

Styrket medicinsikkerhed i kommuner – hvordan kan apoteksfarmakonomer bidrage?

Rapport

August 2022

Forfattere: Mira El-Souri, Rikke Nørgaard Hansen, Sofie Brøndal Grünfeld, Charlotte Verner Rossing

©Pharmakon, august 2022

ISBN 978-87-93769-03-8

## **Pharmakon**

Milnersvej 42  
3400 Hillerød  
Danmark

Tlf. +45 4820 6000  
[pharmakon.dk](http://pharmakon.dk)

## Forord

Denne rapport omfatter resultaterne af projektet Styrket medicinsikkerhed i kommuner – hvordan kan apoteksfarmakonomer bidrage?

Projektets formål var at afdække kommunernes udfordringer på medicinområdet, samt at afdække, hvordan apoteksfarmakonomer, sammen med kommunale medarbejdere, kan bidrage til at styrke medicinsikkerheden i kommunerne.

Resultaterne blev indsamlet via interviews med kommunale chefer, ledere og medarbejdere i ti kommuner fra alle fem regioner i perioden august 2021-januar 2022, samt på en workshop med interessenter afholdt i marts 2022.

Projektet blev finansieret af Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening. Projektets projektgruppe består af:

- Mira El-Souri (projektleder), udviklingskonsulent, Pharmakon
- Rikke Nørgaard Hansen, afdelingsleder, Forskning og Udvikling, Pharmakon
- Charlotte Verner Rossing, udviklingschef, Pharmakon
- Bjørn Klinke, afdelingschef, Politik og Kommunikation, Farmakonomforeningen
- Mette Lisbeth Johansen, chefkonsulent, Farmakonomforeningen
- Birthe Søndergaard, sundhedsfaglig direktør, Danmarks Apotekerforening
- Rikke Lundal Nielsen, sundhedsfaglig konsulent, Danmarks Apotekerforening.

Der skal rettes en stor tak til alle kommunale chefer, ledere og medarbejdere, der bidrog til projektet med deres erfaring og viden.

Charlotte Rossing  
Udviklingschef, Apotek – Kompetence, Udvikling og Forskning, Pharmakon



## Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Indholdsfortegnelse.....	5
Figurfortegnelse .....	5
Bilagsoversigt .....	5
Resumé .....	7
Kapitel 1 – Introduktion .....	9
1.1 Hvordan er medicinsikkerheden på kommunale institutioner? .....	9
1.2 Hvordan understøtter farmakonomer medicinsikkerheden? .....	9
1.3 Hvordan understøtter apotekerne medicinsikkerheden? .....	10
1.4 Hvad manglede vi at vide? .....	10
1.5 Formål med projektet.....	10
Kapitel 2 – Projektets metoder .....	13
2.1 Første interviewundersøgelse .....	13
2.1.1 Analyse .....	13
2.2 Anden interviewundersøgelse .....	14
2.2.1 Analyse .....	14
2.3 Workshop med interessenter .....	15
2.3.1 Metode.....	15
2.3.2 Deltagere på workshoppen .....	15
Kapitel 3 – Resultater, der beskriver deltagerne og de udvalgte områder i kommunerne .....	17
3.1 Deltagende kommuner .....	17
3.2 Beskrivelse af udvalgte områder i kommunerne .....	18
3.2.1 Håndtering af medicin på børne- og skoleområdet.....	18
3.2.2 Beskrivelse af socialområdet.....	19
3.2.3 Beskrivelse af misbrugsområdet .....	20
Kapitel 4 – Resultater om generelle temaer og rammevilkår, som kommunerne har, og som har relevans for medicinsikkerheden.....	21
4.1 Der er flere plejkrævende og komplekse borgere i kommunen .....	21
4.1.1 Overbehandling hos børn og unge og på socialområdet .....	23
4.2 Der er generelle udfordringer for medicinsikkerheden .....	23
4.2.1 Personaleudskiftning, sygefravær, rekrutteringsproblematik og manglende ressourcer .....	23
4.2.2. Delte meninger om en fast tilknyttet læge .....	24
4.2.3 Tilsyn fra myndigheder kræver ressourcer og opmærksomhed.....	25
4.2.4 Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	25
4.2.5 Ledelsesopbakning er nødvendig.....	27
4.3 Kommunerne er motiverede for at arbejde med kvalitet og sikkerhed på medicinområdet... ..	28
4.3.1 Medicinsikkerhed er vigtig for borgersikkerheden.....	28

4.3.2 En erkendelse af, at medicinrådet skal prioriteres .....	28
4.4 Kommunale chefer har en række ønsker til fremtidens varetagelse af medicinopgaver .....	29
4.4.1 At tænke medicinrådet på en anden måde nationalt.....	29
4.4.2 At tænke ressourcer anderledes .....	29
4.4.3 Borgere sættes i spil .....	29
4.4.4 Bedre rammer omkring medicinopgaven.....	29
4.4.5 Brug af teknologi og data i forbindelse med medicinopgaver.....	29
4.4.6 Frihed til at træffe lokale beslutninger .....	30
4.4.7 Mere tværfagligt samarbejde.....	30
4.4.8 Samarbejde med apoteket .....	30
4.4.9 Ansættelse af farmakonomer og farmaceuter.....	31
Kapitel 5 – Resultater vedrørende udfordringer med specifikke medicinopgaver .....	33
5.1 Der er udfordringer i mange trin i medicineringsprocessen .....	33
5.1.1 Bestilling af medicin kan give udfordringer .....	33
5.1.2 Opbevaring af medicin er en udfordring på flere af kommunens institutioner.....	33
5.1.3 Dispensering af medicin fylder, og der er flere udfordringer .....	34
5.1.4 Udfordringer ved dosisdispenseret medicin.....	35
5.1.5 Medicingivning tager tid og bliver nogle gange ikke fuldført.....	36
5.1.6 Dokumentation er svær .....	37
5.2 Efterlevelse af mange og forskellige procedurer og retningslinjer for medicin er svær .....	38
5.2.1 Retningslinjerne er der, men de skal passe til hverdagen for at blive fulgt.....	39
5.2.2 Eksempler på, hvornår det bliver svært for medarbejderne at opfylde retningslinjer for medicin .....	40
5.2.3 Nogle medarbejdere bliver utrygge, hvis retningslinjer ikke kan overholdes .....	42
5.2.4 Der er forskellige retningslinjer omkring forskellige typer medicin, hvilket kan være svært .....	43
5.2.5 Der mangler rammer og ansvarsfordeling vedrørende medicin på institutioner for børn .....	43
5.2.6 Procedurer redder ikke verden, men det er en ledelsesopgave, at de følges .....	43
5.3 Observation af voksne borgere og børn for medicinens virkning og bivirkninger er svær.....	44
5.3.1 Tid, god relation til borgeren og god dokumentationspraksis skal til for at lykkes med observation .....	44
5.3.2 Hvilke observationer skyldes medicin, og hvilke skyldes andre ting? .....	45
5.3.3 Det er svært at vurdere, hvornår der skal ageres på symptomer og bivirkninger hos borgeren .....	46
5.3.4 Nogle borgere ser vi ikke så tit .....	46
5.3.5 Observation af pn-medicins virkning og bivirkninger.....	47
5.3.6 Svært, når borger eller pårørende tager styringen.....	47
5.3.7 Forskellige borgergrupper er svære at observere i forbindelse med medicinens virkning og bivirkninger .....	48

5.3.8	Forskellige faggrupper på botilbud har forskelligt fokus, når der observeres .....	48
5.3.9	Ufaglært personale kan observere for generelle ændringer i borgerens adfærd .....	51
5.4	Medicin i overgange er en udfordring.....	51
5.4.1	Der er et ledelsestomrum i overgange.....	51
5.4.2	Medicin fylder og er tidskrævende på de midlertidige pladser .....	52
5.4.3	Hjemmesygeplejen har ikke tid til at tjekke medicinen og være grundig .....	53
5.4.4	Medicinen ændrer sig ved overgange – det fører til fejl i medicinlisten .....	53
5.4.5	I overgange har borgeren fået ordineret uhensigtsmæssig medicin .....	56
5.4.6	Medicin er ikke til rådighed ved overgange .....	56
5.4.7	Hvilken læge har ansvaret for medicinen ved overgange, og hvordan samarbejdes der til gavn for borgeren?.....	56
5.4.8	Kommunikation og samarbejde mellem forskellige parter er vigtig i overgange.....	57
5.4.9	Sparring med farmakonomer er gavnlig, men opgavedeling skal være klar.....	57
5.5	Medicin fylder i varierende grad i det forebyggende arbejde .....	58
5.5.1	Medicinlisten bliver længere, og den er ikke opdateret.....	58
5.5.2	Borgere har complianceproblemer .....	58
5.5.3	Borgere mangler viden om medicin.....	59
5.5.4	Manglende ansvar for medicinen hos læger kan føre til tvivl hos borgeren .....	60
5.5.5	Tværfaglighed på sundhedscentret kan hjælpe borgeren, men fokus på medicin er forskellig alt efter faggruppe.....	60
5.5.6	Telefonsamtaler fører til tvivl om medicin hos borgeren .....	62
5.5.7	Sundhedscentre skal hjælpe borgerne på vej med deres medicin.....	62
5.5.8	Ønske om samarbejde mellem sundhedscentre og andre.....	62
5.5.9	Rådgivning af børnefamilier skal helst ske her og nu .....	63
5.6	Rette kompetence til rette opgave .....	63
5.6.1	Nogle chefer og medarbejdere på sundhedsområdet er bekymrede for medicinkompetencerne, andre er ikke.....	64
5.6.2	Medarbejdere på kommunale sundhedscentre kan ikke holde sig ajour på alt på medicinområdet .....	66
5.6.3	Når pædagoger varetager medicinopgaver på botilbud.....	66
5.6.4	Når pædagoger og lærere varetager medicinopgaver på skoler og daginstitutioner .....	70
5.6.5	Håndtering af medicin på misbrugscentre .....	71
5.6.6	Rette faglighed til rette opgave – kan andre hjælpe med medicinopgaven? .....	71
Kapitel 6 – Resultater, der beskriver ideer til apoteksfarmakonomleverede indsatser, som styrker medicinsikkerheden .....		73
Kapitel 7 – Diskussion.....		75
7.1	Diskussion af resultater, der omhandler udfordringer på medicinområdet.....	75
7.2	Diskussion af resultater, der omhandler ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til at styrke medicinsikkerheden i kommunerne.....	76
7.3	Metodediskussion.....	78

7.3.1 Valg af kommuner og informanter .....	78
7.3.2 Antal interviews .....	78
7.3.3 Online vs. fysiske interviews .....	78
Kapitel 8 – Konklusion .....	81
Referenceliste .....	83
Bilag 1 Resultater om eksisterende samarbejde med apoteket i kommunerne, samt erfaringer med farmakonomer og farmaceuter ansat i kommunen .....	87
Eksisterende samarbejde med apoteket i kommunerne .....	87
Erfaringer med farmakonomer og farmaceuter ansat i kommunen .....	87
Strukturelle udfordringer ved ansættelse af farmakonomer og farmaceuter i kommunen .....	88



## Figurfortegnelse

Figur 1 Ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til medicinsikkerheden i kommunerne .....	8
Figur 2 Projektets metoder .....	13
Figur 3 Dagsorden til workshop med interessenter .....	15
Figur 4 De inkluderede kommuner i projektet .....	17
Figur 5 Et billede valgt af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 13 (13).....	27
Figur 6 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 14 .....	41
Figur 7 Et billede taget af en medarbejder fra socialområdet, interview 10.....	44
Figur 8 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 9 .....	45
Figur 9 Et billede taget af en medarbejder fra socialområdet, interview 10.....	49
Figur 10 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 3 .....	55
Figur 11 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 6 .....	60
Figur 12 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 6 .....	61

## Bilagsoversigt

Bilag 1 Resultater om eksisterende samarbejde med apoteket i kommunerne, samt erfaringer med farmakonomer og farmaceuter ansat i kommunen .....	87
---	----



## Resumé

### Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed har rapporteret et øget antal registrerede utilsigtede hændelser fra 2017 til 2021. Denne stigning ses særligt i kommunale institutioner såsom plejehjem, hjemmeplejen og bosteder, hvor 68 % af de registrerede hændelser skyldes medicin håndtering. Indtil nu er der ikke lavet kvalitative undersøgelser af, hvilke udfordringer med medicinrelaterede opgaver, kommunerne oplever, eller hvordan de oplever disse udfordringer.

### Formål

Formålet med dette projekt er todelt. For det første ønskes at afdække kommunernes udfordringer på medicinområdet. For det andet ønskes en afdækning af, hvordan apoteksfarmakonomer, sammen med kommunale medarbejdere, kan bidrage til at styrke medicinsikkerheden i kommunerne.

### Metode

For at få en forståelse af, hvordan medicinrelaterede opgaver opleves, blev der lavet semistrukturerede, dybdegående, kvalitative, individuelle interviews med to-tre kommunale chefer fra ti forskellige kommuner. Ud fra disse interviews blev der identificeret seks hovedtemaer, som videre blev undersøgt gennem visuel storytelling med kommunale medarbejdere. Alle interviews blev fuldt transskriberet, hvorefter der blev udført en indholdsanalyse af dem ved brug af NVivo version 13. Resultaterne blev præsenteret på en workshop med interessenter, hvor apoteksfarmakonomers mulige bidrag til styrkelse af medicinsikkerheden i kommunerne blev diskuteret.

### Resultater og konklusion

De følgende hovedtemaer blev identificeret ud fra individuelle interviews med 27 kommunale chefer fra hhv. sundhedsområdet, socialområdet og børne- og skoleområdet samt gennem visuel storytelling med 17 kommunale medarbejdere fra hhv. sundhedsområdet og socialområdet:

- Der er flere plejekrævende og komplekse borgere i kommunen.
- Der er generelle udfordringer for medicinsikkerheden – fx mangel på læger og det, at borgere udskrives tidligere fra hospital.
- Kommunerne er motiverede for at arbejde med kvalitet og sikkerhed på medicinområdet.
- Kommunale chefer har en række ønsker til fremtidens varetagelse af medicinopgaver.
- Der er udfordringer i mange trin i medicineringsprocessen. Kommunale chefer og medarbejdere oplever udfordringer i forbindelse med bestilling, opbevaring samt dispensering og administration af medicin til borgere.
- Efterlevelse af mange og forskellige procedurer og retningslinjer for medicin er svær. Procedurer og instruktioner eksisterer, men de er svære at følge i daglig praksis.
- Observation af voksne borgere og børn for medicinens virkning og bivirkninger er svær hos borgere på plejehjem, i hjemmeplejen samt på botilbud for børn og voksne med fysiske og psykiske diagnoser.
- Medicin i overgange er en udfordring. De kommunale medarbejdere står over for en tidskrævende og svær opgave med at identificere, hvilken medicin borgeren skal have, og hvordan medicinen kan leveres fra hospitalet eller apoteket.
- Medicin fylder i varierende grad i det forebyggende arbejde. Medicinrelaterede udfordringer opleves i sygdomsforebyggende arbejde og i sundhedsfremmende aktiviteter på kommunale sundhedscentre, fx borgere, der ikke tager deres medicin pga. frygt for bivirkninger.

- Rette kompetence til rette opgave. De kommunale chefer og nogle medarbejdere er bekymrede for, om de medarbejdere, der løser medicinrelaterede opgaver i kommunerne, har de rette kompetencer til det.

Derudover blev der på en workshop med interessenter fra kommuner, apoteker, Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening genereret følgende ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til medicinsikkerheden i kommunerne:



Figur 1 Ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til medicinsikkerheden i kommunerne

Ideerne vil blive yderligere kvalificeret af Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening, der også afgør, om én eller flere af disse ideer skal afprøves i et fremtidigt projekt.

## Kapitel 1 – Introduktion

### 1.1 Hvordan er medicinsikkerheden på kommunale institutioner?

Styrelsen for Patientsikkerhed har rapporteret et øget antal registrerede utilsigtede hændelser fra 2017 til 2021. Denne stigning ses særligt i kommunale institutioner såsom plejehjem, hjemmeplejen og bosteder, hvor 68 % af de registrerede hændelser skyldes medicin (1). Indtil nu er der ikke lavet kvalitative undersøgelser af, hvilke udfordringer med medicinrelaterede opgaver kommunerne oplever, og hvordan de oplever disse udfordringer.

Det høje antal medicinrelaterede utilsigtede hændelser i kommuner viser, at medicinområdet er komplekst, og at kommunerne har fokus på rapporteringen af dem. Tidligere projekter om medicinsikkerhed gennemført på kommunale institutioner som bosteder, plejehjem og hjemmepleje adresserer udfordringer med medicin håndtering (2-7).

På trods af, at en stor del af de indrapporterede utilsigtede hændelser på landsplan skyldes medicin, er det ikke kortlagt, hvor medarbejderne i kommunerne selv oplever udfordringer med medicinsikkerheden i hverdagen.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører sundhedsfaglige tilsyn med en del behandlingssteder, herunder bosteder, hjemmepleje og plejehjem. Men der mangler viden om, hvordan medicinsikkerheden er på de kommunale institutioner, hvor der ikke føres tilsyn. Der er således medarbejdere i kommunen, som kommer i berøring med medicin i deres hverdag, men som ikke nødvendigvis har de kompetencer, der skal til for at gøre det sikkert. Det kan fx være skoler, hvor der kan ligge en opgave i at give eleverne og det pædagogiske personale kompetencer og viden om medicin, herunder forebyggelse af fx overforbrug.

Det var således projektets hensigt at belyse de udfordringer, kommunerne oplever på medicinområdet (ikke kun de steder, hvor der føres tilsyn), samt at afdække, hvor chefer og medarbejdere oplever udfordringer. Projektet skal bidrage med viden, som kan bruges til at styrke medicinsikkerheden i landets kommuner.

### 1.2 Hvordan understøtter farmakonomeer medicinsikkerheden?

Der er efterhånden en del farmakonomeer ansat i kommuner i Danmark, typisk som støtte til medicin håndteringen på fx plejehjem, i rehabiliteringsafsnit eller på bosteder. I disse funktioner er farmakonomen nøgleperson i forhold til medicinadministration og -dispensering. Farmakonomeerne indgår ofte i et tværgående samarbejde med andre sundhedsprofessionelle i kommunen. Erfaringer fra praksis og tidligere projekter viser, at der kan være et behov for at blive klædt på til dette samarbejde, herunder at opnå viden og forståelse for andre sundhedsprofessioners kompetencer og ansvar.

Erfaringer fra et masterprojekt, hvor to apoteksfarmakonomeer blev tilknyttet en kommunal rehabiliteringsafdeling, viste, at apoteksfarmakonomeer med fordel kan tilknyttes en rehabiliteringsenhed og bidrage til medicin håndtering. Projektet viste også, at der er behov for et kompetenceløft for apoteksfarmakonomeerne, så de kan begå sig i kommunalt regi. Det blev desuden konkluderet, at ledelsesopbakning på institutionen er vigtig for, at farmakonomeerne kommer bedst i spil, både mht. kompetencer og samarbejde med andre faggrupper.

I sygehusregi har farmakonomeer igennem en årrække været benyttet til udgående aktiviteter til sygehusets afdelinger. Dette har i mange tilfælde været orienteret mod medicindispensering og -administration. Der er også gennemført projekter, hvor farmakonomeer har varetager udskrivningssamtaler med patienterne. I flere af disse modeller har aftalen mellem en afdeling og sygehusapoteket også omfattet timer til en farmaceut, der har kunnet træde til med sparring, hvis der opstod særligt komplicerede problemstillinger (8).

Erfaringer har vist, at farmakonomer både i kommuner og på sygehuse kan bidrage med en relevant faglig kompetence, der kan styrke medicinsikkerheden. Erfaringerne viser også, at der er brug for at undersøge, hvilke kompetencer farmakonomerne skal oparbejde for at kunne varetage disse opgaver, og hvordan de kan oparbejdes. Det er også relevant at afdække facilitatorer og barrierer for, at farmakonomer kan varetage medicinrelaterede opgaver i kommunerne.

