

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 28. juni 2006
Kontor: Internationalt kt.
J.nr.: 2006-
Sagsbeh.: cav
Fil-navn: Spm. 413

Besvarelse af spørgsmål nr. 413 (Alm. del), som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 6. juni 2006

Spørgsmål 413:

"Ministeren bedes oversende sit talepapir fra samrådet den 31. maj 2006 om samrådsspørgsmål I og J (hygiejne og håndtering af medicin på landets plejehjem)"

Svar:

Det talepapir, som dannede grundlag for min besvarelse den 31. maj 2006 af samrådsspørgsmål I og J, som Sundhedsudvalget stillede socialministeren og mig den 24. maj 2006 om hygiejne og håndtering af medicin på landets plejehjem, er som følger:

"Jeg vil indlede med at give mit bidrag til besvarelsen af udvalgets samrådsspørgsmål I og J under ét – set fra sundhedssiden. Jeg vil gerne indledningsvis opholde mig lidt ved selve formålet med embedslægenes 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 embedslægenes tilsyn kommer vidt omkring. Der sættes således fokus på sundhedsmæssige forhold. Man ser på, om den sundhedsfaglige dokumentation på plejehjemmet er tilstrækkelig til at sikre forsvarlig behandling og pleje. Man undersøger også sundhedsadministrative forhold – f.eks. om plejehjemmet har de nødvendige instrukser for medicin håndtering. Og endelig sætter tilsynet fokus på andre sundhedsrelaterede forhold – f.eks. hygiejnen.

Embedslægetilsynet udføres på grundlag af faglige retningslinier fra Sundhedsstyrelsen. Det 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 og fejl. Men også hvor der er plads til forbedring. Jeg mener derfor også grundlæggende, at det er positivt, at 2005-plejehjemstilsynet giver et veldokumenteret grundlag – via bemærkninger og anbefalinger – som de driftsansvarlige kan og skal arbejde videre med – kommunerne og plejehjemsledelsen.

Embedslægerne udvælger i samarbejde med Sundhedsstyrelsen hvert år et tema som fokusområde for tilsynet. I 2005 valgte man at sætte fokus på god håndhygiejne og smitteforebyggelse. Ved det sædvanlige tilsyn med hygiejnen vurderer embedslægerne, om den generelle hygiejniske standard

er tilfredsstillende og tilstrækkelig til at forebygge helbredsmæssige problemer, herunder smitsomme sygdomme. Der er således ved embedslægerens tilsyn fokus på forebyggelse af sygdom – ikke på, om der er støv eller nullermænd i krogene. Men det giver anledning til bemærkninger, hvis der er snavsede arealer af sundhedsmæssig betydning, hvis der er dårlig vedligeholdelse, som vanskeliggør rengøring, eller hvis der konstateres uhygiejniske toiletter og manglende håndhygiejne hos personalet. Samtidig spørges der til, hvilke procedurer plejepersonalet anvender for at forhindre spredning af smitsomme sygdomme.

Ved tilsynet i 2005 blev der fundet mangler ved hygiejnen i ca. 28 % af tilsynsbesøgene. Til sammenligning var den tilsvarende mangelsrate 5,6 % for 2004. Det er således sket en markant stigning i antallet af registrerede fejl og mangler ved tilsynsbesøgene. Men til gengæld er der sket et fald i antallet af alvorlige fejl – fra 3 til 2. Forklaringen på de mange, mindre alvorlige mangler i 2005 er formentlig, at årets særlige fokus på håndhygiejne har skærpet opmærksomheden på hygiejniske problemstillinger generelt. Det er erfaringen fra tidligere år, at fokuseringen på et bestemt tema medfører en stigning i antallet af indberettede fejl og mangler på netop det område. Samlet vurderer Embedslægerne og Sundhedsstyrelsen dog, at der er behov for forbedring af hygiejne og smitteforebyggelse på plejehjem. En række institutioner bør gennemgå deres procedurer og være opmærksomme på udformningen af skriftlige instrukser til personalet.

Disse anbefalinger fremgår blandt andet af den tilsynsrapport, som embedslægeinstitutionen efter hvert tilsynsbesøg udarbejder om de sundhedsmæssige forhold på det enkelte plejehjem. Tilsynsrapporten sendes både til plejehjemmets ledelse og til kommunen med henblik på lokal opfølgning på de konstaterede fejl og mangler ved de sundhedsmæssige forhold. Embedslægeinstitutionen udarbejder også et sammendrag af årets tilsynsrapporter for den enkelte kommunes plejehjem samt et sammendrag af den lokale opfølgning til brug for kommunen.

Embedslægeinstitutionens sundhedsfaglige plejehjemstilsyn er dermed udtryk for løsning af en vigtig pædagogisk opgave med at informere om hygiejne og spørge til arbejdsrutiner. Men embedslægeinstitutionen har ikke til opgave at udbedre de konstaterede mangler. Embedslægeinstitutionen skal alene påse, at plejehjemmet og kommunen selv følger op på eventuelle kritisable sundhedsfaglige forhold. Derfor kommer embedslægeinstitutionen også på ekstra besøg i de plejehjem, som har fået konstateret alvorlige mangler. Men det gælder for såvel de alvorlige som de mindre alvorlige mangler, at det i sidste ende er og bliver kommunalbestyrelsen, der har pligt til aktivt at påse, at borgerne får den hjælp, som de er visiteret til. Og til at påse, at den sundhedsmæssige bistand til beboerne har den kvalitet i udførelsen, som kommunalbestyrelsen har besluttet, at den skal have.

