

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

| | |
|-----------------------|---|
| Tilhørerkreds: | Folketingets Socialudvalg |
| Anledning: | Samråd vedr. samarbejde ml. almen praksis og plejehjem |
| Taletid: | Ca. 25 min. |
| Tid og sted: | Socialudvalget, onsdag den 22. juni 2005, kl. 11 |

Spørgsmål E: *Ministre bedes kommentere til den tilsynsrapport fra embedslægerne i Hovedstaden, der er omtalt bl.a. i vedlagte artikel "Bred kritik af lægesvigt på plejehjem" i Berlingske Tidende 21. maj 2005. Ifølge det oplyste oplever en tredjedel af plejehjemmene i København samarbejdsvanskeligheder med praktiserende læger, som angiveligt er svære at få ud på sygebesøg og vanskelige at få telefonkontakt med.*

Spørgsmål F: *Ministre bedes oplyse, om de er enige i, at praktiserende læger har det samme ansvar over for patienter på plejehjem som over for andre patienter, og ministre bedes redegøre for, hvilke konkrete initiativer der i de to ministerier vil blive taget for at indskærpe de praktiserende lægers ansvar over for de ældre patienter.*

Spørgsmål G: *Hvordan vurderer ministre ønsket fra mange plejehjemsledere om en ordning for plejehjemmene, der kunne gå ud på, at et plejehjem selv kan beslutte, om det vil standse samarbejdet med en læge og i stedet bede en anden læge overtage behandlingen?*

Spørgsmål H: *Hvordan vil ministre forholde sig til et ønske om at genindføre faste plejehjemslæger, hvor en enkelt læge er tilknyttet et plejehjem og udøver et fast tilsyn med plejehjemmet og dets beboere, og vil regeringen støtte et eventuelt lovforslag herom?*

Spørgsmål I: *Hvordan vurderer ministre den kritik, der er rejst om manglende faglighed på plejehjemmene, og finder ministre, at det vil være en god idé at indføre en konsulentordning for at forbedre samarbejdet mellem læger og plejehjem?*

Svar:

[Indledning – ministrenes talerækkefølge]

Jeg vil på regeringens vegne indlede med at besvare samrådsspørgsmålene E, F, G og H. Jeg vil også kort kommentere samrådsspørgsmål I, som socialministeren derefter vil besvare mere fyldestgørende.

[ELI-rapport vedr. plejehjemstilsyn 2004 i Københavns kommune]

Samrådsspørgsmålene E til I tager afsæt i embedslægernes rapport om plejehjemstilsynet i Københavns kommune i 2004. Embedslægerne peger i tilsynsrapporten bl.a. på visse samarbejdsvanskeligheder mellem alment praktiserende læger og plejehjem. Og rapporten peger på nogle mangler i plejehjemmenes medicin håndtering i Københavns kommune.

[Embedslægernes plejehjemstilsyn – en succes]

Jeg vil gerne indledningsvist opholde mig lidt ved selve formålet med embedslægernes plejehjemstilsyn, der jo trådte i kraft i januar 2002. Embedslægeinstitutionerne i Danmark gennemfører hvert år et uanmeldt tilsynsbesøg på alle landets plejehjem. Dette uafhængige tilsyn fungerer som et supplement til kommunernes eget tilsyn med plejehjemmene. Og embedslægernes tilsyn er bredspektret.

Der sættes således fokus på sundhedsadministrative forhold – f.eks. om plejehjem har de nødvendige instrukser for medicin håndtering. Men også fokus på sundhedsfaglige forhold. F.eks. om den sundhedsfaglige dokumentation på plejehjemmet er tilstrækkelig til at sikre forsvarlig behandling og pleje. Og endelig fokus på andre sundhedsrelaterede forhold – f.eks. hygiejneforhold på plejehjemmene. Og alle disse aktiviteter sker efter Sundhedsstyrelsens faglige retningslinier.