### **1.3 Hvordan understøtter apotekerne medicinsikkerheden?**

Apotekerne varetager forskellige opgaver, der strækker sig over at sikre medicinforsyning, distribution af medicin, rådgive om recept- og håndkøbsmedicin, støtte implementeringen af korrekt medicinbrug og bidrage til sundhedsfremme. Apoteket er med tiden blevet en stadig større del af sundhedsvæsenet gennem levering af forskellige sundhedsydelser og ved at yde rådgivning til fagpersoner og borgere om medicin. Apoteker i Danmark tilbyder en række sundhedsydelser, der alle har til formål at øge patient- og medicinsikkerheden. En del af disse sundhedsydelser er tredjepartsbetalte. Her kan nævnes Tjek på inhalation, vaccination til specifikke patientgrupper, medicinsamtaler med borgere, der er diagnosticeret med kronisk sygdom inden for de sidste seks måneder, og medicinsamtaler med borgere, der har kronisk sygdom i mere end ét år og har problemer med at tage deres medicin (9). Udover levering af sundhedsydelser sørger apoteket for forsyning af medicin til kommunale institutioner, herunder hjemmepleje, plejehjem og botilbud, og rådgivning af kommunalt personale efter behov.

Farmakonomer ansat på apotek har i mange år bidraget positivt til apotekets opgaver, herunder rådgivning af borgere og vejledning af sundhedsprofessionelle i kommuner og på sygehuse. Ydelser leveret af farmakonomer har vist en dokumenteret effekt for borgere – fx borgerrettede sundhedsydelser inden for compliance og en række sygdomme, bl.a. astma, forhøjet blodtryk og diabetes (10).

Farmakonomer har desuden med gode resultater bidraget til støtte og undervisning af pårørende og kommunalt hjemmeplejepersonale (11, 12).

### **1.4 Hvad manglede vi at vide?**

Der mangler et overblik over de konkrete områder, kommunerne oplever udfordringer med i forhold til medicin, der truer medicinsikkerheden og patientsikkerheden.

Der er en vis erfaring med de udfordringer og kompetencebehov vedrørende medicin, som kommunerne oplever på de institutioner, der er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyn. Der er dog begrænset erfaring med, hvordan det går med medicinsikkerheden på andre kommunale institutioner som fx skoler, der ikke er omfattet af en sundhedsfaglig tilsynsordning.

Der savnes således en mere dybdegående indsigt i, hvilke af kommunernes ansvarsområder, hvor det opleves, at der er udfordringer med medicinsikkerheden. Dette bliver i indeværende projekt behandlet åbent, således at analysen også omfatter de forvaltninger, hvor der i dag ikke føres sundhedsfagligt tilsyn.

Der savnes endvidere viden om, hvordan farmakonomer kan bidrage til at løse kommunernes problemstillinger vedrørende medicinsikkerhed, hvilke kompetencer der skal til, og hvilke facilitatorer og barrierer, der kan være.

### **1.5 Formål med projektet**

Formålet med dette projekt var todelt. For det første var det at afdække kommunernes udfordringer på medicinområdet; for det andet at lave en afdækning af, hvordan apoteksfarmakonomer, sammen med kommunale medarbejdere, kan bidrage til at styrke medicinsikkerheden i kommunerne.

For at nå formålet blev følgende problemstillinger besvaret:

- Hvilke udfordringer oplever kommunerne vedrørende medicinsikkerhed i deres institutioner?
  - Hvilke udfordringer oplever kommunernes ledelse i relation til medicinsikkerhed?
  - Hvilke udfordringer oplever medarbejderne, der arbejder med medicin i dagligdagen?
- Hvilke behov inden for medicinsikkerhed opleves på forebyggelsesområdet (fx undervisning af risikogrupper, unge og lignende)?
- Hvordan kan apoteksfarmakonomer bidrage til at styrke medicinsikkerheden i kommunerne?
- Hvilke kompetencer skal apoteksfarmakonomer have for at løse den opgave?
- Hvilke facilitatorer og barrierer kan der være for at apoteksfarmakonomer løser denne opgave?
- Hvilke apoteksfarmakonomleverede indsatser kunne være relevante at afprøve i næste fase af projektet?





## Kapitel 2 – Projektets metoder

For at opnå en så informativ afdækning af kommunernes udfordringer på medicinområdet som muligt, blev der benyttet en kvalitativ tilgang.

Projektet blev gennemført ved: (se figur 2)

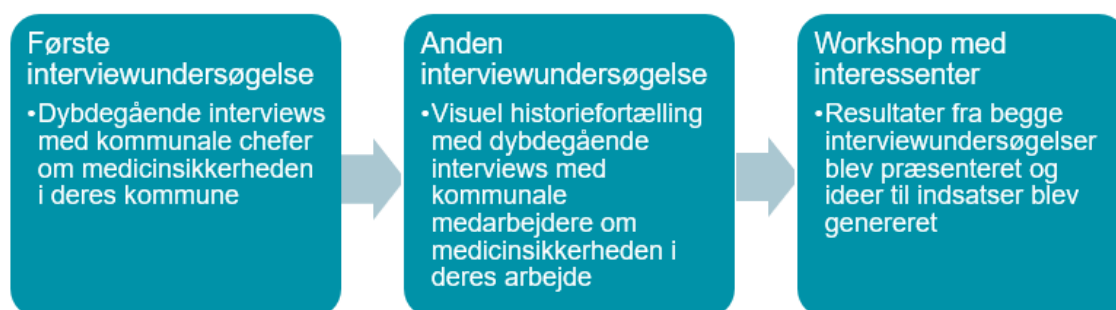
- En interviewundersøgelse, som omfatter 30 dybdegående, semistrukturerede online-enkeltinterviews med kommunale chefer fra sundhedsområdet, socialområdet og børne- og skoleområdet om medicinsikkerheden i deres kommune.
- En anden interviewundersøgelse, som omfatter visuel historiefortælling med dybdegående enkeltinterviews blandt 18 kommunale medarbejdere om medicinsikkerheden i deres arbejde.
- En workshop med interessenter fra kommuner, apoteker, Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening, hvor resultater fra begge interviewundersøgelser blev præsenteret, og ideer til indsatser leveret af apoteksfarmakonomer, der styrker medicinsikkerheden i kommuner, blev genereret.

### 2.1 Første interviewundersøgelse

Der skulle gennemføres 30 dybdegående, semistrukturerede enkeltinterviews med kommunale forvaltningschefer i ti kommuner. Kommunerne blev valgt således, at der er størst mulig variation i forhold til:

- Beliggenhed (land- og bykommuner, alle regioner er repræsenteret)
- Størrelse (indbyggerantal samt areal)
- Projekterfaring på medicinområdet (med og uden)
- Erfaring med at have farmakonomer ansat i kommunen (med og uden).

Der skulle i gennemsnit interviewes tre chefer fra hver af de ti kommuner, inden for sundhedsområdet, socialområdet og børne- og skoleområdet.



Figur 2 Projektets metoder

To forskere gennemførte alle interviews sammen ud fra en semistruktureret interviewguide. Interviewene blev afholdt online, optaget og analyseret med det formål at identificere udfordringer på medicinområdet, der kunne indgå i den anden interviewundersøgelse, hvor kommunale medarbejdere skulle interviewes gennem visuel historiefortælling.

#### 2.1.1 Analyse

Der blev gennemført fuld transskribering af alle interviews, og en indholdsanalyse blev gennemført i NVivo version 13.

Indholdsanalysen blev foretaget ved at:

- 1) Læse hver transskribering flere gange og på den måde blive fortrolig med teksten
- 2) Generere koder ud fra teksten, som siger noget om indholdet
- 3) Kombinere koder fra teksten til overordnede kategorier

- 4) Samle tekst, som tilhører den samme kategori på tværs af transskriberingerne, og sammenskrive det i overordnede temaer.

Kodning og analyse blev kvalitetssikret af to forskere.

Sammenskrivningerne omfattede alle udfordringer på medicinområdet, som de kommunale chefer pegede på. Det blev præsenteret for projektgruppen, som var med til at udvælge de udfordringer, der skulle undersøges nærmere ved anden interviewundersøgelse. Det kunne være en bestemt opgave som dokumentation i borgernes journaler eller en bestemt type institution, for eksempel medicinopgaver på et sundhedscenter.

## **2.2 Anden interviewundersøgelse**

De valgte udfordringer på medicinområdet blev afdækket ved brug af visuel historiefortælling i udvalgte kommuner. Det skete gennem kontakt til de chefer, der indgik i første interviewundersøgelse. Hver af de valgte udfordringer på medicinområdet blev afdækket ved interview af gennemsnitligt tre medarbejdere. De medarbejdere, der blev valgt, var medarbejdere for hvem medicin er en del af deres hverdag og som har forskellige uddannelsesbaggrunde, både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige.

Visuel historiefortælling blev benyttet for at beskrive medarbejdernes erfaringer og udfordringer med medicinrelaterede opgaver ud fra billeder, som de tager i deres hverdag.

Fordelen ved at brug denne metode er, at medarbejderne har mulighed for at beskrive præcis, hvad deres udfordringer er, ved at sætte ord på de billeder, der er taget fra deres hverdag med borgerne.

Visuel historiefortælling er en metode, hvor informanter får en præcis instruktion i at tage billeder af deres hverdag, som illustrerer en given problemstilling. I dette projekt var det de udfordringer, kommunale medarbejdere oplever med medicin i deres hverdag. Medarbejderne tog billeder af situationer, som de oplever er svære vedrørende medicin, med udgangspunkt i en af de udfordringer, der blev valgt ud fra analysen af chefinterviews. Disse billeder blev efterfølgende brugt som udgangspunkt for dybdegående, individuelle interviews, hvor den enkelte medarbejder havde mulighed for, med egne ord og erfaringer, at beskrive deres oplevelser. Medarbejderne blev instrueret i at tage billeder iht. GDPR, således at der ikke var personer eller personfølsomme oplysninger på billederne. To medarbejdere fik ikke taget billeder inden interviewet. Visual Explorer Post Card Set (13) blev benyttet som et alternativ. Her skulle de to medarbejdere vælge de kort, som de syntes illustrerede de udfordringer, de oplever med medicin. De første tre interviews blev gennemført af to forskere, og de resterende interviews blev fordelt mellem de to forskere.

### 2.2.1 Analyse

Der blev gennemført fuld transskribering af alle interviews, og en indholdsanalyse blev gennemført i NVivo version 13.

Indholdsanalysen blev foretaget ved at:

- 1) Læse hver transskribering flere gange og på den måde blive fortrolig med teksten
- 2) Generere koder ud fra teksten, som siger noget om indholdet
- 3) Kombinere koder fra teksten til overordnede kategorier
- 4) Samle tekst, som tilhører den samme kategori på tværs af transskriberingerne, og sammenskrive det som overordnede temaer.

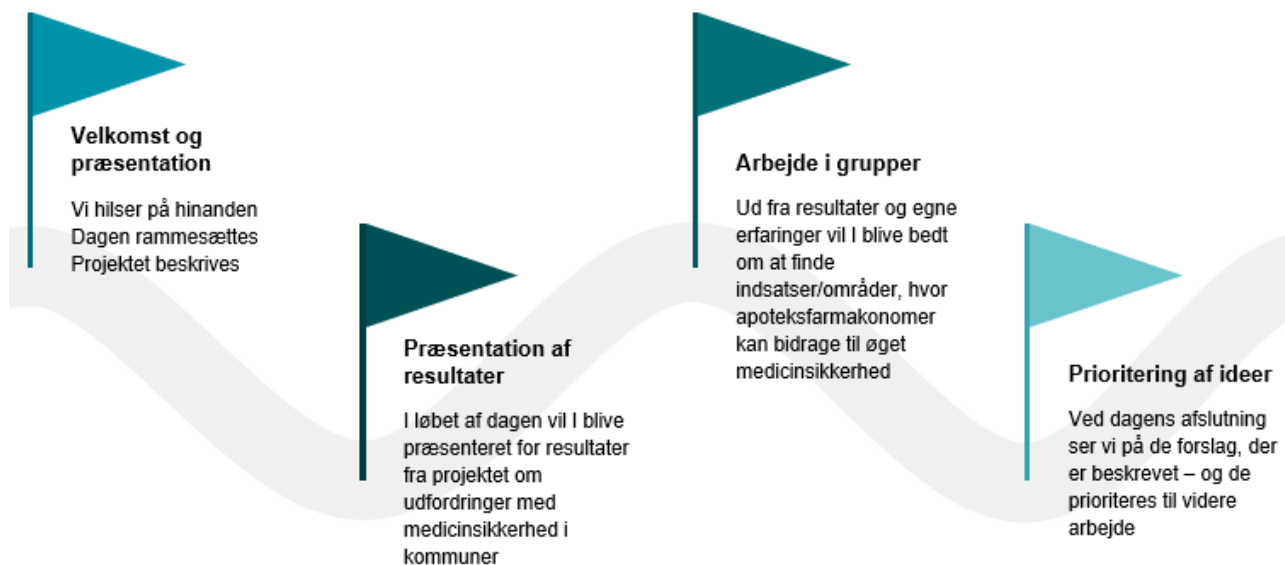
Kodning og analyse blev kvalitetssikret af to forskere.

## 2.3 Workshop med interessenter

Resultaterne af interviewundersøgelserne blev præsenteret ved en workshop med interessenter fra apotek, kommune, Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening med det formål at beskrive ideer til indsatser, hvor apoteksfarmakonomer kan hjælpe kommuner til at opnå øget medicinsikkerhed, og at prioritere de mest relevante indsatser. Desuden skulle interessenterne tage stilling til, hvilke kompetencer disse indsatser kræver af apoteksfarmakonomer, og hvilke facilitatorer og barrierer de allerede nu kan se.

### 2.3.1 Metode

Workshoppen blev afholdt med følgende dagsorden (figur 3).



Figur 3 Dagsorden til workshop med interessenter

Workshoppen var designet således, at resultaterne blev præsenteret i flere dele, og efter hver delresultatpræsentation blev der arbejdet i grupper. Grupperne lavede brainstorm på løsninger, der kunne afhjælpe udfordringer med medicinsikkerhed, som de lige blev præsenteret for. For hver ide, der blev genereret, blev der udfyldt et ark med følgende indhold:

- Hvad hedder indsatsen?
- Hvad er formålet med indsatsen?
- Hvad indeholder indsatsen?
- Hvilke kompetencer skal apoteksfarmakonomer have for at levere indsatsen?
- Hvilke facilitatorer og barrierer kan der være for indsatsen?

### 2.3.2 Deltagere på workshoppen

Kommunale chefer, som havde deltaget i interviews, en farmakonom ansat i en kommune, en apoteksfarmakonom og en apoteker blev inviteret af projektgruppen til deltagelse i workshoppen. Herudover blev Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening inviteret. Deltagere på workshoppen blev introduceret til deres rolle på workshoppen pr. e-mail og telefon inden workshoppen.



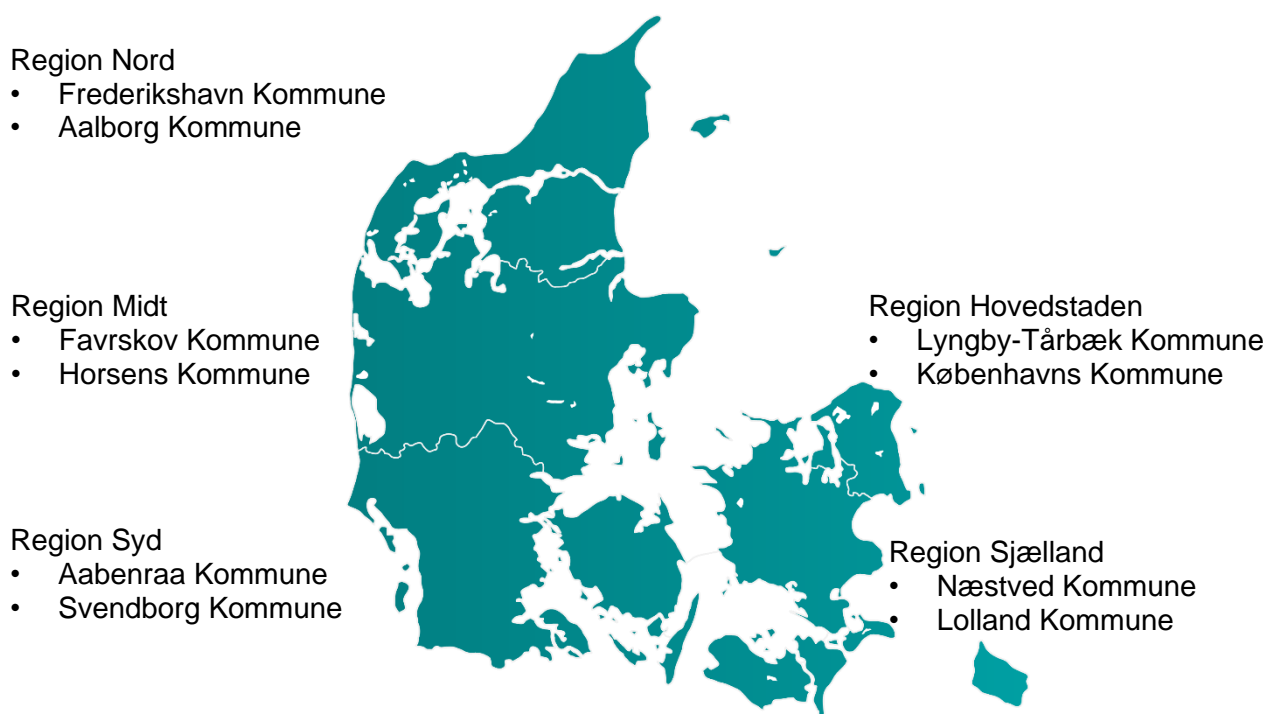
## Kapitel 3 – Resultater, der beskriver deltagerne og de udvalgte områder i kommunerne

### 3.1 Deltagende kommuner

Efter en udvælgelsesproces med kriterier som beskrevet under Kapitel 2 - Metode blev det sammen med projektgruppen aftalt, hvilke kommuner, der skulle kontaktes. I hver af de valgte kommuner blev chefer inden for disse områder kontaktet og inviteret til et online-enkeltinterview:

- Sundhedsområdet
- Socialområdet
- Børne- og skoleområdet

Figur 4 illustrerer, hvilke kommuner, der blev inkluderet.



Figur 4 De inkluderede kommuner i projektet

Nedenfor er det beskrevet, hvilke områder i kommunerne, der er afdækket, og hvordan disse benævnes i rapporten:

- Chefer og medarbejdere fra sundhedscentre, centre for sundhed og omsorg, centre for sundhed og pleje, sundheds- og omsorgsforvaltninger, ældrechefer, sundhedschefer, ældre og sundhed er samlet i dette sammendrag under betegnelsen chefer og medarbejdere fra sundhedsområdet.
- Chefer og medarbejdere fra centre for social indsats, socialforvaltningen, handicap-psykiatrichef, handicap, psykiatri og socialt udsatte er i dette sammendrag samlet under betegnelsen socialområdet.
- Chefer og medarbejdere fra børne- og ungdomsforvaltning, børn og forebyggelse, skoleforvaltningen, center for skole, centre for dagtilbud og skole er i dette sammendrag samlet under betegnelsen børne- og skoleområdet.

Herudover er der chefer, som er chefer for flere af de ovennævnte områder, fx chef for center for social- og sundhedsområdet og center for social, sundhed og beskæftigelse. Disse er benævnt som chefer fra social- og sundhedsområdet.

Det er lidt forskelligt, hvordan midlertidige pladser på sundhedsområdet navngives i forskellige kommuner. De kan fx hedde midlertidige pladser, rehabilitering, akutte pladser og korttidsafsnit. De har typisk borgere, der er færdigbehandlet fra hospital, men er for syge til at komme hjem og derfor har brug for pleje. De kan også have borgere, der ikke er syge nok til at blive indlagt, men for syge til at være hjemme. I denne rapport benævner vi disse steder midlertidige pladser.

### **3.2 Beskrivelse af udvalgte områder i kommunerne**

Her er en beskrivelse af udvalgte områder i kommunerne. Beskrivelserne er lavet på baggrund af interviews med chefer på området.

