



August 2016

NOTAT

Ledsagelse af borgere med demens og svage ældre til behandling hos læge eller på sygehus

Borgere med demens og svage ældre, som skal til behandling hos læge eller på sygehus, kan ikke altid identificere sig selv eller redegøre for, hvorfor de er mødt frem. Derfor kan der være behov for, at borgere med demens og svage ældre ledsages til behandling hos læge eller på sygehus eller at der på anden vis er blevet orienteret om den pågældendes fremmøde, dennes tilstand og formålet med besøget.

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget afgav i februar 2015 beretning vedr. beslutningsforslag B22 om ledsagelse af demente og svage ældre, som blev fremsat i november 2014 af Dansk Folkeparti.

Udvalget opfordrer i beretningen til at sikre, at der iværksættes en undersøgelse, der afdækker kommunernes nuværende praksis og administration af de gældende regler omkring ledsagelse af borgere med demens og svage ældre i forbindelse med besøg hos læge eller på sygehus.

Der er nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet, Social og Indenrigsministeriet, KL og Danske Regioner, som har haft til opgave at belyse området. På baggrund heraf har arbejdsgruppen udarbejdet nærværende notat om ledsagelse af borgere med demens og svage ældre til behandling hos læge eller på sygehus.

Notatet indeholder en beskrivelse af praksis for ledsagelse af borgere med demens og svage ældre til behandling hos læge eller på sygehus.

Beskrivelsen består dels af en vurdering fra regionerne af omfanget af hændelser, hvor borgere over 65 år med varig nedsat funktionsevne som følge af kognitive lidelser, fx en demenssygdom møder på et sygehus

- 1) uden at kunne identificere sig selv og/eller kunne redegøre for, hvorfor de møder op,
- 2) uden at en ledsager som kan oplyse dette samt
- 3) uden at der på anden måde er orienteret om pågældendes fremmøde og data, baggrund eller formål med besøget.

Dels en vurdering fra udvalgte kommuner af omfanget af ovenstående hændelser og eksempler på deres praksis i forhold til ledsagelsen. Afslutningsvis beskrives praksis i forhold til advisering og videregivelse af oplysninger mellem kommuner og regioner omkring ledsagelse af borgere med demens og svage ældre. Det kan derfor ikke konkluderes ud fra arbejdsgruppens arbejde, hvad årsagen til eventuelle hændelser, der opfylder alle tre kriterier, er.

Som ramme for praksisbeskrivelsen indledes notatet med et afsnit om reglerne om ledsagelse af borgere med demens og svage ældre til behandling hos læge eller på sygehus samt et afsnit om sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner om koordinering af patientforløb på tværs af sektorerne.

Sammenfatning

Som en del af arbejdsgruppens arbejde er praksis blevet belyst via en spørgeskemaundersøgelse i regionerne samt interview med fire udvalgte kommuner. Af spørgeskemaundersøgelsen til regionerne fremgår det, at det varierer mellem regioner og også de enkelte sygehuse, om og hvor ofte de oplever at modtage borgere, som møder uledsagede op på et sygehus uden at kunne identificere sig selv og/eller kunne redegøre for, hvorfor de møder op, og uden at der på anden måde er orienteret om pågældendes fremmøde og data, baggrund eller formål med besøget.

På de fleste sygehuse oplever man ingen eller kun få hændelser svarende til mellem to til ti gange om året, men på enkelte sygehuse oplever man et par gange om måneden, at der kommer ældre uledsagede borgere ind med nedsat kognitivt funktionsevne, som ikke kan identificere sig selv og/eller kunne redegøre for, hvorfor de møder op, og uden at sygehuset er adviseret forud for fremmødet. På meget få sygehuse opleves det hyppigere. Hændelserne forekommer både på akutte og somatiske afdelinger, men yderst sjældent på de psykiatriske afdelinger.

De fire kommuner, der indgår i undersøgelsen, er ikke bekendt med, at borgere med behov for ledsagelse, som de har kontakt til, er mødt uledsaget op på sygehuset uden at kunne identificere sig selv og uden at sygehuset er blevet orienteret om fremmødet - ud over et par enkelte tilfælde i én kommune. Ingen af de interviewede kommuner afviser dog, at den pågældende situation kan finde sted uden kommunens viden herom. Kommunerne oplyser i forlængelse heraf, at de kun kan ledsage en borger til sygehuset, hvis de er bekendt med, at vedkommende har en tid til en behandling. Dette vil ikke altid være tilfældet, da behovet for behandling eksempelvis kan opstå akut eller fordi kommunen ikke har adgang til borgerens post.

