets opfattelse kan Z Kommune således udmåle hjælpertimer efter serviceloven til hjælp til håndteringen af A's CPAP-maskine og -maske. For dels er det alene A's (anden sygdom), der gør hende ude af stand til selv at håndtere CPAP-maskine og -maske. Dels er formålet med en hjælperordning at kompensere for hendes varige funktionsnedsættelse grundet (anden sygdom).

5. Min vurdering

5.1. Hjælp til håndtering af CPAP-maskine mv.

5.1.1. Ankestyrelsens afgørelse

Efter servicelovens § 96, stk. 1, skal en kommunalbestyrelse tilbyde tilskud til dækning af udgifter ved ansættelse af hjælpere til bl.a. pleje og overvågning til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte.

A er omfattet af den personkreds, der har ret til støtte efter servicelovens § 96.

Ankestyrelsen har imidlertid både i sine afgørelser og i sine udtalelser til mig lagt til grund, at CPAP-maskinen er et behandlingsredskab, der stilles til rådighed i forlængelse af sygehusbehandling som en sundhedsydelse. Ankestyrelsen har endvidere fundet, at sektoransvarlighedsprincippet herefter medfører,

at ansvaret for behandlingen påhviler sundhedsmyndighederne. Af samme grund er det Ankestyrelsens vurdering, at A ikke er berettiget til udmåling af rådighedstimer hertil efter servicelovens BPA-regler.

Ankestyrelsens afgørelse hviler derved på to forudsætninger. For det første, at CPAP-maskinen er en sundhedsydelse, jf. herom pkt. 5.1.2, og for det andet, at dette indebærer, at det er regionen og ikke kommunen, som har ansvaret for behandlingen og finansieringen af denne, jf. herom pkt. 5.1.3.

5.1.2. Er der tale om en sundhedsydelse?

Sundhedsstyrelsen har i den foreliggende sag vurderet, at A's CPAP-maskine og -maske udgør et behandlingsredskab, og at der aktuelt er tale om fortsat sygehusbehandling med det formål at forhindre en forringelse af et behandlingsresultat. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tilsluttet sig samme sundhedsfaglige vurdering, som også Ankestyrelsen har lagt til grund.

Jeg har ved min behandling af sagen lagt denne sundhedsfaglige vurdering til grund.

En region har efter sundhedsloven ansvar for fortsat sygehusbehandling i eget hjem. Ansvar omfatter et eventuelt finansieringsansvar i forhold til behandlingsredskaber og nødvendige personaleressourcer forbundet hermed. Det gælder, uanset om behandlingen konkret eventuelt måtte blive udført af andre.

Jeg er på den baggrund enig med Ankestyrelsen i, at CPAP-maskinen og -masken i A's tilfælde må anses for et behandlingsredskab, og at ansvaret for behandlingen derfor som udgangspunkt hører under sundhedsmyndighederne og sundhedslovgivningen.

5.1.3. Er sektoransvarlighedsprincippet fraveget?

Spørgsmålet er herefter, om sektoransvarlighedsprincippet også finder anvendelse i forhold til de omhandlede hjælpeordninger efter serviceloven, herunder servicelovens § 96.

Som anført i forarbejderne til serviceloven er sektoransvarlighedsprincippet et grundlæggende princip i dansk handicappolitik. Princippet er afspejlet i flere af servicelovens bestemmelser, og det er i forarbejderne til lovens § 115 betegnet som "generelt gældende".

Efter min opfattelse er der ikke holdepunkter for en antagelse om, at sektoransvarlighedsprincippet skulle være fraveget i relation til BPA-ordninger efter servicelovens § 96.

Jeg har i den forbindelse lagt vægt på, at det som anført fremgår af forarbejderne til serviceloven, at sektoransvarlighedsprincippet er et "generelt gældende" princip, og at det intet sted i forarbejderne anføres, at princippet ikke gælder i forhold til reglerne om BPA-ordningen.