#### 3.2.1 Håndtering af medicin på børne- og skoleområdet

Sundhedsstyrelsens vejledning siger, at hvis et barn har en akut eller kronisk sygdom, så skal dagtilbud eller skole give medicinen eller understøtte barnet i at tage medicin, hvis det skal tages i dagtilbuds- eller skoletiden, eller der opstår en akut livstruende situation, som kræver medicin. Medicinhåndteringen på dagtilbud/skole skal varetages efter instruktion fra og i samarbejde med forældrene på baggrund af lægens instruktion, og det er forældrenes ansvar, at institutionen er klædt ordentligt på til opgaven. Dagtilbud/skoler har ansvar for, at medicinen håndteres forsvarligt efter denne instruktion (14, 15).

På børne- og skoleområdet findes specialklasser på alment skoler og rene specialskoler. Børnene i specialklasser på alment skoler og på specialskoler kan have forskellige problematikker, og nogle børn får meget medicin. Det kan være børn med epilepsi, autisme, ADHD, hjerneskader, Downs syndrom, spastisk lammelse, andre funktionshandicap, eller generelle indlæringsvanskeligheder. Nogle steder kan det også være børn, der har en somatisk eller psykiatrisk sygdom, der er så alvorlig, at barnet er indlagt, og hvor de går i skole, mens de er indlagt. På specialskoler, hvor børn er indlagt, ser cheferne, at medicin fylder meget, men det er ikke de kommunale pædagoger og læreres ansvar – det er sygehuset, der varetager medicinopgaverne.

Chefer fra børne- og skoleområdet beskriver, at opgaven med at give børn medicin i skole-/daginstitutionstiden håndteres forskelligt fra skole til skole og daginstitution til daginstitution, både i forhold til, hvordan lærerne og pædagogerne takler opgaven, og også i forhold til, hvordan den organiseres. Det kræver ekstra ressourcer at huske at og at give barnet medicin.

På specialskoler med fx handikappede børn er der nogle steder ansat sundhedsfagligt personale, som varetager medicinhåndteringen, og der er lavet instruktioner og retningslinjer for medicinhåndtering. Medicinbehovet på disse skoler varierer meget fra barn til barn, idet nogle børn har et massivt behov, mens andre slet ikke får medicin. I tilfælde af, at den sundhedsfaglige medarbejder på en skole er fraværende, kontaktes forældrene for at holde barnet hjemme. Hvis der ikke er ansat sundhedsfagligt personale på en specialskole, bruges sundhedsplejersken til at hjælpe med eller rådgive om sikre arbejdsgange omkring medicin.

Cheferne på børne- og skoleområdet peger på, at der mangler overordnede rammer og ansvarsfordeling vedrørende medicinhåndtering på institutioner for børn med specielle behov, som lederne kan arbejde efter. Der mangler også kontrolfunktioner, der sikrer, at medicin håndteres rigtigt. Fx kan der opstå tvivl om, hvorvidt medicinen kan opbevares i barnets taske eller skal være aflåst. Lige nu løses disse udfordringer forskelligt og lokalt.

Der kan være børn med fx angst, diabetes eller epilepsi i en almen skoleklasse eller et dagtilbud. Der er ikke ret mange af dem, men chefer fra børne- og skoleområdet ser, at det fylder hos de

ansatte, når disse børn er der. Det fylder, fordi medarbejderne gerne vil gøre det rigtigt i forhold til medicingivningen, da de har et ansvar omkring medicin i den tid, børnene er i skole/dagtilbud, og cheferne oplever, at medarbejderne nogle gange mangler kompetencerne. Nogle medarbejdere har også overvejelser omkring, om det kan være rigtigt, at de som lærere/pædagoger skal løse opgaven med medicin. I tilfælde, hvor forældre beder de ansatte om at give penicillin eller andet ikke-akut eller ikke-kronisk medicin til deres barn, kan der opstå tvivl hos medarbejderne om, hvorvidt det er deres opgave. Her kan de kontakte sundhedsplejersken, som kan afklare, om den pågældende opgave er medarbejdernes. Skolerne vurderer i samarbejde med forældrene, hvornår børnene er gamle nok til selv at administrere deres medicin, så opgaven ikke længere skal være pædagogens og læreres.

Det er forskelligt, hvad de enkelte dagtilbud/skoler og specialtilbud/specialskoler, har behov for hjælp til eller rådgivning om. Det afhænger af barnet, medicinen, personalets kompetencer og kulturen omkring medicingivning på skolen/dagtilbuddet. Når personalet skal læres op i en given sygdom, vil det typisk være to-tre medarbejdere, der bliver lært op i det, og som vil have ansvaret for varetagelsen. Nogle gange er det tilstrækkeligt med en skriftlig vejledning.

Sundhedsplejersker giver ikke medicin, men rådgiver skoler/daginstitutioner om fx opbevaring af medicin, medicingivning, fnat, lus og hygiejne. Derudover tager sundhedsplejersker på årlige konsulentbesøg i institutionerne, hvor der vejledes om de gældende love og retningslinjer i forhold til bl.a. generel sundhed og smitsomme sygdomme. Der kan også være samarbejde med fx Diabetesforeningen, som kan kontaktes ved spørgsmål om diabetes, eller som holder et oplæg for personale på en skole eller for eleverne om medicinhandling eller måling af blodsukker.

Chefer for børne- og skoleområdet fortæller, at skoler kan lave forebyggende arbejde omkring sundhed. Der arbejdes med sundhed i undervisningen på alle klassetrin og i ungdomsskolen, fx om kost, alkohol, rygning, seksuel sundhed og motion. Ikke specifikt om medicin, men om generel sundhed, hvor medicin kan komme ind – det afhænger af børnenes/de unges behov. Nogle chefer mener, at der ikke skal lægges mere ansvar for forebyggelse i forhold til medicinbrug og sundhed ud på skolerne, end der allerede er i forvejen. Skolen kan godt tage ansvar for at forhindre, at der bliver udleveret medicin, fx hovedpinepiller på skolen, men elevernes medicinbrug, forhold til medicin og evt. misbrug er forældrenes ansvar.

### 3.2.2 Beskrivelse af socialområdet

Socialområdet dækker områder som handicap, psykiatri og socialt udsatte. Inden for socialområdet er der en bred vifte af tilbud, der bl.a. omfatter aktivitetscentre, forsorgshjem, krisecentre og botilbud. Der er også beskæftigelsestilbud samt beskæftigelsesfremmende aktiviteter på jobcentre for borgere, der skal komme nærmere arbejdsmarkedet. Udsatte borgere, som er midlertidigt hjemløse kan være i en støttekontaktpersonordning, hvor et udadgående team opsøger dem og forsøger at komme i kontakt med dem.

Medicin fylder især på botilbud, hvor der er borgere med kognitive funktionsnedsættelser, der ikke selv kan administrere deres medicinindtag. Derfor gør medarbejderne det. Inden for psykiatrien, hvor der arbejdes rehabiliterende, arbejdes der dog på, at borgerne skal blive mere selvstændige og lære selv at administrere og indtage deres medicin. Hvis man kigger overordnet på det sociale område, er der ikke mange opgaver med medicin. De døgndækkede botilbud er der, hvor der er flest opgaver med medicin, da personalet kan stå for at administrere den for borgerne.

I kommunerne findes der flere forskellige former for botilbud, som kan opdeles i tre undergrupper. Den mest omfattende er paragraf 108, som er døgntilbud for borgere med længerevarende hjælpebehov. Denne type døgntilbud er kendetegnet ved høje normeringer, nattevagter m.v. Et andet botilbud er paragraf 107, hvor der er en forventning om, at opholdet er midlertidigt og med henblik på, at borgeren kan komme i en mindre indgribende foranstaltning fremadrettet. Den sidste

form for botilbud er paragraf 105, hvor det er et almennyttigt boligselskab, der ejer boligen, og hvor borgeren har et mindre hjælpebehov end i de førnævnte paragraffer (16).

På alle tre botilbud kan der være opgaver relateret til medicin, men der vil være forskel på, i hvor høj grad borgerne selv er i stand til at administrere det. På botilbuddene inden for paragraf 105 vil en større procentdel af borgerne typisk være selvadministrerende end på de to andre botilbud. På de døgndækkede tilbud kan der, udover pædagogisk personale, også være sundhedsfagligt personale ansat i form af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. På nogle socialpsykiatriske tilbud kan der være meget psykofarmaka, og nogle steder er der en lægekonsulent tilknyttet for at varetage borgernes behandling og medicin.

For borgere, der ikke bor på botilbud, men som har et lettere hjælpebehov, kan der være arbejde af socialpædagogisk karakter, som kan indebære hjælp til at få handlet, betalt regninger eller lignende. Der er også aktivitets- og samværstilbud, der både kan være uformelle eller mere målrettede og med henblik på kompetenceudvikling. Nogle af disse borgere kan få besøg af hjemmeplejen, der håndterer deres medicin samtidig med, at borgerne modtager sociale ydelser.

### 3.2.3 Beskrivelse af misbrugsområdet

På misbrugsområdet er der forskellige former for indsatser og behandlinger. Der er blandt andet kognitiv behandling, som varetages af pædagoger, der er uddannet misbrugsbehandlere. Her udleveres der ikke medicin. Derudover er der substitutionsbehandling, som en stor del af alkohol- og misbrugsbehandlingen er båret af. Substitutionsbehandlingen bliver varetaget af sundhedsfagligt personale, som typisk er en læge og sygeplejersker. Det ordinerende ansvar ligger hos den behandlingsansvarlige læge, mens sygeplejersker eller andet sundhedsfagligt personale forestår udlevering af medicinen samt opfølgning. I forbindelse med substitutionsbehandlingen er der nogle kommuner, som har aftaler med apoteket om, at de står for udleveringen af substitutionsmedicinen.

For voksne er der ambulante misbrugstilbud, hvor der sammen med borgeren lægges en behandlingsplan, som lægen også kan være en del af. Nogle borgere bruger hash eller andre rusmidler for at dæmpe tankemylder, uro eller angst. I forbindelse med disse borgere gøres der en indsats for at trappe ned på rusmidlerne og i stedet øge dosis af angstdæpende medicin, så misbruget ikke bruges til at dæmpe noget, der kunne have været afhjulpet medicinsk. Alkoholbehandling kan indebære afrusning og antabus.

Kommunerne kan også have et samarbejde med ungdomsuddannelserne om rådgivning for unge omkring misbrug. Derudover er der misbrugsbehandling for unge, hvor der lægges vægt på, at det er de unge, der skal mødes og nås ind til, fremfor familien og forældrene. Der skal dog også være tilbud for de pårørende. Misbrugsbehandlingen for de unge kan bestå i individuelle samtaler eller gruppesamtaler, og derudover bliver der lavet opfølgninger. Behandlingen er præget af anonymitet og frit valg. Når det gælder medicin til borgere med misbrug, sørges der for, at der er nogle sikkerhedsmæssige strukturer omkring udleveringen, da borgerne kan være personfarlige og udgøre en sikkerhedsrisiko for medarbejderne.



## Kapitel 4 – Resultater om generelle temaer og rammevilkår, som kommunerne har, og som har relevans for medicinsikkerheden

Der blev i alt gennemført enkeltinterviews med 27 kommunale chefer fra hhv. sundhedsområdet, socialområdet og børne- og skoleområdet samt visuel storytelling med 17 kommunale medarbejdere fra hhv. sundhedsområdet og socialområdet.

Resultaterne fra begge interviewundersøgelser er skrevet sammen og delt op i to overordnede kategorier:

- Generelle temaer og rammevilkår
- Udfordringer med specifikke medicinopgaver.

Den første kategori, Generelle temaer og rammevilkår, handler om de rammevilkår, der er i varetagelsen af medicinopgaver i kommunerne, samt de kommunale chefers ønsker til fremtidens varetagelse af medicinopgaven. De er beskrevet i dette afsnit og er følgende:

- Der er flere plejkrævende og komplekse borgere i kommunen
- Der er generelle udfordringer for medicinsikkerheden
- Kommunerne er motiverede for at arbejde med kvalitet og sikkerhed på medicinområdet
- Kommunale chefer har en række ønsker til fremtidens varetagelse af medicinopgaver

### 4.1 Der er flere plejkrævende og komplekse borgere i kommunen

Chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at der er flere ting i det nære sundhedsvæsen, som bidrager til kompleksiteten og kravet om pleje til flere borgere i kommunerne:

- Borgere lever længere, fejler mere og får mere medicin
- Med tiden er opgaveporteføljen på botilbud udvidet med sundhedsfaglige opgaver
- Der lægges medicin oveni, men der fjernes ikke noget
- Der er mangel på ressourcer i kommunerne, herunder mangel på læger særligt i yderområderne
- Borgere udskrives tidligere fra hospital
- Medarbejdere i kommunen mangler afklaring om, hvilken medicin borgerne skal tage ved overgange.

Der er flere borgere, der lever længere, er multisyge og tager mere medicin end for ti-tyve år siden. Det gælder også borgere med fysisk og psykisk handicap. Dette opleves af chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet.

*”Tidligere, hvis du havde Downs syndrom omkring århundredeskiftet, så blev du seksten år, hvis du var heldig, ikke også, op i fyrrerne så kunne du blive femogtyve, i halvfjerdserne så døde du, når du var fyrrer, men nu begynder jeg på pensionister med Downs, og når du bliver pensionist, jamen så skal du også have kalk, og du skal også have noget andet, og du skal også have blodfortyndende. Og vores beboere, der stiger aldersgennemsnittet også, så der er også sådan en udvikling i det inden for det her område.”*  
(Chef fra socialområdet, interview 6)

Chefer og medarbejdere ser, at medicinområdet generelt er blevet mere komplekst og det kræver, at medarbejderne skal kunne mere og mere. Chefer på socialområdet peger på, at sundhedsområdet har en længere historik i forhold til at arbejde med medicin, hvor man har været fokuseret på opgaven i længere tid end på socialområdet. Med tiden er opgaveporteføljen på

botilbud udvidet med sundhedsfaglige opgaver, og det kan mærkes, at kompleksiteten i behandlingen bliver større og større, hvilket stiller større og større krav til medarbejderne, som skal levere sygepleje på højere niveau, herunder store krav til medicinopgaverne. Socialområdet har udviklet sig de sidste fire-fem år, fra at det pædagogiske personale ikke syntes, at de sundhedsfaglige opgaver havde noget med dem at gøre og ikke at kunne se alvoren i medicinopgaver, til at de nu kan se væsentligheden af, at der er styr på reglerne for medicinbehandling, og at borgerne har andre behov end de socialpædagogiske, fx vedligehold af pleje- og omsorgsbehov, i takt med at borgerne bliver ældre i tråd med samfundsudviklingen.

Medarbejdere peger på, at det er et stort ansvar at håndtere borgernes medicin, og det kræver, at man ved, hvad man giver, hvornår det skal gives, samt at man er opmærksom på eventuelle bivirkninger. På den anden side peger de også på, at arbejdsgangene omkring medicin ikke skal gøres unødigt komplicerede.

Medarbejdere peger på, at det kan være en udfordring at have borgere med meget medicin, fordi der skal holdes styr på mængder, eventuelle dosisruller samt sidedoseringer, hvilket både kan være en kompleks og tidskrævende opgave. Chefer og medarbejdere oplever, at mange borgere får meget medicin uden at de bliver revurderet. De forskellige læger, der er inde over borgerens behandling, lægger flere præparater til uden at revurdere den samlede behandling. Der gives også medicin for at tage en anden medicins bivirkninger. Alt det gør det ekstra svært og komplekst for medarbejderne.

*"Vi får flere og flere borgere med mere og mere komplekse sundhedsmæssige problemstillinger, og dermed også mere og mere kompleks medicinering, som vi ikke helt ved, om vi har mandskabet og kompetencerne til at løfte på den lange bane."  
(Chef fra sundheds- og socialområdet, interview 4)*

Cheferne oplever desuden, at der er flere borgere, der udskrives tidligere end førhen fra sygehuset til kommunen, som skal varetage deres behandling. Det gælder også borgere med fysisk og psykisk handicap og borgere, der får hjemmepleje. Mange borgere ønsker at komme i eget hjem og få hjælpen der, men det stiller krav til hjemmeplejen om at stille op med ekstra ressourcer.

Cheferne peger på, at de borgere, der kommer fra hospitalerne, kræver høj faglighed fra medarbejdernes side, og de opgaver, der følger med, kan ikke alle løses af en social- og sundhedsassistent. Kommunerne har ikke været ordentligt forberedt på den omstilling, og de føler ikke, at de er der endnu, hvor de er sikre på, at deres medarbejdere har de rette rammer og kompetencer til at varetage disse opgaver med medicin. Varetagelse af borgerens medicin kræver koncentration, viden om effekt og bivirkninger og rammer, der gør, at de sikkert kan dosere og give borgeren medicin.

Chefer på sundheds- og socialområdet peger på, at der skal tænkes nyt på medicinområdet i kommunerne for borgere, der er plejkrævende, og hvor der er kompleksitet i arbejdsopgaverne omkring medicin, fordi:

- Sygeplejersker bruger for meget tid på dosering af medicin – tid, de i stedet kunne bruge hos borgerne
- Der på socialområdet skal arbejdes mere tværfagligt for at tage vare på disse borgere - en kombination af det socialpædagogiske og det sundhedsfaglige
- Der er manglende eller utilstrækkelige kompetencer på medicinområdet hos noget personale, der håndterer medicin for borgere, der er plejkrævende, og hvor der er kompleksitet i arbejdsopgaverne omkring medicin

- Der er manglende struktur i forhold til vedligeholdelse af kompetencerne på medicinområdet hos personalet.

#### 4.1.1 Overbehandling hos børn og unge og på socialområdet

Flere og flere børn diagnosticeres med autisme og ADHD. Det vurderes af chefer på social- og børne- og skoleområdet, at nogle børn kunne være foruden diagnose og medicin, hvis familieforholdene og rammerne på skolen/institutionen var bedre, og der var fokus på barnets trivsel. De peger dog på, at det er godt, at det ikke er tabu længere at have fx autisme, men det er som om, at det er bedre at have et barn med autisme end at have et barn, der ikke klarer sig så godt bogligt, for så har forældrene en diagnose, som de kan forholde sig til. Det er dyrt for samfundet med disse diagnoser, og er ikke nødvendigvis for barnets bedste. Der er en bekymring hos cheferne om, hvilken betydning det kan have, at børn medicineres så tidligt.

I nogle klasser har piger i de høje klassetrin typisk kodymagnyler i tasken, som bruges ved menstruationssmerter, eller fordi de har sovet dårligt. Nogle chefer på børne- og skoleområdet ser det som et tegn på en trend i samfundet, som handler om, at vi ikke skal gå og have smerter. Cheferne synes, at vi i stedet skal blive bedre til at bruge alternativer, fx frisk luft.

Chefer for socialområdet peger på, at i psykiatrien er det samværet, nærværet og kontakten, som hjælper borgerne, i kombination med medicin. Det er vigtigt, at medarbejdere på botilbud er borgerens stemme, så borgerens holdning til, hvor meget medicin, der skal tages, italesættes. Der arbejdes fx med medicindagbøger her.

#### **4.2 Der er generelle udfordringer for medicinsikkerheden**

De generelle udfordringer for medicinsikkerheden er beskrevet i dette afsnit:

- Personaleudskiftning, sygefravær, rekrutteringsproblematik og manglende ressourcer
- Delte meninger om en fast tilknyttet læge
- Tilsyn fra myndigheder kræver ressourcer og opmærksomhed
- Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)
- Ledelsesopbakning er nødvendig.

#### 4.2.1 Personaleudskiftning, sygefravær, rekrutteringsproblematik og manglende ressourcer

Chefer på sundheds- og socialområdet peger på, at medicinopgaver fylder meget i forhold til andre opgaver, især på plejecentre, hjemmepleje og botilbud. Chefer og ledere vil meget gerne arbejde med at sikre kvaliteten omkring medicinopgaver. Det er bare sådan, at de og medarbejdere drukner i alle mulige andre opgaver. Kommunale chefer peger også på, at der er en del sygefravær og personaleudskiftning i kommunen, og ofte er flere forskellige medarbejdere inde over medicinopgaverne, hvilket kan give en udfordring for medicinsikkerheden. Introduktion af nye medarbejdere og vikarer til at varetage opgaver på medicinområdet er svær, fordi der er mange ting, de skal sættes ind i, og det tager tid for dem at lande i de nye opgaver.