Selvom sygehuse oplyser, at de oplever, at der er borgere, som har svært ved at identificere sig selv og/eller redegøre for, hvorfor de møder op, oplyser flere af sygehuse, at der har været forudgående kontakt mellem sygehuset og fx pårørende, kommunen eller egen læge, før en borger møder frem på sygehuset. Derudover peger flere sygehuse på, at de adviseres og får relevante oplysninger om borgeren via elektroniske systemer. Hvis borgeren får befordring til og fra sygehuset, kan chaufføren også oplyse borgerens identitet. Et sygehus gør opmærksom på nødvendigheden af, at advisering afdækker borgerens symptomer, for at lægen kan give den optimale behandling.

De interviewede kommuner oplyser, at det beror på en konkret og individuel faglig vurdering, hvorvidt en ældre har behov for ledsagelse til sygehus. Samtlige interviewede kommuner fremfører, at pårørende for det meste er førsteprioriteten i forhold til at ledsage ældre til hospitalet, da den ældre herved er mest rolig og tryk. Der findes i praksis pragmatiske løsninger, hvis en borger har behov for ledsagelse til sygehuset. Dette gælder særligt i akutte situationer.

Der er forskel mellem de interviewede kommuner på, om praksis for ledsagelse af borgere med demens og andre svage ældre er nedskrevet. Alle kommunerne vurderer dog, at der eksisterer en fast praksis på området, som alle medarbejdere er bekendt med. Halvdelen af de adspurgte kommuner har en samarbejdsaftale med regionen om ledsagelse og ansvarsfordelingen i forhold til ledsagelse til sygehus samt evt. praktisk bistand under sygehusbesøget.

Der er hjemmel i serviceloven til ledsagelse til læge eller sygehus og i sundhedsloven til befordring til læge og sygehus og ledsagelse i forbindelse med befordringen. Ledsagelse til behandling hos læge eller på sygehus forudsætter ofte et samarbejde mellem sygehus, praktiserende læge og kommune. Sundhedsaftalerne udgør en relevant ram-

me for tilrettelæggelsen af den konkrete koordinering og ansvarsfordeling i forhold til ledsagelse til behandling hos læge eller på sygehus. Flere regioner og kommuner har i dag samarbejdsaftaler som underaftaler til sundhedsaftalerne, der vedrører ledsagelse. Det er forskelligt, hvilke situationer og hvilke målgrupper, der er omfattet af aftalerne.

Arbejdsgruppen anbefaler, at ledsagelse af borgere med demens og svage ældre til behandling hos læge eller på sygehus fremadrettet aftales i regi af sundhedsaftalerne. KL og Danske Regioner vil derfor som opfølgning på arbejdsgruppens afdækning skrive til de fem sundhedskoordinationsudvalg og bede dem om at have særlig fokus på, hvordan der ved behov sikres ledsagelse til behandling hos læge eller på sygehus til denne målgruppe.

1. Reglerne

1.1. Indledning

I det følgende afsnit beskrives de regler, der vedrører ledsagelse af borgere med demens eller svage ældre borgere til behandling hos læge eller på sygehus. Det drejer sig om regler om tilbud om socialpædagogisk bistand efter serviceloven, og befordring og ledsagelse til læge og sygehus efter sundhedsloven. Derudover beskrives praktiserende læges sygebesøg efter overenskomst om almen praksis mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende lægers organisation.

1.2. Ledsagelse til læge eller sygehus efter serviceloven

Ledsagelse til læge eller sygehus efter en konkret og individuel vurdering af borgerens behov for hjælp

Efter formålsbestemmelsen i servicelovens § 81 skal kommunalbestyrelsen tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med indsatsen er bl.a. at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i plejebolig og på plejehjem.

Efter servicelovens § 85 skal kommunerne tilbyde socialpædagogisk bistand til voksne med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Den socialpædagogiske bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, så den pågældende kan leve et liv på egne præmisser.

Den socialpædagogiske bistand kan fx ydes som et element i et samlet tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning, eller ledsagelse til personer uanset deres boform.

Hjælpen kan blandt andet bestå af praktisk betonedede funktioner, som fx ledsagelse til behandling og lægebesøg.

Pårørendes rolle

Det fremgår bl.a. af servicelovens generelle formålsbestemmelse i servicelovens § 1, at hjælp efter serviceloven bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie, og at hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i et samarbejde med den enkelte.