Jeg mener, at det i denne forbindelse er vigtigt at holde sig for øje, at formålet med plejehjemstilsynet netop er at sætte et skarpt og uvildigt fokus på områder, hvor der kan være mangler. Eller hvor der bare er plads til forbedring. Der ledes simpelthen målrettet efter fejl. Jeg mener derfor også grundlæggende, at det er positivt, at 2004-plejehjemstilsynet i Københavns kommune giver et veldokumenteret grundlag – via bemærkninger og anbefalinger – som de driftsansvarlige myndigheder, plejehjem og almenlægerne kan og skal arbejde videre med.

Men hvilke problemer og mangler er det så mere specifikt, plejehjemstilsynet peger på i Københavns kommune?

[Samarbejdsvanskeligheder med almen praksis – f.eks. manglende sygebesøg]

Som også samrådsspørgsmål E afspejler, så har 18 af kommunens 62 plejehjem – det vil sige knap 1/3 – oplevet samarbejdsvanskeligheder med nogle af de alment praktiserende læger. Og plejehjemmene siger desuden, at det kan være et problem, at få enkelte læger til at tage på sygebesøg.

Jeg synes, at det af hensyn til det fulde billede vil være korrekt at tilføje, at dette jo også viser, at 2/3 af plejehjemmene i Københavns kommune ikke har oplevet samarbejdsvanskeligheder. Og at plejehjemmene – bortset fra få enkelte læger – ikke har problemer med at få aflagt sygebesøg. Men selvfølgelig skal der reageres de steder, hvor det ikke er godt nok. Og det bliver der også.

Københavns kommune – der som amt også har det overordnede driftsansvar for amtets alment praktiserende læger – har over for mig oplyst, at kommunen allerede har taget initiativ til at følge op på de kritiske bemærkninger. Således har amtet på et møde den 6. juni i det lokale samarbejdsudvalg – hvor amtet og lægerne er repræsenteret – drøftet de anførte samarbejdsvanskeligheder. Amtets læger har udtrykt enighed i, at der skal tages hånd om problemet i de undtagelsessituationer, hvor de opstår. Og samarbejdsudvalget fastlægger nu bl.a. en registrerings-ordning med henblik på hurtig og målrettet indsats, hvis der fortsat opstår samarbejdsproblemer på området.

Sundhedsstyrelsens årsrapport for 2004 om embedslægerne samlede plejehjemstilsyn for hele landet viser, at de rapporterede samarbejdsvanskeligheder mellem almen praksis og plejehjem primært vedrører Københavns kommune. Jeg kan alt i alt konstatere, at der først og fremmest er tale om en lokal problemstilling, som der nu også lokalt bliver taget hånd om.

[Plejehjem rapporterer vanskelig adgang til almenlægerne – telefonventetid om morgenen]

Et andet problemfelt, som plejehjemstilsynet i Københavns kommune har vist, er, at plejehjem bruger mange ressourcer på at komme i kontakt med lægerne i telefontiden om morgenen.

Jeg kan oplyse, at der hér er tale om et mere udbredt og landsdækkende problem, der rækker ud over samarbejdet mellem læger og plejehjem i en enkelt kommune. Således dokumenter også en rapport fra november 2004, som de praktiserende lægers egen organisation har udarbejdet, at op mod 1/3 af alle personer oplever at ringe forgæves til landets alment praktiserende læger.

Denne manglende tilgængelighed til almen praksis er bestemt ikke acceptabel. Jeg har derfor i april 2005 rettet henvendelse til Sygesikringens Forhandlingsudvalg, der aktuelt er i gang med at forhandle en ny overenskomst for lægerne. Jeg har i den forbindelse påpeget nødvendigheden af, at overenskomstens parter – d.v.s. Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg – tager initiativ til en markant styrkelse af tilgængeligheden til almen praksis. Herunder en markant styrkelse af den telefoniske adgang.

Jeg kan oplyse, at jeg følger de videre overenskomstforhandlinger på lægeområdet. I sidste ende kan overenskomsten kun opnå gyldighed, hvis indenrigs- og sundhedsministeren godkender den. Jeg vil derfor nøje sikre mig, at der også tages hånd om dette problem. Jeg kan derudover oplyse, at tilgængeligheden til almen praksis også søges styrket ad anden vej. Således er der i den fælles offentlige sundhedsportal – sundhed.dk – nu adgang til tidsbestilling og receptfornyelse hos almenlægerne via Internet. Status er, at ca. 25 % af almenlægerne i dag allerede er tilkoblet denne funktion på sundhed.dk. Og der arbejdes på at udbrede ordningen til alle landets læger i de kommende år.