*"Noget af det, vi oplever, der er de store udfordringer, det er blandt andet det her med stor personaleudskiftning, altså at så forsvinder der jo viden og den her sikre håndtering. Så selvom der kan være nok så robuste arbejdsgange, hvis der så lige pludselig er et par opsigelser i træk eller sådan noget, så kan det godt falde på jorden, så det er skrøbeligt."  
(Chef fra sundhedsområdet, interview 1)*

Både chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at der er udfordringer med at rekruttere sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere samt ufaglært

personale på fx botilbud, hvilket er et problem, da det betyder, at kommunerne ikke har nok medarbejdere til bl.a. at varetage medicinrelaterede opgaver på plejecentre, i hjemmeplejen og botilbud – illustreret ved følgende citat:

*"Altså det er den helt store risiko og trussel for vores ældreområde, og naturligvis så også medicingivning og medicin håndtering, som er en del af det, altså det er ikke kun en udfordring nu, det er et decideret problem, at vi ikke kan rekruttere de medarbejdere med de kompetencer, vi har behov for."*  
(Chef fra sundhedsområdet, interview 3)

Hertil kommer, at rekrutteringsudfordringer gør det svært at arbejde med systematisk kvalitetsudvikling. Det skaber behov for at tænke nyt på området. Her nævnes nogle forslag til løsningsmodeller fra kommunale chefer i undersøgelsen:

- Sikre, at borgere og pårørende kan klare sig selv i længere tid; det giver også livskvalitet
- Tilbyde vejledning fra sundhedsfagligt personale i kommunen til institutioner, hvor der kun er pædagogisk personale
- Ikke-sundhedsfagligt personale kommer på tre dages medicingivningskursus, hvilket frigiver tid hos sundhedsfagligt personale til at løse andre opgaver
- Dosisdispenseret medicin til stabilt medicinerede borgere fritager det sundhedsfaglige personale for medicindispensering, så de kan løse andre opgaver
- Ansættelse af farmaceuter og/eller farmakonomer i kommunen.

Cheferne giver udtryk for, at kommunerne mangler ressourcer generelt. Der er en oplevelse af manglende sammenhæng mellem antallet af borgere og opgaver og de ressourcer, der er.

En ting er, at der er rekrutteringsudfordringer, men der er heller ikke altid et tilstrækkeligt antal normeringer til at ansætte nye medarbejdere. Både rekrutteringsudfordringer og manglende normeringer er bekymrende, da det handler om borgere med somatiske og for nogle også psykiatriske udfordringer i livet, og det kræver noget at håndtere disse udfordringer forsvarligt. Kommunerne er interesserede i at effektivisere uden at gå på kompromis med medicinsikkerheden. På det sociale område peger chefer på, at der mangler ressourcer, og de føler sig overset af politikerne i forhold til ældreområdet og normering på daginstitutioner. Der ansættes flere med sundhedsfaglig baggrund på botilbud nu end før, men det sker på bekostning af pædagogstillinger, og det er ikke holdbart.

Særligt i yderområderne oplever cheferne en pionerånd, der gør, at institutioner finder lokale løsninger på forskellige problematikker, som ingen andre kan – fx kan en bedstemor varetage en masse funktioner på en skole, for at den ikke skal lukke. Så når der ikke er ressourcer nok til at ansætte en sygeplejerske på en almen skole til at give børnene medicin, bliver skolens medarbejdere nødt til at tage sig af opgaven – det kan være en sekretær, en lærer eller en pædagog.

#### 4.2.2. Delte meninger om en fast tilknyttet læge

På sundhedsområdet opleves, at det er en fordel, at plejecentrene har tilknyttet en plejecenterlæge, der kender borgerne og har et godt samarbejde med medarbejderne. Medarbejderne peger på, at på plejecentre, hvor der ikke er en fast læge knyttet til borgeren, har lægen pga. manglende kendskab til borgeren svært ved at bedømme, om der skal ændres i medicinen. Her kan kommunale medarbejdere tæt på borgeren med fordel tage med til lægen og fortælle, hvad deres oplevelse af borgeren er.

Mht. en fast tilknyttet læge på socialområdet er det ikke helt så ligetil, da chefer oplever, at mange pårørende helst ser, at deres nære beholder den samme læge, der har fulgt dem gennem årene og kender til deres situation. På den anden side kan handicapområdet være så komplekst, at det giver den praktiserende læge en kompetenceudfordring, og det derfor kan være en fordel, at et botilbud har den samme læge, der opbygger en viden om og relation til denne målgruppe. Medarbejdere på botilbud oplever, at når der er en fast tilknyttet læge, får medarbejderne en bedre relation til lægen, hvilket gør kommunikationen nemmere. Der kan dog nogle gange opstå sammenstød mellem de forskellige faggrupperes kulturer – lægens og socialpædagogens – illustreret ved følgende citat:

*"Det er de sundhedsansvarlige, der synes, han [lægen] er irriterende eller et eller andet. Ja. Han er også blevet nødt til at sige til dem, fordi det er, altså, det er socialpæagoger, og det er sådan noget, de kan sige. 'Kommer du og kigger på et eller andet?' Så kommer han, og så siger de: 'Ej, ved du hvad, hun har det ikke så godt nu. Kan du komme igen om en time?' Du ved."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 16)*

#### 4.2.3 Tilsyn fra myndigheder kræver ressourcer og opmærksomhed

Kommunale chefer på social- og sundhedsområdet peger på, at der er mange tilsyn, herunder arbejdstilsyn, socialtilsyn og patientsikkerhedstilsyn, at forholde sig til i kommunerne, som kræver tid og ressourcer, både i forbindelse med forberedelse af tilsynsbesøg og efterfølgende at agere på eventuelle fund og arbejde efter standarder og retningslinjer. De oplever, at det kan være forskelligt, hvad tilsynene siger er den rigtige måde at løse medicinopgaverne på.

Kontrolforanstaltninger med indberetninger, dokumentation og tilsynsbesøg opleves af cheferne som tids- og opmærksomhedskrævende, samtidig med at det også skaber et vigtigt fokus på medicin. Det opleves af cheferne især overvældende for medarbejderne på botilbud, og det ønskes, at disse tilsyn blev overladt til den ene af myndighederne, så der udføres et samlet tilsyn.

Der er kommet mere systematik og fokus på dokumentation på de kommunale botilbud, som har givet lederne på botilbuddene en udfordring i at finde ressourcerne til at give medicinopgaverne det fokus, de kræver. Medarbejderne oplever, at tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed har fungeret som en kulturændring for medarbejdere på botilbud, da det har medført regler, retningslinjer og dokumentation, som de ikke var vant til. Pædagogisk personale er i den forbindelse bekymret for, at det sundhedsfaglige vil komme til at fylde for meget, og at botilbuddene vil blive for sygehusagtige. De er ligeledes bekymrede for, at de mange regler går ud over borgernes selvbestemmelsesret, og at botilbud vil blive institutioner fremfor borgerens hjem.

Der arbejdes med at skabe læring af tilsynene og af utilsigtede hændelser. Det opleves, at besøg fra tilsyn også kan fjerne noget utryghed og i stedet skabe tryghed, fordi nogle hjælper én med at gøre det rigtigt. Nogle medarbejdere kan også opleve, at selvom de føler, at de har styr på tingene, kan tilsyn føles angstprovokerende. Medarbejderne forsøger at bruge tilsynene konstruktivt, og tilsynene giver en ide om, hvor medarbejderne kan gøre en indsats.

#### 4.2.4 Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

Medarbejdere på sundheds- og socialområdet oplever, at utilsigtede hændelser om medicinfejl fylder meget. Antallet af utilsigtede hændelser kan være stabilt på trods af, at der sættes mange tiltag i gang. At tiltagene ikke ændrer på antallet af utilsigtede hændelser, kan skyldes

underbemanding, mener nogle medarbejdere. Arbejdet med utilsigtede hændelser kan være frustrerende for medarbejderne, fordi det ikke bliver bedre – illustreret ved følgende citat:

*"Det fylder rigtig meget, ik', og vi registrerer utilsigtede hændelser i forhold til, det ikke bliver givet og hvad så, altså hvorfor bliver vi aldrig bedre end det, altså hvad er det, der skal til? Altså det er ligesom om, det er sådan en nød, man ikke kan knække, fordi jeg tror, at niveauet på utilsigtede hændelser her i kommunen ligger sådan nogenlunde stabilt, det har det gjort de sidste ti år, sådan er det sikkert også på landsplan, hvorfor er det, det ikke bliver bedre, lige meget hvad det er for nogle tiltag, vi sætter i gang, så sker der ligesom ikke noget. Og det er faktisk frustrerende at arbejde med [...] Vi ved egentlig, at vi godt kunne gøre det bedre, der er bare vilkår, der gør, det bliver rigtig, rigtig svært."*  
(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 13)

Selvom antallet af utilsigtede hændelser på mange kommunale områder er højt, peger medarbejdere også på, at tallet skal ses i lyset af, hvor mange borgere og daglige medicinadministrationer det er fordelt udover. Hvis antallet af utilsigtede hændelser faldt, kunne lederne frygte, at det blot skyldtes, at medarbejderne glemte at indberette dem.

Medarbejdere peger på, at utilsigtede hændelser om medicin er et alvorligt område, men da der ikke altid er en direkte og synlig konsekvens af at glemme at give medicinen, kan det være svært for nogle medarbejdere at forstå alvoren.

Nogle medarbejdere oplever, at der med årene er kommet en større åbenhed omkring utilsigtede hændelser. På nogle kommunale steder holdes der UTH-møder, hvor de utilsigtede hændelser bliver gennemgået.



Figur 5 Et billede valgt af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 13 (13)

Her er et af de billeder medarbejderne har valgt at tale ud fra i et interview. Det illustrerer arbejdet med medicin og UTH på medicin. Medarbejderen føler det som en stor belastning at gøre alting rigtig altid, for der er meget at forholde sig til. Medarbejderen synes, at det er vigtigt, at man har en kultur, hvor man kan sige til hinanden, når man taber noget på gulvet.

#### 4.2.5 Ledelsesopbakning er nødvendig

Medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at lederen skal sætte spørgsmålstejn ved, om opgaverne bliver løst på det rigtige niveau, og om der bliver givet nok tid til, at medarbejderne har mulighed for at dygtiggøre sig. Lederen skal kunne balancere i at italesætte de korrekte arbejdsgange, den korrekte faglighed osv., og samtidig have en forståelse for medarbejdernes travle hverdag. Derudover er der en balancegang i nogle gange at se igennem fingre med fejl og uheld, men andre gange at sætte mere fokus på det og presse på for en løsning. Der skal være en kultur, hvor man kan sige tingene til medarbejderne, så der er mulighed for udvikling og forbedring.

Medarbejdere i kommunen kontakter typisk ledere i forbindelse med udfordringer angående medicin. Det kan for eksempel være, at en sygeplejerske står i en situation, hvor hverken hospitalslægen eller den praktiserende læge vil tage sig af den ordinerede medicin, og at lederen derfor skal involveres for at løse problemet. Medarbejdere kan have en oplevelse af ikke at blive lyttet til af lægerne, og at der først sker noget, når lederen involveres, på trods af, at lederen ikke har et lige så stort kendskab til detaljer om borgeren som medarbejderne.

På plejehjem vil det nogle gange være lederen, der har den primære kontakt med de pårørende, og derfor peger medarbejdere på, at det er en fordel at udøve nærværende ledelse. Dette indebærer, at lederen er tæt på borgeren og dermed i stand til at besvare de pårørendes spørgsmål. Lederen skal endvidere være lyttende og gennem sparring med medarbejderne nå frem til hensigtsmæssige løsninger.

Medarbejdere oplever, at ledere, som er langt væk fra sygeplejefaget på grund af andre opgaver, kan have svært ved at forstå problemernes omfang fuldt ud, selvom de er bevidste om UTH'er på medicinområdet. Det opleves, at mange ledere prøver at forstå problemerne på medicinområdet, men da der sker meget på området med nye tiltag og ændringer, kan det være svært at følge med, når man også har mange andre opgaver at se til. Nogle medarbejdere ønsker, at lederne er mere deltagende, handlekraftige og tager initiativ til at ændre på tingene nu og her i stedet for at være afventende.

### **4.3 Kommunerne er motiverede for at arbejde med kvalitet og sikkerhed på medicinområdet**

Generelt beskriver kommunale chefer på alle afdækkede områder og medarbejdere på sundheds- og socialområdet, at der er stor motivation for at arbejde med kvalitet på medicinområdet. Det er motiverende for medarbejdere i kommunen at nå i mål og at flytte sig på diverse parametre, der har med kvalitet på medicinområdet at gøre. Forskelligartede udfordringer, som chefer og medarbejdere har sat ord på i denne undersøgelse, kan dog stå i vejen for arbejdet med systematisk kvalitetsudvikling af medicinområdet.

#### 4.3.1 Medicinsikkerhed er vigtig for borgersikkerheden

Kommunale chefer på alle afdækkede områder peger på, at gode procedurer og strukturer omkring medicin kan bidrage til bedre borgersikkerhed, da det vil minimere antallet af medicinfejl. De peger på, at fejl med medicin kan give mere fatale konsekvenser for borgeren end fejl på andre områder.

*"Det har skærpet [vores] opmærksomhed. Og også nogle gange på en ikke så hensigtsmæssig måde, fordi det kommer så på bagkant af et tilsynsbesøg. Men altså det har da betydet, at vi er blevet meget mere opmærksomme og er vågnet op på området, tænker jeg, ikke også. Og har fundet ud af, at der har været nogle uhensigtsmæssige ting."*  
(Chef fra social- og sundhedsområdet, interview 23)

At korrekt håndtering af medicin spiller en så væsentlig rolle for borgerens sikkerhed, er en af grundene til, at chefer på sundheds- og socialområdet oplever, at de fleste medarbejdere har en stor motivation for at blive endnu bedre på området og gerne vil prioritere medicinopgaver. Chefer på sundheds- og socialområdet oplever, at medarbejderne finder det naturligt at arbejde med medicin og at skabe struktur i forhold til, hvornår medicinen gives, hvem den gives af osv. Der er dog nogle institutioner, der ikke prioriterer medicinen; det skyldes ikke nødvendigvis, at de underkender dens vigtighed, men nærmere, at de har en lang række andre arbejdsopgaver og dermed ikke har tiden. Det kan også hænge sammen med medarbejdernes faglige baggrund, og hvad de anser for deres kerneopgave, hvilket er mest tydeligt på skoleområdet, hvor lærere og pædagoger ikke nødvendigvis anser det for deres opgave at håndtere børnenes medicin.

#### 4.3.2 En erkendelse af, at medicinområdet skal prioriteres

Hos chefer på sundheds- og socialområdet er der en erkendelse af, at der skal gøres noget på medicinområdet. Chefer peger på, at opgaver med medicin ikke er til at komme uden om, og derfor er det vigtigt, at der bliver handlet på området.

Der er generelt enighed hos chefer på sundheds- og socialområdet, at medicinområdet kræver fokus og igangsættelse af løbende tiltag, der sikrer kvaliteten. Der arbejdes i kommunerne løbende med forbedringer og kvalitet på medicinområdet, i nogle tilfælde gennem deltagelse i projekter, fx "I sikre hænder" og "Medicinsikre botilbud", i forbindelse med tilsyn fra Styrelsen fra Patientsikkerhed (sundheds- og socialområdet) og ved brug af rapporterede utilsigtede hændelser. Cheferne på



sundhedsområdet peger på, at for at skabe faglig og borgeroplevet kvalitet, forudsætter det, at der er organisatorisk kvalitet, hvilket bl.a. vil sige, at de enkelte organisationer i en kommune har en god ledelse og kompetente medarbejdere.

#### **4.4 Kommunale chefer har en række ønsker til fremtidens varetagelse af medicinopgaver**

De kommunale chefer for de afdækkede områder har udtrykt en række ønsker til fremtidens håndtering af medicinområdet samt sundhedsområdet generelt.

##### 4.4.1 At tænke medicinområdet på en anden måde nationalt

Nogle chefer på sundheds- og socialområdet mener, at det vil give mening at nulstille medicinområdet og forsøge at finde mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på. Dette gælder både i forbindelse med det praktiske og med vidensdeling. Opgaverne skal understøttes af den rigtige faglighed, og der ønskes en bedre sammenhæng mellem alvoren i medicinopgaven og den faglighed, den skal løses af.

##### 4.4.2 At tænke ressourcer anderledes

Et andet ønske, der gives udtryk for hos cheferne på sundheds- og socialområdet, er at tænke ressourcerne i kommunen anderledes, da der på nuværende tidspunkt ikke er de fornødne ressourcer til at udføre arbejdet. Her kunne det eksempelvis være, at man ansatte borgere eller pensionerede sygeplejersker, læger eller lignende, der kunne varetage nogle afgrænsede opgaver.

##### 4.4.3 Borgere sættes i spil

De kommunale chefer på sundheds- og socialområdet kan også se en fordel i, hvis borgerne i højere grad selv havde ansvar for deres medicin og blev klædt på til at varetage opgaven. Dette kunne bl.a. være i form af, at borgeren tog ansvaret for dialogen med psykiateren eller den ordinerende læge. Der er også en gruppe af borgere, der sagtens kan komme på sygeplejeklinikker, hvor borgeren så møder et kompetent og professionelt personale, der kan dispensere og overvåge udlevering og indtagning af medicin og ligeledes dokumentere det.

##### 4.4.4 Bedre rammer omkring medicinopgaven

Chefer på alle afdækkede områder har et ønske om bedre rammer omkring dispensering af medicin, samt at der er nok tid til at løse opgaven optimalt. Derudover ønskes det, at alle medarbejderne føler sig trygge i opgaven og har de fornødne kompetencer uanset deres uddannelsesbaggrund. En bedre struktur omkring medicinopgaverne er også et ønske hos nogle af kommunalcheferne. Dette indebærer både, at der holdes styr på, hvem der giver medicinen, hvornår den skal gives osv. På børne- og skoleområdet indebærer det desuden, at der er styr på samarbejdet med forældrene, så det fylder så lidt som muligt hos barnet at skulle tage medicin til daglig.

##### 4.4.5 Brug af teknologi og data i forbindelse med medicinopgaver

Chefer på sundheds- og socialområdet peger på, at en oplagt måde at optimere medicinområdet på er ved at implementere velfærdsteknologi, der kan minimere antallet af fejl og derved understøtte medicinsikkerheden og øge kvaliteten. Med medicinrobotter ville man fx kunne gøre flere borgere selvhjulpne, og man ville kunne spare dyrebare faglige ressourcer, idet sygeplejerskerne ikke skulle bruge nær så meget tid på medicinopgaver. Dosisdispenseret medicin eller en teknologi, der er programmeret til at udlevere medicin til borgere (fx Dose-can), ville gøre, at medicinopgaven blev mindre for personalet, da de kun ville skulle stå for dokumentation og for at sikre, at medicinen blev taget. Det kunne også være en mulighed at tage intelligente medicinskabe i brug.

I tråd med ønsket om bedre udnyttelse af teknologi er der også et ønske om at skabe mere automatiserede data. Hvis man fik mere data tilgængelig i de kommunale omsorgssystemer, ville man belaste driften mindre i forhold til at arbejde mere konsekvent med systematisk

kvalitetsudvikling og forbedring af borgersikkerheden. Her nævnes udvikling af en digital løsning til samlerapportering af utilsigtede hændelser. Dette ville gøre rapporteringen nemmere for medarbejdere, og det ville give nye muligheder for analyse. Derudover ville det skabe en kobling mellem patientsikkerhedsarbejdet og forbedringsarbejdet.

#### 4.4.6 Frihed til at træffe lokale beslutninger

På de afdækkede områder udtrykker chefer ønske om, at de enkelte kommuner og de enkelte tilbud får en større frihed til at håndtere opgaveløsningen på den måde, der passer bedst for dem. Der kan stadigvæk være klare retningslinjer og instrukser, men det skal være op til den enkelte kommune at afgøre, hvem opgaverne skal varetages af, og hvordan organiseringen omkring dem skal være.