Tværtimod anføres det i forarbejderne til § 77 i den tidligere servicelov, at forslaget var baseret på bl.a. Udvalget om hjælpemidler og andre handicapkompenserende ydelsers 2. og afsluttende rapport, hvoraf det fremgik, at dansk handicappolitik byggede på bl.a. sektoransvarlighedsprincippet.

Endvidere er det i ministerens besvarelse af Socialudvalgets spørgsmål nr. 24, 26 og 27 under behandlingen af forslaget til lov nr. 549 af 17. juni 2008, hvorved servicelovens § 96, stk. 1, fik sin nuværende

affattelse, forudsat, at sygehusbehandling i patientens hjem ikke burde ske efter servicelovens regler om hjælperordninger, men efter sundhedslovgivningen.

Også lov nr. 1537 af 27. december 2014 – hvorved der blev indsat bestemmelser i sundhedsloven om hjælperordninger til borgere, som modtager respirationsbehandling i hjemmet – bygger efter min opfattelse på en forudsætning om, at sektoransvarlighedsprincippet ikke generelt er fraveget i forhold til ydelser efter servicelovens § 96.

Endelig har jeg lagt vægt på, at Social-, Bolig- og Ældreministeriets vejledning nr. 10325 af 12. december 2017 om kontant tilskud til ansættelse af hjælpere og borgerstyret personlig assistance, Social-, Bolig- og Ældreministeriets orientering nr. 10282 af 4. oktober 2022 om en række forhold vedr. hjælperordningerne efter servicelovens §§ 95 og 96 samt Ankestyrelsens undersøgelse fra juni 2023 om kommunernes registrering samt kommunernes udmålings- og visitationspraksis ved servicelovens hjælperordninger efter §§ 95 og 96 alle nævner sektoransvarlighedsprincippet som relevant for afgrænsningen af kommunernes ansvar efter BPA-ordninger i medfør af servicelovens § 96.

5.1.4. Konklusion

Som anført i forarbejderne til serviceloven og i pkt. 8 i Social-, Bolig- og Ældreministeriets vejledning til serviceloven indebærer sektoransvarlighedsprincippet og princippet om, at støtte efter sociallovgivningen er subsidiær til støtte efter andre sektors lovgivning, at det er en forudsætning for støtte efter serviceloven, at støtten ikke kan bevilges efter anden lovgivning.

Det må på baggrund af bl.a. forarbejderne til serviceloven lægges til grund, at disse principper også finder anvendelse i forhold til BPA-ordninger efter servicelovens § 96.

Henset til Sundhedsstyrelsens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering af, at A's CPAP-maskine og -maske er et behandlingsredskab og indgår i fortsat sygehusbehandling efter sundhedsloven, var det derfor efter min opfattelse korrekt, da Ankestyrelsen konkluderede, at sundhedssektoren havde ansvaret for såvel behandlingen af A som de hertil knyttede opgaver.

Af samme grund kan jeg ikke kritisere, at Ankestyrelsen og Z Kommune traf afgørelse om, at kommunen ikke havde pligt til efter servicelovens § 96 at bevilge A et kontant beløb til rådighedsvagt om natten med henblik på at bistå hende med CPAP-masken.

Jeg forstår, at det er Social-, Bolig- og Ældreministeriets vurdering, at en kommune i en sag som den foreliggende kan udmåle hjælpertimer til hjælp til håndteringen af en CPAP-maskine og -maske efter servicelovens § 96. Ministeriet har i den forbindelse peget på, at formålet med den hjælperordning, som A er visiteret til, er at kompensere for hendes funktionsnedsættelse på grund af (anden sygdom), og at det alene er denne funktionsnedsættelse, der gør hende ude af stand til selv at håndtere CPAP-maskinen og -masken.