I forbindelse med den individuelle og konkrete vurdering af borgerens behov for hjælp skal kommunen således bedømme borgerens samlede situation. Der skal bl.a. tages hensyn til ansøgerens pårørende og netværk.

1.3. Befordring og ledsagelse til læge og sygehus efter sundhedsloven

Sundhedslovens §§ 170-174 regulerer patienters adgang til befordring til og fra behandling. Der er fastsat nærmere regler i bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Befordringsreglerne giver pensionister ret til befordring eller befordringsgodtgørelse. Kommunerne yder befordringsgodtgørelse til og fra behandling hos alment praktiserende

læge eller speciallæge. Kommunerne vil – når lov nr. 129 af 16. feb. 2016 om ændring af sundhedsloven træder i kraft den 1. juli 2016 – også kunne vælge at yde befordring til og fra behandling hos alment praktiserende læge eller speciallæge. Kommunerne yder desuden befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra genoptræning efter endt sygehusbehandling, mens regionerne yder befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra behandling på sygehus.

En ledsager til en patient, der modtager befordring eller befordringsgodtgørelse, har også ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, når ledsagelsen er nødvendig på grund af patientens alder eller helbredstilstand. Kommunernes og regionernes forpligtelse til at yde en forsvarlig og rimelig befordring af patienten eller godtgørelse herfor efter sundhedsloven indebærer, at det påhviler kommunen/regionen at sikre ledsagelse/yde godtgørelse for udgiften hertil, hvis en efterlevelse af kravet i forbindelse med befordringsreglerne om forsvarlighed forudsætter ledsagelse af patienten, og den pågældende patient ikke selv har den nødvendige ledsager i forbindelse med selve befordringen.

1.4. Praktiserende læges sygebesøg

Det følger af § 43, stk. 1, i Overenskomst om almen praksis mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende lægers organisation, at undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, medmindre sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. Af § 45, stk. 4, fremgår, at lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 43, stk. 1 i ovennævnte overenskomst. Det er dermed lægen, som ud fra ovenstående skønner, om borgeren skal have et sygebesøg.

2. Sundhedsaftaler

2.1 Indledning

Ledsagelse til behandling hos læge eller sygehus forudsætter, at der er et samarbejde mellem sygehusene, praktiserende læge og kommune. Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sektorer. Sundhedsaftalerne udgør en relevant ramme for tilrettelæggelsen af den konkrete koordinering og ansvarsfordeling i forhold til ledsagelse til behandling hos læge eller på sygehus.

Flere regioner og kommuner har i dag samarbejdsaftaler som underaftaler til sundhedsaftalerne, der vedrører ledsagelse. Det er forskelligt, hvilke situationer og hvilke målgrupper, der er omfattet af aftalerne.

Arbejdsgruppen anbefaler, at ledsagelse af borgere med demens og svage ældre til behandling hos læge eller på sygehus fremadrettet skal aftales i regi af sundhedsaftalerne. KL og Danske Regioner vil derfor som opfølgning på arbejdsgruppens afdækning skrive til de fem sundhedskoordinationsudvalg og bede dem om at have særlig fokus på, hvordan der ved behov sikres ledsagelse til behandling hos læge eller på sygehus til denne målgruppe.

2.2. Generelt om sundhedsaftaler

Sundhedslovens § 205 fastlægger forpligtelsen til, at regionsråd og kommunalbestyrelser indgår sundhedsaftaler. Her fastlægges også, at aftalerne skal indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Sundhedsaftalerne indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i de kommuner, som ligger i regionen. Der indgås fem sundhedsaftaler – én for hver region, og aftalerne skal udarbejdes minimum én gang for hver kommunal valgperiode.

Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sektorer. Formålet er, at borgere og patienter modtager en sammenhængende indsats af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, de har behov for.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at sikre sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fastlægger de overordnede rammer for sundhedsaftalerne, herunder for Sundhedsstyrelsens godkendelse, og indsatsområder og tværgående temaer.

I de nuværende sundhedsaftaler er der fire obligatoriske indsatsområder:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering

- Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Derudover fremgår af bekendtgørelsen, at sundhedsaftalerne i relevant omfang skal tage udgangspunkt i en række tværgående temaer, bl.a. et tema om arbejdsdeling og samarbejde, som skal medvirke til en entydig arbejdsdeling og fastlægge samarbejdet mellem de relevante aktører inden for de obligatoriske indsatsområder – både i forbindelse med borgeres overgang fra én sektor til en anden fx i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, og når borgere har samtidige forløb i flere sektorer¹.