#### 4.4.7 Mere tværfagligt samarbejde

Der er et ønske om mere samarbejde mellem pædagogisk og sundhedsfagligt personale på botilbuddene, så opgaverne kan blive løst tværfagligt. Derudover gives der udtryk for et ønske om, at de ansatte bliver mere skarpe på, hvad deres rolle er. De kommunale chefer på sundheds- og socialområdet kunne også ønske sig et forbedret samarbejde med lægerne. Derudover ses der også fordele i at være opmærksom på muligheder for nye former for samarbejder, som eksempelvis kunne være med farmakonomer eller farmaceuter. I det hele taget drejer det sig om at lave meningsfulde koblinger mellem faglighederne. Mere specifikt er der på botilbud og specialtilbud for børn et ønske om, at det sundhedsfaglige personale får en mere central plads. På den måde kan det sundhedsfaglige personale supplere det socialfaglige personale med viden om det somatiske m.v.

#### 4.4.8 Samarbejde med apoteket

Nogle chefer for de afdækkede områder ser, at der er mange muligheder for samarbejde med apotekerne. I og med at apotekerne har en stor viden og ekspertise på medicinområdet, kan de med fordel få en mere aktiv rolle og et større ansvar på området. Dette gælder blandt andet i forbindelse med medicin håndtering til komplekse borgere, hvor der er brug for specialviden.

I stedet for, at medicindispensering, koordinering med diverse læger og i det hele taget de praktiske opgaver omkring medicin ligger i det kommunale, kan det overdrages til apotekerne. Apoteket kan i samarbejde med lægen, som ordinerer, stå for medicinopgaverne. Derudover kan apotekerne varetage borgernes medicingennemgange. Man kunne også indføre dosisdispensering direkte fra apoteket.

Nogle chefer sætter spørgsmålstegn ved, om apoteket er gearet til det ekstra arbejde, der kan være ved at gå ind og overtage dispensering af borgernes medicin. Det handler også om, hvorvidt der er nok volumen i opgaven i kommunen, og det vil være forskelligt fra kommune til kommune, hvor meget hjælp de har brug for. Der er dog en erkendelse af, at kommunerne bruger mange penge på at varetage opgaver med medicin i forvejen, og derfor giver det mening at flytte midlerne til apoteket, som har den rigtige faglighed – medicin fagligheden. Nogle kommunale chefer ser ikke, at apoteket kan hjælpe med at udarbejde instruktioner vedrørende arbejdsgange for medicin håndtering, da apotekets kernekompetence er medicin, virkninger og bivirkninger.

Kommunerne ønsker, at farmakonomer i højere grad bliver brugt som sparringspartnere i praksis, og at de kan understøtte de ansatte i kommunens viden om medicin gennem oplæg og lignende. Kommunale chefer på sundheds- og social- og børne- og skoleområdet peger på, at apoteket kan hjælpe dem med kompetence- og videnopbygning for medarbejderne.

Der er mangel på sygeplejersker og assistenter, specielt på ældreområdet, og derfor tænker kommuner på andre faggrupper, fx farmaceuter eller farmakonomer og pædagoger. Det vil frigøre ressourcer hos sygeplejersker og assistenter, så de kan løse andre opgaver, som kun de kan løse.

En af de deltagende kommuner havde ønsket at købe farmakonom-/farmaceuthjælp fra apoteket til at varetage medicinopgaver og arbejde med arbejdsringe omkring det, men apoteket havde ikke mulighed for at byde ind på opgaven, så kommunen ansatte sin egen farmakonom.

#### 4.4.9 Ansættelse af farmakonomer og farmaceuter

Chefer i kommunerne fortæller, at der tænkes i at konvertere nogle af kommunens stillinger til farmakonomstillinger.

Et andet ønske er, at der kommer nogle medicineksperter "udefra", eksempelvis farmaceuter, der kigger på praksis og kommer med forslag til, hvordan man alternativt kunne overveje at løse medicinopgaverne. Dette kunne være i form af midlertidige ansættelser med henblik på at lave analyser. Disse analyser ville så kunne bruges til at træffe konkrete valg om, hvordan medicinopgaverne håndteres.

Nogle kommuner synes ikke, at de er helt i mål på medicinområdet og har været på udkig efter, hvor de kan finde de kompetencer, der gør dem stærkere på medicinområdet. Det er lige netop det, der gør farmakonomer og farmaceuter interessante – illustreret ved følgende citat:

*"Så det er jo historien om, at nøden lærer nogen kvinde at spinde, ik'? At når man bliver presset og har en brændende platform, så tænker man anderledes, og det er rigtig sundt. Og det er så det, vi blandt andet har udmøntet ved at vælge at ansætte farmakonomer. Og jeg tror ikke, vi har ansat de sidste endnu. Jeg er ret sikker på, at det vil vi fortsætte med."*  
(Chef fra sundhedsområdet, interview 3)

Nogle af de kommuner, der ikke har ansat farmakonomer eller farmaceuter, har hørt gode erfaringer fra andre kommuner, og de overvejer at ansætte deres egne. De tænker bl.a., at det vil understøtte medicinområdet og øge borgersikkerheden.



## Kapitel 5 – Resultater vedrørende udfordringer med specifikke medicinopgaver

### 5.1 Der er udfordringer i mange trin i medicineringsprocessen

Medicineringsprocessen består af mange trin, og chefer på sundheds- og social- og børne- og skoleområdet oplever og beskriver udfordringer i flere af trinene på de kommunale institutioner, som er beskrevet i undertemaerne nedenfor.

#### 5.1.1 Bestilling af medicin kan give udfordringer

Kommunale chefer og medarbejdere på sundhedsområdet peger på, at bestilling af medicin er en udfordring og at det er frustrerende, når medarbejderen skal dispensere hos borgeren, og der ikke er nok medicin til ophældning. Al medicin og i tilstrækkelige mængder skal være til rådighed, før medarbejderen må gå i gang med ophældning. Derfor bliver der brugt meget tid på at køre frem og tilbage mellem apotek og borger eller plejecenter. Det er den, der ophælder, der skal tjekke, at der er nok medicin til næste ophældning, og hvis ikke, så bestille medicinen.

*"Man må jo ikke efterdispensere, så øh, det kræver et nyt besøg øh, og man må kun dispensere, indtil man kan det ét fuldt døgn af medicinen, ik', og det kan så være tre døgn, det kan være to døgn, det kan være ti døgn, men det kræver et nyt besøg, øh og så siger hun [medarbejderen], gud, altså, det har da næsten alle af mine dispenseringsbesøg været."*  
(Chef fra social- og sundhedsområdet, interview 5)

Medarbejdere peger på, at der er borgere, som ikke selv kan hente deres medicin på apoteket, og det er heller ikke alle borgere, der selv kan åbne døren, hvis de får medicinen leveret. Det betyder enten, at personalet skal bruge tid på at sørge for, at borgeren får sin medicin, eller at borgeren slet ikke får den. Nogle gange er det pårørendes opgave at bestille medicin. Det kan være en udfordring, hvis det ikke er sket, for så skal medarbejderen bruge tid på at få fat i pårørende, og medarbejderen skal hjem til borgeren flere gange.

I forbindelse med borgere på botilbud, hvor forældrene er værger, kan der være udfordringer i at få bestilt medicinen. Her er det nemlig kun forældrene, der må bestille medicinen, og medarbejderne skal dermed bruge tid på at kontakte dem, når der ikke er mere medicin. Det kan være svært at komme i kontakt med forældrene, og nogle forældre venter med at bestille medicinen, til den er på tilbud. Derudover kan der være ventetid forbundet med, at forældrene skal levere medicinen. Alt dette kan føre til, at der mangler medicin, når den skal dispenseres, og at opgaven må udskydes.

#### 5.1.2 Opbevaring af medicin er en udfordring på flere af kommunens institutioner

På fx plejecentre har de ikke medicinrum til alle borgerne sammenlignet med hospital, fordi den medicin, plejecentre giver, ikke er centrets medicin, men borgerens medicin, og den er derfor i borgerens egen bolig. Det er en udfordring, fordi ledelsen ikke kan lave kampagner på områder, medarbejderne skal være opmærksomme på, når de hælder medicin op, da det foregår i borgerens egen bolig.

På nogle kommunale institutioner bliver medicinen leveret ét sted og skal opbevares et andet sted, hvor der ikke er ordentlig plads. Det bruger medarbejderne tid på at få styr på, og denne tid går fra andre opgaver. På nogle almene skoler opbevares medicin, der skal i køleskab, på kontoret med navnelabel på og under forsvarlige rammer. Skolerne rådgives af sundhedsplejen til at indhente oplysninger om korrekt opbevaring hos forældrene.

På daginstitutioner for børn med specielle behov har personalet forskellige tilgange til og kultur omkring opbevaring af medicin. Nogle steder opbevares den uaf låst i et køleskab på kontoret. Nogle gange bliver medicinen i barnets taske og kommer med frem og tilbage mellem skole og hjem. Andre steder opbevares medicinen aflåst. Det løses forskelligt på de forskellige daginstitutioner.

På disse daginstitutioner er der også et dilemma vedrørende akutmedicin. For medicinen skal være aflåst og utilgængelig for børn, men den skal også være tilgængelig, når barnet har brug for den. Institutionerne har derfor valgt at opbevare medicinen i et aflåst skab på barnets stue og have en aftale om, hvem og hvor mange, der har adgang til skabet, så barnet har mulighed for at få sin akutmedicin, når der er brug for det – også når der er en vikar. Cheferne på børne- og skoleområdet peger også på, det er vigtigt at tjekke udløbsdato for akutmedicinen, inden den gives. Nogle steder har sundhedsplejen lavet en vejledning til skoler og daginstitutioner med oplysninger om, hvad der skal stå i instruktionen, når forældre afleverer barnets medicin i doseringsæsker.

### 5.1.3 Dispensering af medicin fylder, og der er flere udfordringer

Chefer og medarbejdere på sundhedsområdet peger på, at sygeplejersker bruger meget tid på dispensering af medicin – nogle chefer siger, at 50 % af sygeplejerskernes tid går med medicindispensering. I hjemmeplejen bruges mange timer på transport til og fra borgere, der skal dispenseres til. Tid, der kunne bruges på andre ting, fx dialoger med borgerne, og at arbejde endnu mere forebyggende med sygepleje og tryksår – illustreret ved følgende citat:

*"Det svarer til otte-ni stillinger om måneden, der rent går til medicinophædning, og det er der simpelthen ikke tid til. De skal ud til de akutte og kritisk syge borgere og kompleksiteten, de kan være i, så borgersikkerheden er truet. Vi arbejder på en brændende platform, hvis ikke vi handler anderledes i det her felt."*

*(Chef fra sundhedsområdet, interview 8)*

Chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet ser en udfordring i, at der er mange forstyrrelser, når medarbejderne skal dispensere medicin – både i selve dispenseringen og når de skal dokumentere dispenseringen i systemet. Forstyrrelserne sker fx fra borgeren, der vil snakke, telefonen der ringer, noget akut der sker, noget medarbejderen skal hjælpe med, hunden der gør, eller et postbud der kommer. Derfor sker der også fejl i dispenseringen og dokumentationen. Chefer og medarbejdere peger også på, at der ikke er ordentlig plads til at dispensere, at det kan give arbejdsskader i tommelfingrene at trykke medicin ud, og at dispensering er kedeligt arbejde.

Nogle chefer på sundhedsområdet synes, at rammerne, når man dispenserer medicin, er forskellige alt efter, hvor man arbejder. De synes, at forstyrrelserne er størst i hjemmeplejen, hvor man på et plejecenter kan gå ind og lukke døren. Nogle steder har man valgt at dispensere borgerens medicin i klinikker i stedet for i borgerens hjem, så det sker under ordentlige forhold. Medarbejdere på sundhedsområdet peger på, at en fordel ved disse klinikker også er, at borgeren har mere selvbestemmelse i forhold til, hvornår medicinen skal dispenseres, og borgeren er ikke på samme måde bundet til at skulle være i hjemmet og vente på besøget. Samtidig sparer kommunen tiden brugt på transport til borgere og tid brugt på besøg.

På botilbud, hvor der skal være én medarbejder per beboer, er det problematisk, når medarbejderen skal gå fra for at dispensere. Når der ikke er tid til at dispensere, kan det føre til, at

medicinen slet ikke bliver givet. Alternativt kan det medføre, at andre medarbejdere skal dække borgeren, hvilket kan skabe gnidninger mellem kolleger. Det opleves af medarbejdere, at det ikke er alle, der har lige meget fokus på vigtigheden af medicin, og der kan være manglende forståelse for, at man er nødt til at gå fra for at dispensere. Det går også ud over borgeren, når en medarbejder går fra, da medarbejderen, som har vagten, og som typisk har en tættere relation end den, der skal dække vagten, går fra for at dispensere.

Ikke alle kommuner er digitale i forhold til medicinlister, som de dispenserer fra. Cheferne oplever, at printede medicinlister skaber risiko for fejl, fordi det kan være, at medarbejderne ikke står med den nyeste liste. Hvis det er en elektronisk medicinliste på fx iPads, hvor medarbejderen kan tilgå FMK, kan de opleve, at internetforbindelsen ikke er god nok, og så bruger de papirløsningen.

Nogle medarbejdere på sundhedsområdet sætter spørgsmålstegn ved, om det behøver at være sundhedsfagligt uddannet personale, der dispenserer medicinen. Det bliver ikke anset som en del af kerneopgaven at dispensere i doseringsæsker, hvorimod det at have dialog med borgeren og observere for virkning og bivirkninger anses som en kerneopgave – illustreret ved følgende citat:

*"Altså når jeg sætter det meget på spidsen, og jeg ved godt, så meget kan man ikke være bekendt at sætte det på spidsen, men så siger jeg, men vi kan i øvrigt lige så godt bede postmanden om at putte de der piller i, det er jo ikke nødvendigvis det, der er det sværeste at få det til at stemme med to der og én der, men det er jo mere det der, hvordan virker det, og er der noget, vi skal være opmærksomme på, og det er jo derfor, vi er uddannede. Altså, men det bliver nogle gange det andet, det at lægge pillerne i og dokumentere, jeg har gjort det, der bliver fokus mere end at kigge på borgerne".*  
(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 12)

Alle kommuner (både chefer og medarbejdere) ønsker at få flere stabile borgere på dosisdispenseret medicin, fordi de mener, at borgersikkerheden vil være større, medicinospild mindskes, hygiejnen vil være bedre end doseringsæsker, det frigiver ressourcer, og sygeplejersker kan bruge tiden på sygeplejefaglige opgaver. Chefer på sundheds- og socialområdet peger dog på udfordringer med, at dette kan lykkes (se næste undertema), og der er også medarbejdere, som ser ulemper ved at bruge dosisdispenseret medicin (se næste undertema).

#### 5.1.4 Udfordringer ved dosisdispenseret medicin

Nogle kommunale chefer og medarbejdere på sundhedsområdet synes, at prisen for dosisdispenseret medicin er for høj.

Desuden oplever kommunale chefer på sundheds- og socialområdet, at det er op ad bakke at få lægerne til at ordinere dosisdispensering – både i dialog med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og de enkelte lokale læger. De oplever, at nogle læger er bekymrede for, at hjemmeplejen så slet ikke kommer ud og ser til borgeren, andre synes dosisdispenseret medicin er administrativt tungt for lægerne, især ved indlæggelse og udskrivelse fra hospital og ved medicinændringer, hvilket betyder ekstra arbejde, der ikke er tid til, og som ikke bliver honoreret. Hertil kommer, at lægerne har travlt, og nogle steder er der mangel på læger.

Nogle kommuner har erfaringer med at bringe apoteket med ind i dialogen med de praktiserende læger for at de kan være med til at fjerne nogle barrierer. Det har været givtigt, da apoteket kan svare på nogle lægemiddelspecifikke problemstillinger, som lægen bringer op, og som kommunen ikke kan svare på.

Nogle kommuner gør brug af, at behandlerfarmaceuter på apotek nu kan ordinere dosisdispenseret medicin med tilskud til borgere, der er stabilt medicinerede. Dette anses som en stor lettelse.

Chefer på sundheds- og socialområdet giver udtryk for, at det ikke hænger sammen med borgerens selvbestemmelse, at det er lægen, der kan indstille borgeren til dosisdispenseret medicin. Borgerne kan også selv synes, at det er trygt, at der kommer en fra kommunen og tilser dem i forbindelse med dispensering af medicin. Det oplever både chefer og medarbejdere nogle steder, at borgerne er bange for forsvinder, når de får dosisdispenseret medicin.

Nogle medarbejdere mener ikke, at det kan betale sig at få borgere over på dosisdispenseret medicin. Dette skyldes flere ting. Selvom dispenseringen bliver automatiseret, er der stadig opgaver forbundet med den dosisdispenserede medicin, som personalet manuelt skal udføre. Dette indebærer bl.a. at tjekke dosisrullens oplysninger, tælle tabletter, lægge en ny medicinliste ud til borgeren og dispensere pn-medicin. Selvom mængden af fejl er mindre ved dosisdispenseret medicin end ved manuelt dispenseret medicin, oplever medarbejderne, at der stadig er en risiko for fejl. Fx at medicin pludselig har været seponeret midt i en dosisrulle. Når dosisrullerne ikke stemmer, kan det være svært for medarbejderne at pege på, hvor fejlen ligger. Det kan eksempelvis være lægen, der ikke har krydset ordentligt af, men det kan også være maskinen på apoteket, der ikke virker.

Apoteket anses af cheferne på sundheds- og socialområdet for at have de rette kompetencer vedrørende medicin og til at stå for den dosisdispenserede medicin. Nogle steder hjælper kommunalt ansatte farmakonomer og farmaceuter med at identificere borgere i stabil behandling, som ville være i målgruppen for dosisdispenseret medicin. De hjælper også lægen med at vurdere, hvilke skift i behandlingen, der kan vente til næste dosisrulle, og hvad der skal ændres her og nu.

#### 5.1.5 Medicingivning tager tid og bliver nogle gange ikke fuldført

Chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at der bruges meget tid på medicingivning. Det kan være sværere og kræve mere tid hos nogle borgere end hos andre, også fordi medarbejderne skal observere borgeren tage medicinen. Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere på plejecentre ser det som en kedelig og administrativ opgave at give medicin og dokumentere det – de vil hellere lave opgaver, der handler om at have relation til borgeren og snakke med borgeren.

Medarbejderne fortæller, at hjemmeplejen sjældent kan give konkrete tider for deres besøg hos borgerne, hvilket kan være problematisk for borgere, for hvem det er vigtigt, at de får medicin på helt præcise tidspunkter, fx parkinsonpatienter. Medarbejderne får ikke altid dokumenteret, hvornår medicinen er givet, og derfor kan det være svært for fx aftenvagten at vide, hvornår dagvagten har givet medicin til borgeren, og på den måde bliver det også en udfordring at overholde tidspunkterne og -intervallerne.