[Plejehjemstilsynet dokumenterer mangelfuld medicinbehandling på plejehjem]

Plejehjemstilsynet i Københavns kommune har derudover belyst et tredje problemfelt: den mangelfulde medicinbehandling på nogle plejehjem. Plejehjemstilsynet viser således, at der på 36 ud af 62 plejehjem blev konstateret mangler i relation til medicinbehandling. F.eks. vedrørende korrekt medicinering. Tilsynet viser dog samtidig, at der fra

2003 til 2004 er sket et fald i antallet af kommunens plejehjem fra 42 til 36, hvor der ved tilsynet blev konstateret mangler i medicin håndteringen.

Jeg mener dog, at der hér er sat et vigtigt fokus på et område, som mange plejehjem skal blive bedre til at håndtere. Sundhedsstyrelsens årsrapport for 2004 om embedslægenes samlede plejehjemstilsyn for hele landet viser, at der også i andre kommuner er konstateret mangler ved medicin håndteringen.

Københavns kommune – der jo har ansvaret for kommunens plejehjem – har over for mig oplyst, at kommunen allerede har taget en række initiativer, som opfølgning på bl.a. embedslægenes tilsynsrapport. Københavns kommune har bl.a. taget initiativ til at revidere kommunens vejledning vedrørende medicin håndteringen. Kommunen har også et efteruddannelsesprojekt på området. Og kommunen arbejder desuden for en styrket anvendelse af såkaldt dosisdispensering. Dette handler om, at apoteket maskinelt doserer medicinen til den enkelte patient, så plejehjemmets og patientens medicin håndtering bliver væsentlig mere sikker.

Regeringen prioriterer "korrekt medicinering" og "korrekt medicin håndtering" som et meget centralt indsatsområde både i sundhedsvæsenet og plejesektoren.

Jeg vil blandt flere nationale initiativer nævne Medicinprofilen, der bl.a. giver et let tilgængeligt overblik over den enkelte patients medicinordinationer. Medicinprofilen er i dag tilgængelig for de alment praktiserende læger. Og det er hensigten, at den skal udbredes til den kommunale sygepleje ved udgangen af 2006.

Jeg vil desuden fremhæve, at Sundhedsstyrelsen i anden halvdel af 2005 vil udsende en ny vejledning om medicin håndtering. Vejledningen vil bl.a. tage afsæt i de problemstillinger, som plejehjemstilsynet har dokumenteret. Endelig vil jeg nævne, at der siden januar 2004 er etableret en ordning i sygehusvæsenet for rapportering af fejl og utilsigtede hændelser. Ordningen har til formål at forbedre patientsikkerheden ved systematisk læring af tidligere fejl. Denne ordning skal evalueres i foråret 2006, hvorefter det er intentionen, at den skal udbredes til at omfatte den kommunale hjemmesygepleje og dermed plejehjemssektoren.

Jeg mener sammenfattende, at der er meget stor national bevågenhed om medicineringsområdet – og at vi på mange måder er godt på vej i den rigtige retning.

[Praktiserende lægers ansvar for patienter på plejehjem]

Under henvisning til samrådsspørgsmål F, der vedrører lægenes ansvar for patienter på plejehjem, kan jeg oplyse, at alment praktiserende læger har nøjagtig samme ansvar i forhold til denne patientgruppe, som lægen har i forhold til andre patienter. Lægeloven foreskriver, at enhver læge er forpligtet til at udvise "omhu og samvittighedsfuldhed" under udøvelsen af sin gerning. Hertil kommer, at klage-, autorisations- og tilsynssystemet på sundhedsområdet også er indrettet til at tage hånd om de læger, der måtte gøre sig skyldig i alvorlig overtrædelse af sundhedslovgivningen ved behandlingen af patienter på plejehjem.