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler giver en uddybende vejledende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og bidrager hermed til tilrettelæggelsen af opgaven vedrørende udarbejdelse af sundhedsaftaler i regioner og kommuner.

Uddrag om ledsagelse fra Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen

Aftalen skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige praktiske hjælp og ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset. Forløbene omhandler kun de borgere, som kommunen er i kontakt med.

Forløb 1 Akutte forløb

Hvis der er brug for ledsagelse:

Kommunen kontakter akutmodtagelsen telefonisk for at aftale ankomsttidspunkt. Dette for at gøre ventetiden for både borgeren og det ledsagende personale kortest mulig. Kommunen afgør, om plejepersonalet ledsager borgeren på sygehuset. I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren bære et ID-armbånd. Kommunen betaler befordring og tid under befordring for ledsager.

Forløb 2 Ambulant kontakt

Kommunen afklarer, om en borger i målgruppen har behov for ledsagelse og/eller praktisk hjælp i forbindelse med en ambulant kontakt på sygehuset og går i dialog med afdelingssygeplejersken herom. Dialogen føres så vidt muligt elektronisk via ambulant korrespondance, alternativt telefonisk, så snart indkaldelsen til sygehuset er kendt.

Hvis der er brug for ledsagelse:

Kommunen vurderer, om der er brug for at ledsage borgeren til sygehuset og stiller personale til rådighed herfor. Ved bestilling af transport gøres opmærksom på - af hensyn til pladsen - at der skal ledsages med. I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren bære et ID-armbånd. Kommunen betaler befordring og tid under befordring af ledsager.

Forløb 3 Stationær kontakt (indlæggelse)

Kommunen afklarer, om en borger i målgruppen har behov for ledsagelse og/eller praktisk hjælp i forbindelse med en indlæggelse på sygehuset og går i dialog med afdelingssygeplejersken herom. Dialogen føres så vidt muligt elektronisk via korrespondancemeddelelse, alternativt telefonisk, så snart indkaldelsen til sygehuset er kendt.

¹ Tema 1) Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer, tema 2) Koordination af kapacitet, tema 3) Inddragelse af patienter og pårørende, tema 4) Lighed i sundhed og tema 5) Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

3. Praksis

3.1. Metode

Praksis er belyst dels via en spørgeskemaundersøgelse, som Danske Regioner har udsendt til regionerne, og dels gennem interview med 4 kommuner, som KL har gennemført på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen i regionerne.

Spørgeskemaerne til regionerne er videresendt til relevante sygehusafdelinger. I spørgeskemaundersøgelsen har Danske Regioner bedt de fem regioner om at vurdere omfanget af borgere over 65 år med varig nedsat funktionsevne som følge af kognitive lidelser, fx en demenssygdom, der møder på et sygehus uden

- 1) At kunne identificere sig selv og/eller kunne redegøre for, hvorfor de møder op
- 2) En ledsager som kan oplyse dette og
- 3) At der på anden måde er orienteret om pågældendes fremmøde og data, baggrund eller formål med besøget.

Alle tre betingelser skal være opfyldt samtidigt, for at hændelsen er omfattet af spørgeskemaundersøgelsen. Det bemærkes, at nogle besvarelser fra regionerne om omfanget af hændelser er behæftet med usikkerhed, idet det ikke fremgår tydeligt af svarerne, om alle tre betingelser er opfyldt, samt om hændelserne omhandler borgere over 65 år med varig nedsat kognitiv funktionsevne. Det er således muligt, at nogle af de indberettede hændelser kan ligge uden for spørgeskemaundersøgelsens ramme. I de tilfælde, hvor der er stor usikkerhed om besvarelserne, er de ikke medtaget i notatet.

Regionerne er samtidig blevet bedt om at oplyse, hvorledes sygehuset typisk har fået besked (telefon, mail mv.), når sygehuset adviseres forud for at ældre borgere med varig nedsat funktionsevne som følge af kognitive lidelser, fx en demenssygdom er blevet indkaldt til samtale.

Nogle regioner har indsendt et samlet svar for regionens sygehuse, mens andre har indsendt svar fra de enkelte sygehuse eller for nogle af regionens sygehuse. Hertil kommer at Region Nordjylland ikke hidtil har haft praksis for at registrere kontakt med personer med varigt nedsat kognitiv funktionsevne, hvorfor der kun foreligger få tilbagemeldinger fra Region Nordjyllands sygehuse². Der er således ikke tale om en fuldstændig undersøgelse af omfanget af hændelser, hvor en ældre med en varig nedsat kognitiv funktionsevne møder op uden ledsager og uden at kunne identificere sig selv og/eller redegøre for hvorfor de møder op samt uden at sygehuset på anden vis er blevet orienteret om fremmødet.