Chefer og medarbejdere fortæller, at "Medicin ikke givet" er en af højdespringerne i UTH-rapporteringerne. Hændelserne er typisk ikke så alvorlige, men der er mange af dem. Det kan skyldes, at medarbejderen har glemt at give medicinen, eller at borgeren ikke vil tage det, eller ikke har taget det selv, som de skal. At medarbejderen har glemt at give medicinen, sker oftest, måske fordi medarbejderne har for travlt og bliver forstyrret. Andre årsager til, at medicin ikke er givet, kan være, at ordinationen ikke har passeret med borgerens døgnrytme. Nogle gange er medicinen



egentlig givet, men medarbejderen har glemt at dokumentere det. Der kan også på socialområdet være tale om borgere, der kan være til fare for medarbejderne, fordi de er udadreagerende og nægter at tage deres medicin. Dette et illustreret ved følgende citat:

*"Der er i visse måneder 102.000 administrationer på én måned, hvor der er en medarbejder ude at kigge på, at Magda tager sine tabletter eller den her håndfuld med 25 præparater, dem skal hun se indtaget, og det gør vi så 102.000 gange. Vores UTH går på manglende medicingivning, så er der så også der, hvor det lyder i hændelsen, som om jeg glemte det eller glemte at give medicin. Så det er ofte den der glemt, noget med hukommelse, og så kan man sige, er hukommelsen så – er det på grund af, at man ikke forstår betydningen, eller er det reelt, fordi man er overbebyrdet med ting i hovedet, har man ikke den fornødne koncentration, eller er borgerens hjælp så involverende, at man har svært ved at koncentrere sig?"*

*(Chef fra sundhedsområdet, interview 9)*

Chefer og medarbejdere peger på, at personer med demens fylder meget og kan være en udfordring i kommunerne også mht. medicingivning, fordi medarbejderne skal bruge den pædagogiske tilgang, som tager tid, og der er brug for specialuddannede medarbejdere til disse borgere. Også på botilbud kan det kræve en socialpædagogisk tilgang og en god relation til borgerne, hvis medicingivningen skal lykkes. På visse socialpsykiatriske tilbud kan medicinbehandlingen være så konfliktfyldt, at det er en udefrakommende sygeplejerske, der skal komme og håndtere det. Dette kan forklares ved, at det kan være u hensigtsmæssigt, hvis det er dem, der har en daglig kontakt med borgerne, der skal give tvangsmedicin eller lignende.

En gruppe, der skal hjælpes i varierende grad med medicinindtag, er borgere på midlertidige pladser, som langsomt selv overtager administrationen af deres medicin. Men der skal bruges tid på at oplære dem til at kunne varetage medicinen.

Både ved dispensering af medicin og medicingivning opstår der spørgsmål fra medarbejderne til lægen. Fx hvis der er ændringer i medicinen, og der står én ting i FMK og noget andet i kommunens system/medicinlisten. Cheferne oplever, at medarbejderne synes, at pn-medicin er svært, fordi det ikke altid er tydeligt i ordinationen, hvornår medarbejderen egentlig skal give pn-medicin. Eller hvis medicin, fx insulin, ikke er angivet som pn-medicin, som det burde være. I begge tilfælde skal de bruge tid på at få fat i lægen.

Medarbejderne på sundheds- og socialområdet oplever, at rammerne til både medicindispensering og medicingivning i borgerens hjem er en udfordring. De oplever det som et rodet og uhygiejnisk arbejdsmiljø, og medarbejderne har ikke tiden til at rydde op og gøre rent, så medicinbehandlingen kan foregå i ønskede rammer. Medarbejderne er frustrerede over dette, da det betyder, at det er svært at danne sig et overblik over medicinen, hvilket særligt kan være problematisk og få konsekvenser, når vikarer skal varetage besøg hos borgerne. Det kræver både en indsats hos borgeren og medarbejderne at opretholde en god orden, og derfor kan det være svært at opnå.

#### 5.1.6 Dokumentation er svær

Sygeplejersker peger på, at dokumentation af sundhedsfaglige opgaver med tiden er blevet en del af kerneopgaven hos kommunale sygeplejersker. Nogle gange kommer dokumentation til at fylde mere end udførelsen af selve opgaven hos borgeren. Selvom dokumentation er vigtig og kan være afgørende ifm. klagesager, mener nogle sygeplejersker, at udviklingen bevæger sig i den forkerte

retning, når dokumentationsarbejdet kommer til at fylde mere end tiden med borgeren. Det kan være frustrerende for medarbejderne, at de ikke føler, at de bruger tiden hensigtsmæssigt på det, de finder vigtigt og rigtigt.

Chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet oplever, at de digitale løsninger for dokumentation af medicinopgaver ikke altid understøtter sikker, nem og hurtig dokumentation for medarbejderne, og løsningerne er ikke brugervenlige. Medarbejdere oplever, at de ikke altid har de fornødne IT-kompetencer til at arbejde i systemerne. Det kan for disse medarbejdere virke uoverskueligt at oparbejde disse kompetencer. Chefer peger på, at dokumentationen nogle steder sker ved hjælp af et papirskema, da der endnu ikke er et system, hvor man kan kvittere elektronisk, og det er også en fejlkilde. Derudover er manglende tid for medarbejderne, at de ikke har kontorpladser, forglemmelser og at der er mange forstyrrelser også årsag til manglende dokumentation i processerne for medicindispensering, medicingivning og observation. Cheferne oplever, at hvis dokumentationen ikke er på plads, så sker der hændelser, der udfordrer medicinsikkerheden. Cheferne oplever, at korrekt dokumentation kræver både tid og ro – illustreret ved følgende citat:

*"Det er sådan noget med manglende tid, og så står man og laver en eller anden opgave – de står ude, tit jo ude ved borgere, de sidder jo ligesom ikke – de har jo ikke kontorpladser eller kontortid, så de skal jo ligesom dokumentere, mens de står ved siden af borgeren, og det er klart, at, at så opstår der en eller anden situation, eller beboeren i naboafdelingen, der sker et eller andet akut, altså der er mange ting, der er mange forstyrrelser, der er mange ting i deres hverdag, som gør, at det er svært at være helt stringent, og det er glemt."*  
(Chef fra social- og sundhedsområdet, interview 4)

Pn-medicin, og ikke-dispenserbar medicin/sidedosering bliver ofte ikke dokumenteret pga. manglende systematiske arbejdsgange omkring det.

Dokumentation er særlig svær på botilbud. Det pædagogiske personale, som er den største faggruppe der, mangler støtte til at få indarbejdet systematik i opgaver vedrørende medicin, herunder dokumentation.

## **5.2 Efterlevelse af mange og forskellige procedurer og retningslinjer for medicin er svær**

Chefer på alle adspurgte områder og medarbejdere på sundheds- og socialområdet oplever, at der er mange procedurer og retningslinjer vedrørende medicin, som medarbejderne skal introducere, forholde sig til og implementere, fordi det er en kompleks virkelighed, de agerer i, med mange former for medicin, og det er svært. Der er hele tiden nye meldinger, de skal sætte sig ind i og forstå, så de også er i stand til at forklare det videre til andre. Der kan være så mange informationer og retningslinjer, at noget drukner, da de har travlt og er underbemandede – illustreret ved følgende citat:

*”Sådan en mail havner i sådan en officiel ældre- og sundhedsmail-agtigt, og så bliver den egentlig bare sendt ud, jeg tror, den bliver sendt ud til alle ledere og alle teams. Og vi får den bare sendt ud uden tekst med, og så er det jo egentlig, jamen, når så mange får den, så kan alle jo sidde og tænke, jamen hvem griber den, og nogen tænker, det skal jeg ligesom tage action på, altså det må der være nogen, der fortæller mig, hvad jeg skal gøre-agtigt, ik’? Men hvis vi allesammen sidder og tænker sådan, så er der ikke nogen, der gør noget, ja, så det har vi i hvert fald tænkt over, det er vi da nødt til at have en drøftelse om, hvordan gør vi det fremadrettet.”*

*(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 12)*

### 5.2.1 Retningslinjerne er der, men de skal passe til hverdagen for at blive fulgt

Chefer og medarbejdere på sundhedsområdet og nogle steder på socialområdet peger på, at der efterhånden er udarbejdet lokale retningslinjer for arbejdsgange vedrørende medicinopgaver, men det er ikke altid, retningslinjerne bliver efterlevet. Det kan skyldes, at nogle medarbejdere gradbøjer retningslinjerne, så de passer bedre til hverdagen – fx dokumenteres medicingivning i nogle tilfælde, inden det finder sted. Det kan også skyldes forstyrrelser, forglemmelser og manglende kompetencer hos medarbejderne til at forstå og agere i henhold til retningslinjerne.

Medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at når procedurer og retningslinjer skal beskrives, er det vigtigt, at de stemmer overens med driften og den virkelighed, medarbejderne befinder sig i. Det opleves, at de procedurer, der kommer fra forvaltninger, ikke altid tager højde for den virkelighed. Det opleves, at der på institutionerne er mange drøftelser om, hvordan procedurerne kan implementeres og forstås i praksis. For at beskrive en procedure peger de på, at man skal have kendskab til, hvad der sker i praksis. Det er vigtigt, at beskrivelserne er simple og læsevenlige, da medarbejderne ikke er lang tid hos borgerne. Derfor kan det være svært at nå alle punkter i en procedure, og det kan give mening at lave proceduren i et katalogformat, så medarbejderen blot kan slå det relevante op.

Medarbejderne oplever, at de ikke bliver sat ind i de formelle procedurer og retningslinjer fra forvaltningen. Ofte bliver disse kun læst, hvis der er ændringer i forbindelse med opgaver. Ledelsen vil typisk kigge på procedurerne og undersøge, om der er noget, der springer i øjnene, som der skal sættes ekstra fokus på. Det opleves også, at det afhænger af medarbejdernes uddannelsesniveau, hvor gode forudsætninger de har for at læse, forstå og agere ud fra procedurerne.

På plejecentre oplever medarbejdere, at medicin fylder meget, og at der bliver brugt meget tid og energi på det. Alligevel kan personalet have en oplevelse af aldrig at nå i mål med opgaven. Der sker hele tiden nyt på medicinområdet, og derfor kan det være svært at holde sig opdateret. Medicinen kan komme til at fylde unødigt meget, men hvis den skal fylde mindre, indebærer det, at man må gå på kompromis med arbejdsgangene omkring den og vælge de hurtigste og nemmeste løsninger fremfor dem, der måske er mere korrekte, men tager længere tid – illustreret ved følgende citat:

*"Jamen, der er jo også alle de her undersøgelser, der viser, nå men så må man ikke tage Furix sammen med andre piller, og ellers så skal det være før morgenmaden og Movicol og alt det der, altså hvor her [på plejehjemmet], det bliver jo én håndfuld, og så er det ned samtidig, ik', og jeg sidder jo og er super delt omkring det, fordi på den ene side så tænker jeg, det burde vi [håndtere rigtigt] det rigtige at gøre, det er der noget, der tyder på. Omvendt har borgeren fået det her medicin de sidste fem år, han sidder faktisk der og lever i bedste velgående ... Hvis jeg skal efterleve det, som nyeste viden siger, så bliver det udfordrende, fordi jeg jo kigger på et plejehjem, hvor jeg ikke har, hvor utroligt det end lyder, særligt mange dødsfald, fordi de bliver bare rigtig, rigtig gamle ude hos mig, og det kan handle om alle mulige forskellige ting, men hvis der er nogen, der siger noget om, at medicinen bliver indtaget forkert ... Det synes jeg egentlig også er et dilemma, at jeg jo egentlig sidder med en viden om, hvad der er mest rigtigt at gøre, men ved, at vi gør noget andet, men samtidig kan jeg kigge på outcomet og se, at det går da meget godt."*  
(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 13)

### 5.2.2 Eksempler på, hvornår det bliver svært for medarbejderne at opfylde retningslinjer for medicin

Generelt ser kommunale medarbejdere på sundheds- og socialområdet det som vigtigt at leve op til retningslinjer og procedurer, men der kan være ting, der står i vejen for, at det bliver gjort. Det giver de nogle eksempler på. I nogle tilfælde vil det at følge retningslinjerne føre til, at medicinen ikke bliver givet, da det ikke er muligt at give den under de rette forhold. I disse tilfælde vil vigtigheden af at følge retningslinjer blive opvejet mod vigtigheden af, at borgeren får sin medicin, og ofte er sidstnævnte vigtigst. Det kommer dog i høj grad an på, hvilken type medicin, der er tale om, og altså hvor vigtig den er.

For hjemmesygeplejersker, der er skolet til at overholde hygiejniske principper ved medicinopgaver og andre retningslinjer, kan det være svært at skulle ud til borgere og give medicin, hvis disse standarder ikke er overholdt. Denne udfordring har en medarbejder valgt at illustrere med nedenstående billede fra en borgers hjem.



Figur 6 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 14

Der er en procedure om, at medarbejderen skal tjekke, at der er det rigtige antal piller i doseringsæsker, og dette skal tjekkes hver gang. I praksis sker det dog ikke nødvendigvis. Hvis medarbejderen fx har været hos samme borger mange dage i træk, og medicinen har været ens alle dage, vil medarbejderen sandsynligvis ikke finde det nødvendigt at kontrollere de næste dage. Der er nemlig mange andre opgaver, der skal nås, og derfor oplever medarbejderne, at det ikke er realistisk at følge denne procedure, selvom de godt ved, at det er sådan, det er beskrevet.

Medarbejderne skal efter retningslinjerne dokumentere, at medicinen er givet, men det opleves, at det er et fåtal, der faktisk gør det rigtigt, hvilket kan skyldes, at det ikke har nogen konsekvenser, hvis medarbejderne ikke gør det. Dokumentation er ikke altid i fokus, og det bliver nogle gange gjort med nogle timers forsinkelser. Dette skyldes, at det nedprioriteres ude hos borgeren, fordi det kan gå ud over relationen til borgeren, hvis dokumentation fylder for meget under besøget, og hvis medarbejderne står med hovedet nede i telefonen og derved fremstår fraværende – illustreret ved følgende citat:

*"Fordi man skal jo tænke på telefonen, hvad det man udleverer af medicin, stemmer det overens, og så skal man kvittere. Og ja. Og det virker lidt upersonligt eller fraværende, at de står og kigger ned i den, men det er jo faktisk det, retningslinjerne beder dem om. Der er så mange, der gør det, når de kommer ud i bilen. Men så skal du helst have tjekket det, inden de går ind, ikke? For det er lidt ærgerligt at finde ud af, når man først har, har afleveret det, at det er forkert, ikke?"*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 8)*

Nogle borgere bliver meget psykotiske, hvis de ikke får deres antipsykotiske medicin, og de kan være på vej ud ad døren, når medarbejderen kommer og skal give medicin. Derfor vurderer medarbejdere nogle gange, at det er vigtigst, at de får medicin på bekostning af, at retningslinjerne om, at medicin skal gives i borgerens hjem, bliver overholdt – illustreret ved følgende citat:

*"Hvis nu for eksempel der er en borger, der er på vej ud ad døren. Han har besluttet, at nu skal han i kiosken og købe cigaretter. De har det der med at overholde aftaler – det, ja, det er ikke altså så nemt. Og så står man dér og skulle egentlig give dem den her depotinjektion. Og så siger man: 'Rolig, du skal have din injektion. 'Jamen jeg skal i kiosken.' 'Okay. Må jeg give dig den her?' Og så hiver han lige ned i bukselinningen, og så duf, så er det givet, og så går han i kiosken. Og der, der kan man sige, der burde han jo ind og ligge i et eller andet, på en seng, hvor vi kan få arbejdshøjde, og hvor vi, altså..."*  
(Medarbejder fra socialområdet, interview 8)

Nogle borgeres medicin bliver opbevaret i kommunen, fordi de er ikke i stand til at opbevare medicinen sikkert hjemme pga. fx hygiejne- eller misbrugsproblemer. Det betyder, at borgerne og personalet ikke har adgang til borgerens pn-medicin i hjemmet, når der er behov for at give den. Derfor bliver pn-medicin pakket og taget med, når personalet er på besøg hos borgeren, men det er langt fra altid borgeren har brug for sin pn-medicin. Personalet må ikke tage medicin retur igen, og det skal ifølge retningslinjen destrueres, når det har været hos en borger. Borgerne har dog ikke råd til, at deres medicin bliver smidt ud, og lægen ville endvidere hele tiden skulle udskrive en ny recept. Derfor går personalet til tider imod retningslinjerne og tager alligevel borgerens medicin retur. Nogle gange bliver pn-medicin pakket dagen inden medicingivning, selvom den først må pakkes på dagen pga. eventuelle ændringer. Dette vælger noget personale dog ikke at gøre, da det tager for lang tid, hvis alle skal gøre det om morgenen.

Under besøg hos borgeren skal der tjekkes for borgerens fulde navn og CPR-nummer, når der gives medicin. Medarbejdere oplever, at det er frustrerende for borgeren, når der er tale om medarbejdere, der kommer ofte og godt ved, hvem borgeren er.

Det er ikke altid muligt at få fuldkommen ro til dispensering af medicin og at overholde retningslinjer om at have telefonen på lydløs, lukket dør osv. På samme måde er der heller ikke optimale dispenseringsforhold ude ved borgerne, som der står i retningslinjerne, der skal være, og også her kan der være forstyrrelser.

Nogle steder er der et medicinrum, hvor medarbejderne ideelt set én ad gangen skulle hente og tjekke deres borgers medicin, hvilket dog ikke sker i praksis, da det er for tidskrævende at vente på, at medicinrummet er ledigt. Typisk er der flere medarbejdere, der dispenserer samtidigt i medicinrummet – specielt om morgenen. Nogle vælger at dispensere om aftenen dagen inden, men det er ikke optimalt, for der kan være sket ændringer i borgerens medicin i mellemtiden – fx kan vagtlægen have ordineret en penicillinkur eller valgt at seponere noget medicin.

Der kan opstå konflikter mellem sundhedsprofessionelle, hvis praktiserende læger eller distriktpsychiatrien gerne vil have en borgers behandling startet op, men de kommunale medarbejdere ikke vil give det, før det er ordineret i systemet, da det står i deres retningslinje.

### 5.2.3 Nogle medarbejdere bliver utrygge, hvis retningslinjer ikke kan overholdes

Medarbejdere oplever, at unge social- og sundhedsassistenter kan blive utrygge, hvis retningslinjerne, de er skolet i, ikke kan overholdes. Her må sygeplejerskerne tage over, da

holdningen hos dem er, at retningslinjerne ikke skal spænde ben for, at borgeren får sin behandling til tiden – illustreret ved følgende citat:

*"Eller også er det mig, der tager den opgave. For de kan godt blive utrygge i det. Og det, det er jo meget det der med, hvad jeg også er skolet med, at man skal, at man har en autorisation, man skal gøre tingene efter reglerne og man skriver under på, at det vil man overholde. Øh, men, men jeg synes jo som omsorgspersoner er vi jo sat, har vi jo fået det arbejde for at hjælpe de borgere. Og jeg ved godt, der er regler, og jeg, som du siger, kan godt se meningen med det hele. Men, men i sidste ende, så er målet vel, at borgerne modtager den rigtige behandling til tiden, øh, og så skal retningslinjer jo ikke spænde ben for det."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 8)*

#### 5.2.4 Der er forskellige retningslinjer omkring forskellige typer medicin, hvilket kan være svært

Medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at det kan være problematisk, at de skal håndtere en lang række forskellige typer medicin, som alle skal tages på forskellig vis, da det betyder, at de skal være opmærksomme på en række ting, alt efter hvilket præparat, der er tale om. Det kan for eksempel være svært at bruge en inhalator og finde ud af, hvornår den er tom, og det kan ligeledes være svært at give øjendråber. Hvis der står flere æsker med øjendråber, kan det være svært at vide, hvilken æske man er i gang med og skal tage fra.

#### 5.2.5 Der mangler rammer og ansvarsfordeling vedrørende medicin på institutioner for børn

Chefer peger på, at der mangler overordnede rammer og ansvarsfordeling vedrørende medicin håndtering på institutioner for børn med specielle behov, og der mangler kontrolfunktioner, der sikrer, at medicin håndteres rigtigt her. Lige nu løses disse udfordringer forskelligt og lokalt.

#### 5.2.6 Procedurer redder ikke verden, men det er en ledelsesopgave, at de følges

Hos chefer på sundheds- og socialområdet er der en erkendelse af, at procedurer ikke redder verden, fordi det kræver viden og forståelse at følge dem – illustreret ved følgende citat:

*"Vi ved godt, at procedurer, de redder ikke verden, fordi man skal også have tid til at lige at lære og forstå procedurene, og så koble med den her måske manglende eller usikre viden på området."*

*(Chef fra sundhedsområdet, interview 9)*

Medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at det kan være svært at koge de mange delelementer i medicinopgaver ned til overordnede principper, og der kan være lokale forskelle, som enten skal tilgodeses eller ensrettes. Det er umuligt at lave en tekst, som opfanger alle potentielle situationer, og det giver derfor bedre mening at beskrive regler, der kan klare undtagelser. Medarbejdere peger også på, at mange af de medicinfejl, der optræder, sker i personafhængige situationer og derfor ikke er mulige at generalisere. Procedurene kan dermed ikke nødvendigvis forbedres, og forbedringspotentialer ligger altså nærmere i, at personalet skal være bedre til at efterleve dem, og at det gøres nemmere at efterleve dem.