Jeg vil hér gerne indskyde, at det på ingen måde behøver at være en fejl, hvis en læge beslutter ikke tage på et sygebesøg. Tværtimod! I samrådsspørgsmål E er der refereret til en artikel i Berlingske Tidende. Hér omtales bl.a. en situation, hvor et plejehjem beder en læge om at tilse en plejehjemsbeboer, der "...har 37,5 uden andre symptomer". Nu skal lægen jo altid foretage en konkret klinisk vurdering, men jeg tør godt sige, at en

læge næppe generelt bør tage på sygebesøg i den situation. Lægerne udgør en knap ressource i sundhedsvæsenet, som skal anvendes målrettet og med omtanke. Lægens tid bør først og fremmest bruges til gavn for de syge og ikke de raske.

På baggrund af de initiativer, der allerede er taget både nationalt og lokalt i Københavns kommune – og som jeg nærmere har redegjort for i mit indlæg – mener jeg ikke, at der er grundlag for, at regeringen over for de praktiserende læger indskærper deres ansvar for de ældre patienter.

[Forslag om at plejehjem kan standse samarbejde med læge / Forslag om genindførelse af plejehjemslæger]

Jeg mener dernæst, at der ikke er grundlag for at ændre lovgivningen, så et plejehjem selv kan beslutte, om det vil standse samarbejdet med en læge – og i stedet bede en anden læge om at overtage behandlingen. Og jeg mener heller ikke, at tidligere tiders ordning med faste plejehjemslæger, bør genindføres.

Det skyldes først og fremmest min grundlæggende overbevisning om, at det er vigtigt at respektere og værne om borgernes selvbestemmelse og deres ret til frit valg af egen læge – også når de flytter på plejehjem. Jeg har også svært ved at forestille mig Folketinget vedtage en lov, som giver plejehjemmets personale adgang til – mod en beboers vilje – at fratage hende den læge, hun selv ønsker.

Begge de nævnte forslag respekterer ikke borgernes valg af egen læge. Hensynet til ikke at umyndiggøre beboere på plejehjem var da også en af de centrale begrundelser, da man i 1990 ophævede den såkaldt hvilende sygesikring for plejehjemsbeboere. Og dermed fjernede grundlaget for ordningen med plejehjemslæger. Hertil kommer, at mange borgere selv vælger ny læge, når de flytter på plejehjem – nemlig en af de alment praktiserende læger, som mange af plejehjemmets øvrige beboere ofte er tilmeldt. Således viser f.eks. embedslægernes rapport om plejehjemstilsynet i Københavns kommune, at hovedparten af plejehjemmene fortsat har et regelmæssigt og nært samarbejde med én eller to praktiserende læger. Og at disse læger i øvrigt typisk kommer på plejehjemmet én gang ugentligt.

Jeg mener således ikke, at sikringen af plejehjemsbeboernes lægebetjening skal ske ved at indskrænke deres selvbestemmelse eller valgmuligheder.

[Kommunalreform – afslutning]

Jeg vil afslutningsvist pege på, at også kommunalreformen, der jo som bekendt netop er vedtaget i Folketinget, vil trække i retning af et styrket og bedre samarbejde mellem de alment praktiserende læger og den kommunale plejesektor.

Sundhedsloven indeholder f.eks. forpligtende regler om samarbejdet mellem regionerne – der får ansvaret for almen praksis – og kommunerne. Det er et element heri, at der i hver region skal oprettes et sundhedskoordinationsudvalg, som får til opgave at sikre en sammenhængende opgaveløsning for de patienter, som har behov for en indsats på tværs af myndigheds- eller sektorgrænser. Både regionen, kommunerne i regionen og repræsentanter fra praksissektoren skal medvirke i disse koordinationsudvalg.

Det er min klare forventning, at disse forpligtende samarbejdsbestemmelser og koordinationsudvalg vil styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunernes plejesek-

tor. Jeg mener, at det er oplagt, at man i disse lokale udvalg også vurderer, i hvilket omfang f.eks. konsulentordninger, kan understøtte den fælles målsætning om faglighed, sammenhæng og samarbejde i sundhedsvæsen og plejesektor.

Med disse afsluttende ord vil jeg give ordet til socialminister Eva Kjer Hansen.