På baggrund af Danske Regioners undersøgelse har KL interviewet fire udvalgte kommuner med henblik på at afdække praksis i kommunerne, når en dement eller svag ældre er indkaldt til behandling eller skal akut på sygehus. I interviewet med de fire kommuner indgår den kommunale praksis og tiltag ift. ledsagelse i forbindelse med besøg på sygehus og kommunernes vurdering af omfanget af behovet for ledsagelse. Derudover indgår lokale retningslinjer ift. ledsagelse samt samarbejdet med regionerne, herunder eventuelle udfordringer med manglende overlevering af informationer fra kommunernes side og/eller fra regionerne. Kommunerne er udvalgt på baggrund af resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, som Danske Regioner har foretaget. Således at der er udvalgt kommuner, som ligger i regioner, hver der er henholdsvis flere eller færre hændelser med svage eller demensramte ældre, der er mødt op på et sygehus uden at kunne identificere sig selv, og/eller redegøre for hvorfor de møder op, uden ledsager, og uden at sygehuset

² Danske Regioner oplyser, at Region Nordjylland har igangsat et arbejde med fremover at registrere de relevante patientkontakter.

er blevet orienteret om fremmødet. Afdækningen af den kommunale praksis er således ikke repræsentativ, men kan give et billede af praksis i de udvalgte kommuner samt kommunale perspektiver på udfordringer og løsninger.

Undersøgelsen af praksis belyser alene ledsagelse af borgere med demens og svage ældre, som skal på sygehus. Der er således ikke foretaget en undersøgelse af praksis i forhold til ledsagelse til alment praktiserende læge. Dette skyldes dels at arbejdsgruppen har vurderet, at der ikke forventes at være den samme problemstilling ift. ledsagelse, da den alment praktiserende læge ofte har en tættere kontakt med sine patienter og kender den enkelte patient og dennes anamnese. Dels et praktisk hensyn i forhold til undersøgelsens omfang. Det vurderes dog, at almen praksis kan opleve lignende udfordringer som sygehusene fx i forhold til mangelfulde oplysninger om borgernes almen- og helbredstilstand og symptomer. I det følgende afsnit sammenfattes konklusionerne fra spørgeskemaundersøgelsen i regionerne og interviews med kommunerne.

3.2. Praksis

Af spørgeskemaundersøgelsen til regionerne fremgår det, at det varierer mellem regioner og også de enkelte sygehuse, om og hvor ofte de oplever at modtage borgere, som opfylder alle tre betingelser for at indgå i undersøgelsen.

De fire kommuner, der indgår i undersøgelsen, er ikke bekendt med, at borgere med behov for ledsagelse, som de har kontakt til, er mødt uledsaget op på sygehuset uden at kunne identificere sig selv og uden at sygehuset er blevet orienteret om fremmødet - ud over et par enkelte tilfælde i én kommune.

De interviewede kommuner oplyser, at det beror på en konkret og individuel faglig vurdering, hvorvidt en ældre har behov for ledsagelse til sygehus. Der findes i praksis pragmatiske løsninger, hvis en borger har behov for ledsagelse til sygehuset. Dette gælder særligt i akutte situationer.

I det følgende afsnit beskrives resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen og interview med udvalgte kommuner. Afsnittet belyser omfanget af hændelser fordelt på sygehusenes akutafdeling, somatiske afdelinger og psykiatriske afdelinger. Herudover indgår de fire kommuners vurdering af omfanget. Efterfølgende beskrives advisering og oplysninger om borgerne på hospitalerne samt kommunernes praksis og tiltag i forhold til ledsagelse. Oplysningerne i afsnittet er baseret på Danske Regioners spørgeskemaundersøgelse samt KLs interview med fire kommuner.

a. Omfang

Sygehusene modtager dagligt mange borgere, enten på akutafdelingerne eller på de somatiske og psykiatriske afdelinger. I 2014 var der samlet set næsten 5 millioner fremmøder årligt af personer over 65 år i akutmodtagelserne og i forbindelse med ambulante besøg og indlæggelser i psykiatrien og somatikken, jf. bilag 1. Nedenfor fremgår regionernes besvarelser opdelt på henholdsvis akutmodtagelserne, somatikken og psykiatrien.