Samtidig peger cheferne på sundheds- og socialområdet på, at det er en ledelsesopgave at sikre, at medarbejderne altid følger de procedurer omkring medicinopgaver, der er fastlagt. Det er ikke nok at opmuntre medarbejderne til at gøre det; det skal sikres og kontrolleres ved fx interne audits.

### **5.3 Observation af voksne borgere og børn for medicinens virkning og bivirkninger er svær**

Det kan være udfordrende at observere voksne borgere og børn for medicinens virkning og bivirkninger.

#### 5.3.1 Tid, god relation til borgeren og god dokumentationspraksis skal til for at lykkes med observation

Personale i hjemmeplejen oplever, at de ikke har så meget tid hos borgeren, så derfor kan det være svært at nå at fange ændringer hos dem og se, hvordan de har det. Når medarbejdere dispenserer medicin, så er de hos borgeren i længere tid, men det er svært at tale med borgeren samtidig med, at man dispenserer, fordi der skal være ro og koncentration.

På botilbud, særligt for udviklingshæmmede, oplever personalet, at det er rigtig vigtigt, at de opbygger en god relation til borgeren, ellers er det ikke muligt at observere for virkning og bivirkninger af medicin, og de skal kende borgeren helt ud til fingerspidserne, så de kender deres tegn på forskellige ting. Det pædagogiske personale skal observere adfærdsændringer, og i dialog med sundhedsfagligt personale bliver det så vurderet, om ændringen har noget med medicin at gøre. Særligt ved medicinændringer bliver der lavet aftaler om, hvad der skal observeres for. Billedet nedenfor er fra et medarbejderinterview og skal netop illustrere vigtigheden af en god relation og kommunikation med borgeren i forbindelse med observationen.



Figur 7 Et billede taget af en medarbejder fra socialområdet, interview 10

På botilbud peges der på, at dokumentation er altafgørende for at kunne videreformidle informationen, man har fået ved observationer af borgeren, til andre, der har med borgeren at gøre. Derfor skal man vide, hvad det er man skal dokumentere, hvordan man dokumenterer, og



man skal prioritere det. Det sker ikke til fulde i dag, fordi bostederne endnu ikke er blevet oplært, som det vurderes nødvendigt af de interviewede.

### 5.3.2 Hvilke observationer skyldes medicin, og hvilke skyldes andre ting?

Personale i hjemmeplejen oplever at kende til, hvad de skal observere for ved gængse lægemidler, som er dem, de mest har mellem hænderne. Det opleves, at der er mange lægemidler i dag, hvor de ikke har mulighed for at vide, hvad de skal kigge efter, men de bruger muligheden for sparring med sygeplejerske eller læge eller at slå op i promedicin, hvis der er tvivl. Hvis der observeres bivirkninger eller ændrede symptomer, kontaktes lægen, enten af borgeren selv eller af hjemmeplejen. Det nedenstående billede er taget af en medarbejder i hjemmeplejen, og det skal illustrere vanskeligheden i at vurdere, hvilket af borgerens mange præparater, der er skyld i eventuelle bivirkninger.



Figur 8 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 9

Personale på botilbud med udviklingshæmmede oplever, at det er svært at skelne mellem, hvilke symptomer der skyldes medicin, og hvilke der skyldes noget andet. Typisk observerer pædagogerne en adfærsændring, og så er der en tværfaglig dialog med sundhedsfagligt personale, hvorefter der lægges en plan for, hvordan der følges op. Disse er individuelle fra borger til borger og fra medarbejder til medarbejder – illustreret ved følgende citat:

*"Der er nogle, og det er igen det der med miljøstimuli, når de siger jamen, hun er ked af det, jamen er det, fordi filmen slukkede, eller er det, fordi hun, øh, er det en bivirkning af medicinen, eller er det fordi hun savner sin bror, eller altså det er jo sådan nogle ting. Ser vi det samme, det gør vi på ingen måde, nej, absolut ikke. Så det er jo det der med at tage en faglig dialog om, så hvordan observerer vi det her på en bedre måde for at være sikre på, at vi identificerer det, vi gerne vil."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 10)*

Der peges af medarbejderne på botilbud og i hjemmeplejen på, at borgerne er vidt forskellige, og derfor kan det være svært at laves en liste over, hvad man præcis skal kigge efter hvornår. Det kan være forskelligt, om og hvordan de reagerer på fx ikke at have taget deres medicin. Og det kan være svært at skelne mellem, hvad der er medicinens virkning og bivirkninger eller noget andet. Dog opleves det nemmere, når borgeren fx lige har været hos psykiateren eller lægen, og der er foretaget medicinændringer, og personalet er blevet fortalt, hvad de skal kigge efter mht. virkning og bivirkninger. Her bliver det konkret og derfor nemmere at håndtere.

Chefer på sundheds- og socialområdet peger på, at det er svært, når borgerne har håndkøbsmedicin og naturlægemidler til selvadministration, fordi det bliver medarbejdernes ansvar at observere og vurdere samspillet mellem selvadministreret håndkøbsmedicin og naturlægemidler samt fast medicin.

### 5.3.3 Det er svært at vurdere, hvornår der skal ageres på symptomer og bivirkninger hos borgeren

Det er svært for pædagogisk personale på botilbud, at vide hvor grænsen går og, hvornår de skal reagere, da observation kan føles som at de diagnosticerer et symptom. Det opleves, at noget pædagogisk personale gør et symptom stort, og for andre er det en lille ting, hvilket gør det svært at finde en balance – de bruger hinanden til at sparre med i situationer, hvor der observeres symptomer, og det går også gennem lederen og så til lægen. Når det sker, tager det tid, fordi det skal gennem så mange led.

Fx kan det være svært for det pædagogiske personale at vurdere, om en borger på botilbud skal have pn-smertestillende eller pn-antipsykotika. Her er det smerterne eller den psykiske tilstand, der skal vurderes, og om pn-medicin skal gives eller ej. Nogle synes, det skal gives, og andre synes det ikke, og det opleves som en meget subjektiv vurdering. Derfor ender det typisk med, at personalet venter lidt og ser, hvad der sker, selvom borgeren måske har brug for medicin, især hvis det er antipsykotika, hvor Panodiler er lidt nemmere. Det kan også være svært at tage vurderingen, hvis kontaktpersonen, som kender borgeren godt, ikke er på arbejde.

### 5.3.4 Nogle borgere ser vi ikke så tit

I hjemmeplejen er det en udfordring for medarbejderne at observere for virkning og bivirkninger af medicin, hvis de ikke ser borgerne så tit. Det kan være, hvis de kun skal ud til borgerne hver 14. dag og dispensere medicin, eller hvis det ikke er den samme fra hjemmeplejen, der kommer hos borgeren hver gang. De løser det ved at spørge borgerne, hvordan det er gået med medicinen fx de sidste 14. dage, især hvis der er opstartet noget nyt, og ved at arbejde med at få dokumenteret, hvad de observerer, sådan at det er synligt for den næste, der kommer i hjemmet. Det kan være en udfordring, at der ikke er tid eller mulighed for at snakke med sine kolleger, hvis man har observeret noget, især hvis der er rigtig travlt. Når hjemmeplejen så endelig er hos borgeren, er der ikke så meget tid til at være der. Det er også en udfordring for observationen af medicinens virkning og bivirkninger.

### 5.3.5 Observation af pn-medicins virkning og bivirkninger

Chefer fra sundheds- og socialområdet peger på, at observation af pn-medicinering er svær, fordi det ikke er knyttet op på levering af en bestemt kommunal ydelse, hverken at give det eller at observere for virkning og bivirkninger, fordi det forudsætter, at der er en medarbejder, der hele tiden har overblikket over medicinen og aktivt følger op på den. Det kræver systematiske arbejdsgange, som der ikke er for nuværende på pn-medicin. Cheferne oplever, at medarbejderne ikke synes, pn-medicin er det vigtigste at beskæftige sig med i en stor pulje af vigtige ting; de har travlt, og der er skiftende medarbejdere. Der skal en viden til at observere, fx når pædagoger på psykiatriområdet giver pn-medicin til borgere på grund af angst, så skal de observere for effekt og vide noget om, hvad det er, de giver.

I hjemmeplejen og på botilbud giver medarbejderne udtryk for, at der ikke altid følges op og observeres for givet pn-medicins virkning og bivirkninger. Nogle steder arbejdes der med, at den person, der har givet pn-medicin, også skal følge op og observere. Det kan give udfordringer, hvis man skal hjem, eller man ikke har den borger i sin vagt næste gang, eller for hjemmeplejen, hvor man skal køre frem og tilbage mellem borgeren. Så skal det at observere for pn-medicin overleveres til en anden.

*"Ja, det er vi heller ikke skarpe nok på, absolut ikke. Men, øh, men jeg tror, vi prøver at adressere det på den måde, at den, der giver pn-medicinen, skal enten selv gå ind og dokumentere effekten eller er skarp på at videre- altså uddelegere opgaven til den næste, der kommer i vagt, og så aftaler man, det er den ene person, der gør det, sådan så det ikke bliver sådan så man ligesom får sat et ansvar – altså der er en, der får ansvaret, og det skal man være skarp på at få sagt højt, det er mig, der har ansvaret for det her, det er dig, der får ansvaret nu, hvor jeg går hjem."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 10)*

### 5.3.6 Svært, når borger eller pårørende tager styringen

Det er svært for personalet i hjemmeplejen at observere for virkning og bivirkninger af medicin, når borgeren selv kontakter lægen om fx et symptom eller en mulig bivirkning til medicinen. Det er svært, fordi personalet så ikke føler, at de kender borgeren så godt at de kan hjælpe ham/hende med problemet.

Det opleves af personale på botilbud som svært, når pårørende har ønsker til medicinen og tager en dialog med lægen udenom botilbuddet, fordi der er mange processer om medicinbehandling, som botilbuddet skal have styr på, inden de må give medicinen, fx skal medicinen inkl. kosttilskud og naturlægemidler stå på FMK/medicinlisten og skal hentes på apoteket.

*"Fordi mange gange er det også pårørende, der er så meget involveret i deres medicin. Det kan også være vanskeligt. Fordi så kommer pårørende og vil gerne have det ... borgeren skal have det her og det her, og så har lægen bare sagt ja. Og hvornår bliver vi informeret, nu skal man ... altså kontakte apotek, få det tilføjet i FMK, inden man begynder at give det, og så en pårørende, 'hvorfor er det ikke begyndt'? Altså der er mange processer. Det er ikke bare lige ... Fordi lægemidler skal også, eller naturlægemidler skal også ind i systemet."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 11)*

### 5.3.7 Forskellige borgergrupper er svære at observere i forbindelse med medicinens virkning og bivirkninger

De interviewede medarbejdere på botilbud og i hjemmeplejen peger på en række borgergrupper, hvor det er særligt svært at observere for medicinens virkning og bivirkninger:

- Borgere med demens, fordi de kan have svært ved at sætte ord på, hvordan de har det, eller de ikke kan huske, hvad er sket eller ikke sket.
- Borgere, der ikke har et sprog, og dermed ikke kan udtrykke sig verbalt om, hvordan de har det.
- Borgere med en psykisk lidelse, især når der skal observeres for virkning og bivirkninger af medicin mod en somatisk lidelse. Det er svært at finde ud af, hvad der er hvad, når der både er en psykisk lidelse, en somatisk lidelse og medicin til de forskellige lidelser. Det er fx også svært at måle blodtryk som observation på blodtryksmedicins virkning, hvis en borger med psykisk lidelse er bange, vred eller andet pga. sin psykiske lidelse. Det opleves også, at nogle borgere med psykiske lidelser kun vil have deres kontaktperson (typisk en pædagog) til at observere og lave målinger, og så skal pædagogen oplæres i dette.
- Borgere, der har et misbrug, fordi der opstår tvivl hos personalet om, hvorvidt de kan stole på borgeren, og dermed opleves det svært at vurdere om det er korrekt, når borgeren siger, at medicinen ikke har virket, og borgeren ønsker mere.
- Borgere, der har sprogbarrierer, fordi der kommunikeres med kropssprog både fra borger og personale, som gør personalet usikker på, om de har forstået det, borgeren vil sige, korrekt. Det kan også være svært at få fat i pårørende, der kan dansk, hvis de ikke bor i hjemmet eller de er på arbejdet.

Chefer på social- og børne- og skoleområdet peger på nogle forskellige grupper af børn, hvor pædagoger og lærere kan få opgaven at observere for medicinens virkning og bivirkninger, hvilket kan være svært:

- Børn i almindelige daginstitutioner, som skal have medicin, mens de er i daginstitution, fordi det generelt er svært at tolke barnets adfærd, specielt hos børn, der ikke har udviklet et sprog endnu. Fx kan det være svært at tyde symptomer på højt/lavt blodsukker og agere derefter. Det er givtigt og tryghedsskabende for medarbejderne, at de får viden om, hvilke symptomer eller bivirkninger, de skal være opmærksomme på.
- Børn på almene skoler eller specialskoler, som skal doseres op eller ned i ADHD-medicin, hvor lærere og pædagoger skal observere adfærdsændringer. Chefer ser, at pædagogers og læreres observation af børn generelt er vigtig at tage med, når børn skal vurderes og diagnosticeres.
- Børn med handicap på specialdaginstitutioner, hvor pædagogerne kan have svært ved at vide, hvad de skal observere for vedrørende medicin. De får typisk instruktion i, hvad de skal observere for af palliativt team/hospital el.lign. Deres kendskab til barnet gør dog, at de er godt stillet i forhold til at identificere ændringer i barnets adfærd. De agerer som oversættere af barnets adfærd til sundhedsfaglige kolleger eller i kontakten med barnets læge. Chefer oplever, at pædagogerne er vokset med denne nye opgave, og kan se det som en pædagogisk opgave, som de kan løse.

### 5.3.8 Forskellige faggrupper på botilbud har forskelligt fokus, når der observeres

Cheferne på socialområdet ser, at observationsopgaven på botilbud er tværfaglig, og de socialpædagogiske og det sundhedsfaglige skal spille sammen til gavn for borgeren.

Forskellige faggrupper og ufaglærte arbejder på botilbud. Mange af medarbejderne har tæt kontakt med borgerne og er derfor med til at observere for virkning og bivirkninger af medicin. De

adspurgte medarbejdere på botilbud oplever, at der ikke er mange forskellige problematikker omkring observation, men dem, der er, fylder meget.

Det opleves som en udfordring, at flere forskellige faggrupper er involveret i opgaven om observation – både fordi der er mange personer involveret, og fordi de forskellige faggrupper kan have forskellige perspektiver, og der ikke nødvendigvis er enighed om, hvad der observeres. Det opleves af medarbejdere (både sundhedsfaglige og pædagogiske), at faggrupperne har mange forskellige briller på, hvilket vil sige, at de kigger efter noget forskelligt og ser virkning og bivirkninger forskelligt, afhængigt af, om de er pædagoger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller ufaglærte. Det gør det svært at lave en overordnet evaluering af borgeren og dennes situation.

Det er ikke alene det, at der er forskellige faggrupper inde over borgeren, men også det, at fx botilbud er døgndækkede, og der dermed er forskellige medarbejdere inde over medicinopgaven, der gør observationen svær. Billedet nedenfor er taget af en medarbejder for at illustrere de mange hænder, der er inde over borgerens medicin.



Figur 9 Et billede taget af en medarbejder fra socialområdet, interview 10

Det vurderes af medarbejderne, at kvaliteten af observationerne forringes, og at der i nogle tilfælde slet ikke bliver observeret for virkning og bivirkninger af medicin og/eller dokumenteret, når der er så mange forskellige perspektiver inde over.

Det opleves, at pædagogisk personale observerer med baggrund i deres egne holdninger, og hvad de har oplevet med medicin, i stedet for at observere med udgangspunkt i den enkelte, så observationen bliver objektiv – illustreret ved følgende citat:

*"Det er, fordi vi har borgere, som ikke har noget sprog, som ikke kan sige, hvad de fejler, eller hvis der er noget, der er bare lidt anderledes for dem. Og så er vi tolv medarbejdere. De fleste er pædagoger, andre er pædagogiske assistenter. Og så har vi heller ikke nogen sundhedsfaglig i vores personalegruppe. Og lige pludselig kan det blive til, hvad jeg synes, hvad jeg har oplevet om medicin, som man siger videre, at det er det, en borger har, i stedet for at være meget mere konkret orienteret og mere objektiv. Så der synes jeg også, vi har mange problemer med vores egne holdninger."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 11)*

Det opleves, at personale på botilbud ikke er dygtige nok til at dokumentere observationer, fordi der mellem sundhedsfagligt og pædagogisk personale ikke er en fælles holdning til, hvordan det skal gøres. Pædagoger opleves generelt rigtig gode til at dokumentere, når der er adfærdsændringer hos borgerne, men sundhedsfagligt personale oplever, at det bliver sværere med dokumentation af virkning og bivirkninger ved medicin, fordi pædagogerne har begrænsede kompetencer om medicin, det nedprioriteres pga. travlhed, fokus er på medicingivning i stedet for observation, pædagogisk personale har ikke været vant til dokumentationskrav om sundhedsfaglige opgaver, og fordi det er en kompleks proces. Det er en kompleks proces, fordi pædagogen, som observerer borgeren, i samspil med den sundhedsfaglige skal finde ud af, om en adfærdsændring er en virkning eller en bivirkning af medicin, eller noget andet. Det opleves, at fordi man er flere til at løfte opgaven, så bliver den ikke udført rigtigt, fordi der er tvivl om, hvem der har ansvaret – illustreret ved følgende citat:

*"Pædagoger er generelt sindssygt skarpe til at registrere, når der er adfærdsændringer, men adfærdsændringer er ikke lig med at observere for virkning og bivirkninger, og det er der, hvor deres kompetencer bliver begrænset, fordi det er det, de kan, de kan sige, når der er en adfærdsændring, og så skal man jo i samspil finde ud af, er det her en bivirkning eller en virkning af medicinen, og hvordan tænker vi, at vi kan identificere, om det er det, og man kan sagtens lægge en plan som sundhedsfaglig, men så kommer det i spil, at så er man mange hænder, der skal løfte opgaven, og så bliver den ikke altid udført."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 10)*

Det kan godt lykkes at udføre observationer for virkning og bivirkninger af medicin og få dem dokumenteret, men det kræver en løbende og tæt kommunikation mellem den pædagogiske kontaktperson og den sundhedsfaglige medarbejder – der skal en tværfaglig indsats til, for at de kan komme i mål. Hvis der er en vikar involveret, bliver opgaven med at observere og dokumentere ikke løftet, fordi der ikke er mulighed for den løbende og tætte kommunikation. Den løbende og tætte kommunikation mellem det pædagogiske og det sundhedsfaglige personale kræver mange ressourcer, og når pædagogerne står og skal prioritere mellem flere forskellige opgaver, har de ikke kompetencerne til at vurdere vigtigheden af observationer om virkning og bivirkninger af medicin og dokumentationen heraf. Derfor bliver det nedprioriteret.

Der peges af medarbejdere på botilbud også på, at for at det lykkes, skal der være mulighed for monofaglig sparring både blandt pædagogisk og sundhedsfagligt personale for at styrke egen faglighed og at blive skarpere på egne faggrænser, så borgeren støttes bedst muligt – illustreret ved følgende citat:

*"Ja. Det er jo det, vi har snakket om. Det er jo 90 procent af det, vi har snakket om, ja. Så det kan jeg kun være enig i, det er en tværfaglig indsats. Jeg kommer slet ikke i mål alene, og det er meget det, det handler om med den borgergruppe, vi har, det er, at vi bliver nødt til at arbejde tværfagligt for at kunne, hvad skal man sige, komme i dybden med vores monofaglighed."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 10)*

### 5.3.9 Ufaglært personale kan observere for generelle ændringer i borgerens adfærd

Fordi kommunerne er i bekneb med bemanning og faglige kompetencer, bliver det i nogle tilfælde ufaglærte, som observerer hos borgerne. Nogle chefer på sundheds- og socialområdet er trygge ved, at personalet, der giver medicin, herunder ufaglært personale, kan reagere og/eller melde tilbage til sygeplejersken om ændringer i borgerens adfærd. Andre anser det ikke for personalets opgave at observere for virkning og bivirkninger af hvert enkelt præparat, da det er den praktiserende læges ansvar, men at ansvaret hos medarbejderne i stedet handler om, at der observeres for generelle ændringer i adfærd hos borgeren.