Efter min opfattelse kan det ikke begrunde en fravigelse af den ansvarsfordeling mellem de sociale myndigheder og sundhedsmyndighederne, der følger af sektoransvarlighedsprincippet, at A's behov for hjælp til håndtering af CPAP-masken skyldes en funktionsnedsættelse, der ikke har forbindelse til den lidelse, som gør, at hun har behov for masken. Det kan heller ikke begrunde et andet resultat, at der efter det oplyste ikke kræves særlig sundhedsfaglig viden for at kunne hjælpe med påsætning mv. af masken.

I den konkrete sag var der ikke indgået en aftale mellem regionen og kommunen om, at kommunen på vegne af regionen skulle varetage den fortsatte sygehusbehandling i form af natlig håndtering af CPAP-maskinen og -masken.

Der er imidlertid – som også anført af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i forhold til reglerne inden for ministeriets ressort – intet generelt til hinder for, at en region kan indgå aftale med en kommune om, at kommunen varetager behandling uden for sygehuset. Regionen kan f.eks. indgå aftale om, at kommunen står for den konkrete udførelse af nødvendig behandling uden for sygehuset under iagttagelse af reglerne om (autoriserede) sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

Jeg henviser til sundhedslovens §§ 203 og 205 om samarbejde mellem regioner og kommuner om indsatsen på sundhedsområdet og om indgåelse af sundhedsaftaler. Jeg bemærker i den forbindelse, at lovgivningsmagten ved indførelsen af sundhedslovens §§ 205 d og 240 a om tilrettelæggelse af hjælperordninger for borgere i respirationsbehandling synes at have forudsat, at der også inden da var mulighed for at indgå aftaler om fælles hjælperordninger mellem region og kommuner i tilfælde, hvor en person både modtog behandling i eget hjem fra sundhedssektoren og hjælp ved en hjælperordning efter serviceloven, og at myndighedsansvaret for sundhedsbehandling lå og skulle fastholdes hos regionen.

Jeg har ikke herved taget stilling til, om regionen ud fra sundhedsfaglige hensyn mv. ville have grundlag for at lave en aftale med kommunen af den omhandlede karakter. Jeg har heller ikke taget stilling til spørgsmål om eventuel refusion mellem myndighederne for de udgifter, der måtte være forbundet med en sådan aftale.

5.2. Region Hovedstadens håndtering af sagen

Region Hovedstaden har under sagen lagt til grund, at A's CPAP-maskine og -maske ikke havde karakter af et sundhedsmæssigt behandlingsredskab, og at regionen derfor ikke havde et ansvar for håndteringen af hendes CPAP-behandling om natten.

Som anført i pkt. 5.1 ovenfor har jeg imidlertid i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering lagt til grund, at CPAP-maskinen og -masken i dette tilfælde er et behandlingsredskab. Endvidere er jeg som nævnt enig med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Ankestyrelsen i, at de hertil knyttede opgaver, herunder hjælp til håndtering af behandlingsredskabet om natten, som udgangspunkt hører under sundhedsmyndighederne og sundhedslovgivningen.

Region Hovedstaden burde derfor efter min opfattelse under forløbet, herunder i forbindelse med henvendelser om sagen fra Z Kommune om A's behandlingsbehov, have vurderet det konkrete behov for hjælp og på den baggrund taget ansvar for, at hun fik den nødvendige hjælp om natten.

Jeg henstiller derfor til Region Hovedstaden på det nu foreliggende grundlag at vurdere A's aktuelle behandlings- og hjælpebehov.

Regionen vil i den forbindelse skulle vurdere, dels hvilket behandlings- og hjælpebehov A på nuværende tidspunkt har, dels hvordan og af hvem et sådant behov kan varetages, og hvad de nærmere betingelser herfor i givet fald skal være.

I den forbindelse vil regionen eventuelt kunne overveje, om der er anledning til at søge at indgå en aftale med kommunen om varetagelsen af den praktiske hjælp, jf. pkt. 5.1.4 ovenfor.