Akutmodtagelserne

Undersøgelsen viser, at Region Midtjylland ikke oplever fremmøder på akutmodtagelserne, hvor alle tre betingelser er opfyldt. Region Sjælland oplyser, at situationen forekommer med jævne mellemrum, men angiver ikke hvor ofte.

På nogle sygehuse i Region Hovedstaden og Region Syddanmark oplyses det, at der henvender sig borgere på en akutmodtagelse, uden at kunne identificere sig selv, og/eller

redegøre for, hvorfor de møder op, og uden ledsager og uden at der er orienteret om fremmødet på forhånd. På et enkelt sygehus forekommer op til 25 gange årligt, mens et andet sygehus kun oplever situationen ca. 2 gange om året

Somatiske afdelinger

På de somatiske modtagelser i Region Midtjylland hænder det ifølge oplysningerne fra undersøgelsen enten ikke, eller kun sjældnere end én gang pr. måned, at sygehusene uden advisering modtager uledsagede borgere, som ikke kan identificere sig selv og/eller redegøre for hvorfor de møder op.

Generelt oplever sygehusenes somatiske afdelinger i Region Syddanmark og Region Hovedstaden kun forholdsvis få fremmøder, der har den beskrevne karakter. Hyppigheden af uledsagede borgere med demens eller svage ældres fremmøde i somatikken varierer dog i de forskellige afdelinger og fra sygehus til sygehus mellem to til ti tilfælde årligt, dog 24 gange på en enkelt afdeling. I begge regioner er forekomsten - ikke overraskende henset til målgruppen - større på de medicinske afdelinger, hvor situationen opstår op til 15 gange om året. På et sygehus estimeres det ifølge undersøgelsen dog, at hændelsen forekommer 50 gange årligt på den medicinske afdeling.

Region Sjælland oplyser, at der, grundet variation fra afdeling til afdeling, ikke kan gives endeligt svar på, hvor mange borgere det drejer sig om, men at situationen forekommer.

Psykiatriske afdelinger

Region Syddanmark skønner, at det er yderst sjældent, at borgere, som opfylder alle tre kriterier, møder op på afdelingerne i psykiatrihuset. Tilsvarende gør sig gældende i Region Sjælland, hvor der alene er kendskab til et enkelt tilfælde de seneste år. I Region Hovedstaden kender man til borgere, som ikke kan identificere sig selv, men de er som regel ledsaget af en pårørende eller en ansat fra plejehjem mv., og man er typisk adviseret telefonisk på forhånd. På de fleste centre er der intet kendskab til situationer, der lever op til alle betingelserne for at indgå i undersøgelsen.

Kommunernes vurdering af omfanget

Af KL's interviews med kommunerne fremgår det, at tre ud af fire af de interviewede kommuner ikke er bekendt med, at borgere med behov for ledsagelse, som de har kontakt til, er mødt uledsaget op på sygehuset uden at kunne identificere sig selv og uden at sygehuset på anden vis er blevet orienteret om pågældendes fremmøde. Den sidste kommune tilkendegiver at have kendskab til to tilfælde, hvor en borger, med behov for ledsagelse, ikke er blevet ledsaget til sygehuset.

Flere af de interviewede kommuner oplyser, at de aldrig er blevet gjort opmærksomme af regionen eller af sygehusene på, at den pågældende problemstilling skulle være hændt.

Ingen af de interviewede kommuner afviser dog, at den pågældende situation kan finde sted uden kommunens viden herom. Kommunerne oplyser i forlængelse heraf, at de kun kan ledsage en borger til sygehuset, hvis de er bekendt med, at vedkommende har en tid til en behandling. Kommunerne nævner i den sammenhæng, at der kan være forskellige årsager til, at kommunerne ikke er bekendt hermed – fx at kommunen ikke har adgang til at åbne borgerens post, og vedkommende ikke selv har informeret kommunen om den kommende behandling. Det er en problemstilling, som særligt gør sig gældende i forhold til borgere i eget hjem, men omfatter for så vidt også beboere på plejehjem, hvor der ikke foreligger en aftale om, at kommunens medarbejdere har adgang til borgerens post.