Jeg har sådan set pæn tiltro til, at der over alt i landet rent faktisk bliver taget hånd om de konstaterede mangler i hygiejnen på plejehjem. På den

baggrund finder jeg ikke anledning til fra centralt hold at iværksætte initiativer vedrørende de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmene. Initiativerne er taget med afdækningen af tingenes tilstand.

Embedslægenes plejehjemstilsyn har derudover belyst et andet problemfelt: den mangelfulde medicin håndtering på nogle plejehjem.

Ved tilsynet i 2005 blev det konstateret, at fejl og mangler ved medicin håndtering fortsat er hyppige. I 2005 blev der fundet mangler ved medicin håndteringen ved op mod 45 % af tilsynsbesøgene. Manglerne blev ved 3,5 % af tilsynsbesøgene vurderet som alvorlige. Til sammenligning blev der i 2004 fundet mangler ved 42 % af besøgene. Der er således tale om en stigning fra 2004 til 2005 på nogle få procent. Til gengæld er de alvorlige mangler på 3,5 % fortsat langt under niveauet i 2003, som var på 8 %. En del af stigningen i de mindre alvorlige mangler skyldes uden tvivl øget fokus på medicin håndteringen. Embedslægerne er simpelthen blevet bedre til at fokusere på og identificere problemer med medicin håndteringen. Så en stor del af tiden ved tilsynsbesøget bliver brugt til at drøfte medicin håndtering og klarlægge, om lovgivning og regelsæt overholdes. Omhu ved medicin håndtering er en væsentlig forudsætning for at mindske risikoen for alvorlige fejlmedicineringer. Derfor er der nok ikke tvivl om, at vi med embedslægenes tilsyn får belyst et område, som mange plejehjem skal blive bedre til at håndtere.

Der er et klart ledelsesansvar i forbindelse med medicin håndtering i hjemmeplejen og på plejehjem. Og der påhviler ledelsen et særligt ansvar i de tilfælde, hvor der ikke er ansat læger i institutionen, og hvor lægerne derfor kun lejlighedsvis er til stede for at tilse patienter. Her skal ledelsen sikre, at der foreligger instrukser for medicin håndteringen, så patientsikkerheden tilgodeses bedst muligt. Ledelsen har ansvaret for, at der er en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af beboernes behandling med medicin. Herunder det nødvendige samarbejde mellem plejehjemmets personale og den læge, der er ansvarlig for den enkelte beboers behandling. Ansvaret for, at der foreligger instrukser for plejepersonalet om journalføring eller andre optegnelser, påhviler ligeledes ledelsen.

Fra centralt hold prioriterer regeringen i det hele taget korrekt medicin håndtering som et meget vigtigt 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 - herunder plejehjemsassistenter – i efteråret 2006.

Desuden kan jeg nævne, at ministeriet netop har bevilget 2 mio. kroner fra den såkaldte "compliancepulje" til et projekt om bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. Formålet med projektet er, at give hjemmepleje og plejehjem bedre værktøjer til at kvalitetssikre lægemiddelanvendelse og lægemiddeladministration. Projektet skal bl.a. bidrage til imple-

mentering af nye og bedre løsninger med henblik på at sikre den mest rationelle behandling for patient og samfund.

Jeg vil desuden fremhæve, at Sundhedsstyrelsen i juni 2006 forventer at udsende en ny vejledning om medicin håndtering. Vejledningen vil bl.a. tage afsæt i de problemstillinger, som plejehjemstilsynet har dokumenteret. Sundhedsstyrelsen er også i dialog med Kommunernes Landsforening om opgradering af personalets kompetence og uddannelse på medicinområdet.

Endelig vil jeg minde om, at der i øjeblikket pågår en evaluering af loven om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Loven har som bekendt til formål at forbedre patientsikkerheden ved rapportering af fejl og utilsigtede hændelser og dermed systematisk læring af tidligere fejl. Evalueringen vil foreligge i begyndelsen af efteråret 2006, og den vil bl.a. indeholde en vurdering af muligheden for at inddrage den primære sundhedssektor under loven. En udvidelse af patientsikkerhedsordningen til primærsektoren vil mest hensigtsmæssigt fokusere på særlige risikoområder. Det kunne for eksempel være i ældreplejen og på genoptræningsområdet. Endvidere kan man forestille sig, at plejehjemspersonalet får pligt til at indberette utilsigtede fejl og hændelser, da der f.eks. ved medicineringen forventes at være et stort læringspotentiale.

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

Jeg vil afslutningsvis pege på, at også kommunalreformen vil trække i retning af et styrket og bedre samarbejde mellem den kommunale plejesektor og den regionale sundhedssektor. Sundhedsloven indeholder således forpligtende regler om samarbejdet mellem regionerne – der får ansvaret for almen praksis – og kommunerne, der har ansvaret for pleje og forebyggelse af sygdom på bl.a. plejehjem. Det er et element heri, at der i hver region skal oprettes et sundhedskoordinationsudvalg, som får til opgave at sikre en sammenhængende opgaveløsning. Det vil tilgodese 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 de forpligtende samarbejdsbestemmelser og koordinationsudvalgene vil styrke samarbejdet mellem regionens sundhedspersonale og kommunernes plejesektor.

Alt i alt er der fremlagt en fyldig dokumentation, der bidrager til, at de, der har driftsansvaret, kan gøre det bedre.”