Samtlige interviewede kommuner vurderer, at omfanget af borgere, som har behov for ledsagelse til sygehusbehandling, på nuværende tidspunkt er håndterligt. Kommunerne vurderer dog også, at omfanget af borgere med behov for ledsagelse er stigende. Kommunerne nævner selv en række årsager hertil:

- Den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere ældre og de ældre samtidigt lever længere. Som følge vil der samtidigt ske en stigning i antallet af borgere med behov for ledsagelse
- Der ses i disse år en stigning i antallet af borgere med demens
- Som følge af øget afstand til pårørende får flere ældre behov for, at kommunen varetager ledsagelsen
- Længere afstand til nærmeste sygehus kan betyde, at flere får behov for ledsagelse. Ofte kan ældre borgere færdes alene i deres nærmiljø, men har behov for assistance, når de skal på længere ture. Samtidigt betyder den længere afstand til sygehus, at kommunernes opgave i forbindelse med ledsagelse vokser – særligt i landkommunerne skal der sættes mange timer af til ledsagelse til og fra sygehus
- Stadig kortere indlæggelsestid betyder, at langt mere af opfølgende behandling foregår ved ambulante besøg på sygehuset. Antallet af sygehusbesøg per borger er således stigende og som følge har borgeren oftere behov for ledsagelse end tidligere
- En af kommunerne i undersøgelsen nævner, at de oplever, at lægerne i højere grad end tidligere efterspørger, at kommunen ledsager de demensramte til behandling i sundhedsvæsenet

b. Kommunernes praksis i forhold til ledsagelsen

Alle kommunerne angiver at behov for ledsagelse til sygehus til svage ældre og ældre med varigt nedsat funktionsevne beror på en konkret og individuel faglig vurdering.

Det fremgår videre, af KL's interview, at samtlige kommuner oplyser, at pårørende for det meste er førsteprioriteten i forhold til at ledsage ældre til sygehuset, da den ældre herved er mest rolig og tryk. Pårørende kan være familie, naboer, venner mv. Såfremt det ikke er muligt for pårørende at ledsage vedkommende til sygehuset, oplyser kommunerne, at de står for ledsagelsen. To af kommunerne har en ordning med frivillige, som medarbejderne kan kontakte ved behov for ledsagelse. Hvis ikke en frivillig har mulighed for at ledsage, tager en kommunal medarbejder med den ældre på sygehuset. I en kommune er det primært eleverne, som ledsager den ældre, men i en anden kommune prioriterer man så vidt muligt at sende medarbejdere, som kender borgeren godt.

Kommunerne understreger, at der i praksis findes pragmatiske løsninger i forhold til at sikre, at ældre med behov for ledsagelse bliver ledsaget til sygehuset. Dette gælder særligt i akutte situationer.

I forlængelse heraf udtrykker en af de interviewede kommuner, at alle borgere med behov for ledsagelse altid ledsages til behandling. En anden kommune fortæller imidlertid, at hvis det i en akut situation ikke har været muligt at sende en kommunal medarbejder med i ambulancen, gør man sig ekstra omhyggelig med at overdrage nødvendig information til redderne i ambulancen og personalet på sygehuset. Det er langt lettere at planlægge opgaven, når man på forhånd ved, at den ældre skal til behandling på sygehuset. Her har man på forhånd mulighed for at lave en aftale med de pårørende eller selv sætte medarbejderressourcer af til opgaven.

Der er forskel mellem de interviewede kommuner på, i hvilket omfang praksis for ledsagelse af borgere med demens og andre svage ældre er nedskrevet. To af kommunerne har interne nedskrevne retningslinjer for ledsagelse, mens de to andre ikke har nedskrevne retningslinjer. Det er imidlertid samtlige kommuners vurdering, at der eksisterer en fast praksis på området, som alle medarbejdere er bekendt med.

Desuden tilkendegiver to af de interviewede kommuner at have en samarbejdsaftale med regionen vedrørende ledsagelse og ansvarsfordelingen mellem kommune og region i forhold til ledsagelse til og fra sygehus samt evt. praktisk bistand under sygehusbesøget.

c. Advisering og videregivelse af oplysninger

Ved advisering på akutmodtagelser fremgår det af spørgeskemaundersøgelsen til regionerne, at Region Sjælland oplyser, at regionens sygehuse typisk er adviseret om borgere med demens eller svage ældre borgeres fremmøde på akutmodtagelsen fra ambulancekørslen. I Region Hovedstaden sker orienteringen ifølge undersøgelsen enten gennem den elektroniske akutportal for så vidt angår borgere, der kommer ind til ambulans skadebehandling samt den centrale visitationsenhed (CVI) for så vidt angår borgere, der skal indlægges. Årsagen til indlæggelse og oplysninger om at en borger har demens, vil fremgå af systemet. Når borgeren kommer ind, er der mulighed for at tilgå de elektroniske rapporter, der anvendes i korrespondancen mellem primær sektor og sygehuset, herunder oplysninger om borgerens vanlige kognitive tilstand. Derudover sker overleveringen af oplysninger også via praktiserende læge, 1813, eller borgerens plejebolig. De øvrige regioner har ikke oplyst om medier til advisering af akutmodtagelser.

Når de somatiske modtagelser adviseres, sker det ifølge undersøgelsen, typisk via borgerens familie eller plejehjem, men også via praktiserende læge, vagtlæge eller Falck/ledsager. F.eks. oplyser et sygehus, at det i forbindelse med henvisning fra egen læge til et ambulans forløb anføres, om der er behov for transport, og om der er tale om en borger med kognitive vanskeligheder. Derudover oplyser nogle regioner, at adviseringen sker gennem indlæggelsesrapport eller korrespondancemeddelelser (SAM:BO).

Undersøgelsen viser overordnet, at sygehusene generelt svarer, at de er adviseret om borgerne forud for fremmødet. På enkelte sygehuse i Region Syddanmark og Region Hovedstaden oplyses det, at der ikke adviseres forud for borgerne besøg.

Selvom sygehusene er adviseret om borgernes fremmøde, bemærker nogle afdelinger, at de oplever borgere, der møder frem uden at kunne redegøre for deres symptomer den seneste tid og uden rapport fra hjemmepleje eller plejehjem. På et sygehus oplyses det, at der ofte er en ledsager med fra plejehjemmet, som ikke har yderligere kendskab til borgeren ud over identiteten. Det kan ifølge sygehuset øge risikoen for, at borgeren ikke får den optimale behandling, hvis ikke det er muligt at få oplysninger om, hvorvidt en iværksat behandling har haft den ønskede effekt mv. Sygehuset vurderer, at der er behov for øget kommunikation imellem sektorerne. Det kunne fx være oplysninger om borgerne fra plejehjem/hjemmepleje til sygehuset forud for ambulante besøg og tilsvarende oplysninger fra sygehuset/ambulatoriet til den relevante kommunale instans.

Det foreligger ikke oplysninger om advisering på de psykiatriske afdelinger.

Det fremgår af KL's interviews med kommunerne, at alle kommuner tilkendegiver, at sygehusene bør modtage relevante oplysninger om borgerne via elektroniske kanaler. En af kommunerne fortæller i den forbindelse, at de har en bilateral aftale med nærmeste sygehus om, at sygehuset sender information til kommunen i forbindelse med indlæggelser og udskrivninger. En enkelt af kommunerne giver samtidigt udtryk for, at en mundtlig overlevering af oplysninger i visse tilfælde kan være nødvendig som supplement til den skriftlige overlevering i forhold til at sikre overdragelse af relevant sundhedsfaglig information.

En af de interviewede kommuner vurderer, at sygehusene ikke altid anvender de indsendte oplysninger fuldt ud i forhold til, hvordan den pågældende borger bedst omgås.

Bilag 1 antallet af kontakter

Af tabel 1 fremgår udviklingen fra 2009-2014 i antallet af ældres (65+ år) kontakter (både ambulante og indlæggelse) til det somatiske og psykiatrisk sygehusvæsen samt det samlede antal kontakter.

Tabel 1						
Indlæggelser og ambulante besøg blandt ældre (65+ år), somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen, 2009-2014						
<i>Antal i tusinde</i>	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Antal indlæggelser, somatik	402	413	423	431	439	451
Antal indlæggelser, psykiatri	5	5	6	6	6	6
Antal indlæggelser i alt	407	418	428	436	445	457
Ambulante besøg, somatik	2.988	3.144	3.429	3.668	3.957	4.276
Ambulante besøg, psykiatri	73	71	72	75	78	82
Ambulante besøg i alt	3.061	3.215	3.501	3.743	4.035	4.357
Samlede antal kontakter, somatik	3.389	3.557	3.852	4.098	4.396	4.727
Samlede antal kontakter, psykiatri	78	77	78	81	84	88
Samlede antal kontakter i alt	3.468	3.633	3.929	4.179	4.480	4.814

Anm.: "I alt" for kontakter er afrundet til nærmeste tusinder og kan derfor afvige fra summen af kontakter i tabellen. Der indgår kontakter for patienter betalt af det offentlige, hvad enten behandlingen er foregået på offentlige eller private sygehuse. En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen. Ved ambulante besøg er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres ét ambulante besøg per dag per afdeling. Skadestuekontakt og akut ambulante kontakt indgår under ambulante besøg. Alder er opgjort ved dato for kontakten.

Kilde: DRG-grupperet LPR-årsopgørelse, Sundhedsdatastyrelsen.