En kommune har overvejet, om de skal give de ufaglærte tilknyttet hjemmeplejen grundlæggende viden om observation af borgere, så de lærer at observere og rapportere tilbage til det sundhedsfaglige personale, men ikke specifikt i forhold til medicin – det ville være for omfattende at lære dem. Dette er illustreret ved følgende citat:

*"Det er nok der, hvor vi har et svagt punkt, fordi vi har jo også uuddannet personale, der også kommer ud til vores borgere, hvor vi førhen kunne tillade os at bruge en hjælper eller en assistent på også at gøre rent. Det kan vi ikke tillade os nu, hvor vi er sådan i bekneb med faglige kompetencer. Så nogle af de her praktiske opgaver, det overgår typisk til at være ufaglært personale, og de er jo ikke på samme måde rustet til at observere og kunne observere, ikke for at handle, men for at kunne gå hjem og sige til teamet, jeg har iagttaget det og det, jeg tror I skal være opmærksomme på – på noget."*

*(Chef fra sundhedsområdet, interview 3)*

## **5.4 Medicin i overgange er en udfordring**

Medicin i overgange er en udfordring både på sundheds- og socialområdet, men i denne undersøgelse fylder det mest i hjemmeplejen og på midlertidige pladser. Overgange forstås i interviewene bredt og inkluderer udover overgange mellem primær- og sekundærsektoren fx også, at flere læger er involveret i behandling (fx praktiserende læge og psykiater), og overgangen fra at borgeren selv administrerer sin medicin til at administrationen overtages af hjemmeplejen.

### 5.4.1 Der er et ledelsestomrum i overgange

Chefer på sundhedsområdet peger på, at der er et ledelsestomrum mellem apoteker, sygehus, kommuner og almen praksis, og det kræver ledelse i overgangene, og at områderne snakker sammen. De peger på, at når der kræves samarbejde for at lykkes, kan man ikke kun være leder for sit eget område, men man skal have ledelse med ind i de andres områder. Ellers opstår der et ledelsestomrum i overgangene, herunder også for medicinområdet – illustreret ved følgende citat:

*"Men det er jo ligesom med sygehuset, hvor jeg var med til at arbejde, altså det der med i overgangene, at vi skal have ledelse i overgangene, og hvis man er leder kun for sit eget felt og ikke tager ledelse ind i hinandens felt, så er der et ledelsestomrum i overgange, og det er der også for medicinområdet mellem apoteker og mellem sygehuse, mellem almen praksis, så mit område lige nu, det er jo at tage ledelse på det, der sker, når det går galt, og få tingene til at hænge sammen, så borgerne ikke oplever, at nu sker der noget igen, fordi jeg kom hjem, og der er ikke medicin til to dage, og det medicin, jeg skal have, det tager tre dage, syv dage, inden jeg får det. Altså alt det her, det skal vi kunne forudse, så vi er nødt til at snakke sammen og tage ledelse på overgangene."*  
(Chef fra sundhedsområdet, interview 8)

#### 5.4.2 Medicin fylder og er tidskrævende på de midlertidige pladser

Cheferne på sundhedsområdet har en oplevelse af, at de borgere, der kommer på de midlertidige pladser, førhen var på hospitalet. Borgere på midlertidige pladser er i en sårbar situation, da de overleveres mellem sektorerne på kritiske tidspunkter i deres sygdomsforløb. Derfor er der et skarpt medicinfokus hos disse borgere, så der kan komme styr på deres medicin, mens de er der. Sygeplejerskerne bruger meget tid – specielt på midlertidige pladser og i hjemmeplejen – på borgere, der bliver udskrevet fra hospitalet, fordi de skal kontakte læger og hospital, fordi der ikke er styr på deres medicin, og fordi de bliver udskrevet for hurtigt uden at medicinen er gennemgået og afstemt ordentligt. Nogle gange mangler medicinen at blive givet med, når borgerne udskrives. Kommunen oplever mange fejl i medicin og recepter, og at der er medicinændringer eller ny medicin, hvor det ikke er tydeligt, hvad kommunale medarbejders opgave er. I nogle tilfælde overses det af kommunale medarbejdere, at der er ny medicin eller ændringer; specielt når borgeren udskrives fredag eftermiddag. Denne problemstilling er illustreret ved følgende citat:

*"Så har vi særlige udfordringer på de midlertidige pladser, I ved, hvor borgerne kommer ud fra hospitalerne, de er tit meget, meget dårlige. Meget tit er der ikke styr på deres medicin, fordi hospitalerne udskrives dem for hurtigt uden at få gennemgået medicinen ordentligt. Så sygeplejerskerne bruger uforholdsmæssigt meget tid på at få kontakt til den praktiserende læge, og den praktiserende læge er sådan, det er jo hospitalet det her, og hospitalet er sådan, jamen borgeren er udskrevet, det er ikke vores opgave."*  
(Chef fra sundhedsområdet, interview 1)

Medarbejderne oplever også, at medicin fylder og tager meget tid på de midlertidige pladser. Et stort antal borgere skal have håndteret deres medicin af personalet, som typisk består af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Borgerne skal selv medbringe deres medicin hjemmefra, og personalet vil typisk benytte muligheden for at forsøge at rydde op i den, hvis der er behov for det. Det er bl.a. det, der tager meget tid. I en kommune har de talt op, at 22 udskrivelser fra hospital gav anledning til 55 kontakter til et andet sted i sundhedsvæsenet. De kommunale chefer peger på, at det lige så godt kunne være en farmaceut, der fik styr på borgerens medicin på de midlertidige pladser.

Både chefer og medarbejdere på sundhedsområdet oplever, at dosisdispenseret medicin ikke nødvendigvis er hensigtsmæssig på de midlertidige pladser, hvor borgerne kan være i ustabile forløb. Det er også svært at stoppe dosisdispenseret medicin her, og det er ikke tydeligt for



personalet, hvem der skal gøre det – apoteket eller lægen. Hvis en borger fx har flere lægemidler, der skal sidedoseres, oplever medarbejderne, at der kan være en risiko for, at borgeren glemmer den sidedoserede medicin og kun får taget sin dosisdispenserede medicin. Hertil kommer problematikken med, at noget af medicinen i poserne er seponeret, og der opstår tvivl hos medarbejderne om, hvad der skal gøres – skal man tage den medicin, der er seponeret, ud af poserne, eller skal man fortsætte med al medicin i poserne og først effektuere ændringen, når der kommer en ny dosisrulle? Det bruges der tid og ressourcer på at afklare og få løst.

På midlertidige pladser oplever medarbejderne, at der både kan opstå fejl i forbindelse med, hvilken medicin borgeren skal have, og med recepter. Det kan skyldes dårlig kommunikation mellem de midlertidige pladser, apoteket og lægen. Hvis apoteket eksempelvis annullerer en recept, fordi medicinen var i restordre, vil de ikke nødvendigvis give personalet på de midlertidige pladser besked, hvilket kan gøre processen mere langsommelig.

#### 5.4.3 Hjemmesygeplejen har ikke tid til at tjekke medicinen og være grundig

Det opleves af medarbejdere, at hjemmesygeplejersker har travlt. Det opleves, at fordi de har travlt og kører med en fast køreplan, har de ikke så god mulighed for at være grundige eller opdage fejl eller ændringer i borgerens medicin på det fælles medicinkort (FMK) ved overgange, fx udskrivelser eller besøg hos læge. På deres besøg hos borgerne har de ikke tid til at komme hele vejen rundt sygeplejefagligt, da de hurtigt skal videre. Den begrænsede tid kan føre til forglemmelser og resultere i fejl. Sygeplejersker, der arbejder i teams, hvor der er særlig fokus på medicin ved udskrivelse, oplever til gengæld, at de har tiden til at være grundige med borgernes medicin.

#### 5.4.4 Medicinen ændrer sig ved overgange – det fører til fejl i medicinlisten

Medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at der ikke altid er styr på borgernes medicinlister ved overgange (fx hvis borgeren indlægges på hospital) og de kan indeholde fejl, som sygeplejersker i kommunerne skal bruge tid på at rette op på. Medarbejderne peger på, at fejl i borgernes medicinlister truer borgersikkerheden, fordi det kan få alvorlige konsekvenser for borgeren, hvis medarbejderen ikke ser fejlen og dermed giver borgeren en forkert dosis eller lignende. Fejl i medicinlister kan opstå, fordi læger har travlt og derfor ikke altid opdaterer medicinordinationer, eller hvis de ikke tjekker, hvilke opdateringer de godkender i FMK og recepter.

Kommunen må kun give medicin, der er ordineret i FMK. Af denne årsag skal medarbejdere tjekke FMK for borgerne ofte, da der kan være sket ændringer. Medarbejderne oplever, at de ikke har tid til at tjekke det hver dag, men kun nogle gange om ugen. Det betyder, at borgerne kan risikere at få noget andet medicin, end de skulle have haft, fordi en opdatering i FMK ikke er opdaget – illustreret ved følgende citat:

*"Vi er rigtig meget afhængige af, at FMK er opdateret fra sygehuslægen eller egen læge, eller hvem det er, der ligesom har ordineret noget, før vi kan varetage den opgave, der hedder medicin håndtering, ude i kommunerne. Og der bliver vi nogle gange mødt med lidt denne her omvendte, eller hvad kommer først-agtigt, det her billede med hønen eller ægget, fordi vi får ikke altid en opdateret FMK og bliver opmærksomme på det undervejs efter en udskrivelse. Og skal så gå tilbage og bede om at få den opdateret og det her samspil og den dialog, der kan være mellem den ene sygeplejerske og lægerne, det bliver nogle gange sådan lidt mismask og kan godt blive sådan lidt altså lidt uheldigt i forhold til, at vi egentlig begge parter skal have borgeren i centrum i forhold til, at borgeren skal have den korrekte medicin."*

*(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 12)*

Medarbejderne oplever, at der kan ske fejl i forbindelse med overførslen fra FMK til kommunens lokale system, hvilket kan skyldes flere ting. Det kan fx føre til fejl, hvis lægen opdaterer FMK efter udskrivelsen eller lægebesøget, når det lokale skema allerede er oprettet. Her vil FMK og kommunens eget system nemlig ikke stemme overens med hinanden, og borgeren får ikke den aktuelle medicin. I forbindelse med selve overførslen af data fra FMK til kommunens eget system kan der også ske fejl, da overførslen sker manuelt. Især kræver det fokus fra medarbejderen, når der står, at medicinen skal gives "efter skema". Medarbejderen kan ved overførsel af oplysninger og oprettelse af nye skemaer komme til at læse eller trykke forkert.

Et andet problem ved overførsel af data til kommunens eget system er, at farvekoder i systemet kan være svære at gennemskue, medmindre man virkelig er systemkyndig. Denne problematik har en medarbejder valgt at illustrere med det nedenstående billede. Som det kan ses i toppen af billedet, er der fem ændrede ordinationer, som har forskellige farver, alt efter hvad der skal ske med dem. Disse ændringer skal medarbejderne forholde sig til at få overført og ændret i deres eget system, og tungen skal holdes lige i munden, for at det lykkes.

Organisatorisk tilknytning

FMK lægemiddelordinationer

Lægemiddelordination	Behandling...	Dosis:	Status	Doseringsp...
Uændrede ordinationer				
- Ændrede ordinationer				
Tradolan (TRAMADOLHYDROCHLORID), tabletter 50 mg, mod smerter	18-10-2021 24-10-2021	Doseringsstype: Efter behov 1 tablet efter behov, højst 2 gange daglig	Seponeret Afsluttet dosering	
Allopurinol "Accord" (ALLOPURINOL), tabletter 100 mg, mod urinsur gigt	29-07-2021	Doseringsstype: Fast 1 tablet daglig		29-07-2021
Trimopan (TRIMETHOPRIM), filmovertrukne tabletter 100 mg, mod blærebetændelse	22-10-2021 28-10-2021	Doseringsstype: Fast 2 tabletter 2 gange daglig	Seponeret Afsluttet dosering	
Tradolan (TRAMADOLHYDROCHLORID), tabletter 50 mg, mod smerter	15-10-2021 27-10-2021	Doseringsstype: Efter behov 1 tablet efter behov, højst 2 gange daglig	Seponeret Afsluttet dosering	
Tradolan (TRAMADOLHYDROCHLORID), tabletter 50 mg, mod smerter	02-10-2021 17-10-2021	Doseringsstype: Fast Dosering fra d. 2. okt. 2021 til d. 17. okt. 2021: 1 tablet kl. 8:00, 1 tablet kl. 14:00 og 1 tablet kl. 21:00 - hver dag	Seponeret Afsluttet dosering	

Figur 10 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 3

Medarbejderne peger også på, at hvis der ikke er ændret noget i borgerens medicinliste efter indlæggelsen, kan det skabe tvivl hos medarbejderne om, hvorvidt det kan passe.

Det sker også, at borgeren er kommet hjem fra hospitalet, men ikke er udskrevet i FMK. Hvis det sker, kan sygeplejersken ikke foretage sig noget i FMK, og for at få det ændret, kræves det, at sygeplejersken kontakter lægen på hospitalet.

Noget andet, der kan være skyld i rod med borgerens medicinliste, er, at FMK ikke gør opmærksom på fejl, hvilket betyder, at der kan opstå tilfælde med eksempelvis dobbeltordinationer eller nogle gange mærkværdige ordinationer. Alt det skal man bruge ekstra tid på at få afklaret.

*"Altså for borgeren er det jo øh rigtig, rigtig vigtigt, at de får den rigtige medicin, ik'? Nu er det her paracetamol, der er ordineret som to ordinationer, og man må jo ikke få dobbeltdosis af paracetamol, det ved vi jo alle sammen, ik'? Så hvis der nu kommer én, der ikke lige har de briller på og bare giver medicinen uden at studse over, at der er noget galt, så har vi jo virkelig en alvorlig situation for borgeren, ikke også?"*  
(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 2)

Hertil kommer, at medarbejdere oplever, at der hos borgeren kan ligge fyldte doseringsæsker eller dosisposer, som ikke længere er aktuelle, og som personalet skal være opmærksomme på ikke at bruge, hvis der er sket ændringer i medicinen ved en indlæggelse eller hos egen læge.

Der kan også mangle medicin på medicinlisten, som borgeren skal have, fx IV-behandling sat i gang på sygehuset.

Mange ændringer i medicinen gør, at det fylder meget hos personalet, det bliver en tidskrævende opgave, og det kan skabe en tvivl og en usikkerhed og resultere i, at der er ting, der bliver overset eller glemt.

*"Og det er jo stadigvæk sådan, altså at øh vi joker lidt med det, altså hvis der kommer en borger hjem med en udskrivelse, hvor alt bare klapper, altså så er der jo næsten kage på kontoret, og det er jo ikke kun medicin, men det er jo alleroftest medicin, der er årsag til det."  
(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 3)*

#### 5.4.5 I overgange har borgeren fået ordineret uhensigtsmæssig medicin

Nogle gange oplever sygeplejersker, at der er sat medicin på skemaerne, som borgeren ikke kan tåle eller ikke har brug for. Her vil sygeplejersken kontakte sygehuset for at få medicinen fjernet, men dette kan først ske, når en læge reagerer på det, hvilket kan tage flere dage. Indtil da må sygeplejersken derfor blot lade være med at give medicinen og manuelt ændre den til pn-dosering på det lokale medicinskema og skrive et notat, hvor dette valg er begrundet. Der kan i sådanne situationer komme til at stå meget pn-medicin på medicinlisten, hvilket ikke er optimalt, og det kan forvirre social- og sundhedshjælpere, når de skal give medicin.

#### 5.4.6 Medicin er ikke til rådighed ved overgange

Medarbejdere peger på, at det sjældent er tilfældet i forbindelse med overgange, at al den fornødne medicin er til rådighed. Det fylder meget, at medicinen ofte ikke er tilgængelig, og der udtrykkes et ønske om, at apoteket kunne spille en større rolle og fungere som en lagerbeholdning. På den måde kunne nogle ressourcer spares, og hjemmesygeplejersken skulle ikke bruge energi på at bestille medicin, men kunne i stedet koncentrere sig om at hælde det rigtige antal piller op.

Det opleves af medarbejderne, at der er forskel på, hvor meget medicin, der er dispenseret og givet med hjem til borgeren fra hospitalet. Ved udskrivelse er det dermed vigtigt, at der ligger recepter på borgerens medicin. Det er dog ikke alle borgere, der selv kan gå på apoteket, eller som har nogle pårørende, der kan hjælpe. Derfor ender det somme tider med at være en udkørende sygeplejerske, der henter medicinen på apoteket og leverer den til borgeren. Nogle gange mangler der recepter over en weekend, og her kontaktes vagtlægen, som kommer hjem til borgeren og sikrer, at borgeren får sin medicin.

Kommunale chefer på sundheds- og socialområdet peger på, at der specielt i yderområder er problemer med tilgængeligheden af medicin, hvilket nogle gange bliver et problem, når borgeren udskrives fra sygehus. Apotekerne har ikke nødvendigvis døgnåbent, og når hospitalet glemmer at sende medicinen med hjem sammen med borgeren ved udskrivelse, har borgeren og de pårørende et problem. Kun de ressourcestærke pårørende kan løse det ved at køre til et andet apotek, men det gør, at uligheden i sundhed bliver større.

#### 5.4.7 Hvilken læge har ansvaret for medicinen ved overgange, og hvordan samarbejdes der til gavn for borgeren?

Chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet oplever, at det er svært, når der er flere læger inde over borgerens medicin, fx praktiserende læge, psykiater og hospitalslæge. Kommunale medarbejdere har spørgsmål til, hvad de skal gøre i forhold til medicinen, men de ved ikke, hvem de skal spørge om hvad. Der opstår hos medarbejderne tvivl om, hvorvidt det er den praktiserende læge, hospitalslægen eller psykiateren, der har ansvaret for borgerens medicin. Selvom det fx er hospitalslægen, der har ordineret medicinen til borgeren, oplever medarbejderne i

kommunen, at hospitalslægen ikke nødvendigvis har den fornødne tid til at følge borgeren efter udskrivelsen, men hellere ser, at det er borgerens praktiserende læge, der tager ansvaret. Medarbejderne oplever, at der er nogle læger, der ikke tager ansvaret for en behandling, som er ordineret af en anden part, og nogle gange er to læger uenige om borgerens behandling. På grund af travlhed hos de praktiserende læger opleves det hos medarbejderne i kommunen, at seponering af medicin kan blive overset, og at der ikke altid bliver taget stilling til, om borgeren egentlig stadig har gavn og effekt af sin medicin.

Hos de kommunale medarbejdere ønskes der en bedre kontakt og dialog med de praktiserende læger. Medarbejderne oplever, at lægerne mangler forståelse for deres udfordringer. De mangler forståelse for, at de kommunale medarbejdere kan bidrage til borgernes behandling, fordi de kender dem så godt. Kommunale medarbejdere kan have svært ved at komme i kontakt med de praktiserende læger, som ikke nødvendigvis er tilgængelige eller får ringet tilbage. I kommunerne er der et ønske om at bringe lægerne mere på banen i forhold til sikker medicin og et ønske om, at lægerne er mere handlekraftige og tager mere ansvar for borgerens medicin. Som det ser ud nu, er der nogle læger, der frasiger sig opgaver, hvis det er uden betaling. Her nævnes dosisdispenseret medicin for borgere i kommunen.

#### 5.4.8 Kommunikation og samarbejde mellem forskellige parter er vigtig i overgange

Cheferne og medarbejderne på sundheds- og socialområdet peger på, at hvis samarbejdspartnere – praktiserende læge, hospital, psykiater osv. – ikke har dokumenteret og beskrevet præcist, hvad der er ordineret, givet med, eller hvad der skal observeres for, bliver det svært for de kommunale medarbejdere at håndtere medicinen, og der ses utilsigtede hændelser.

På socialområdet peger cheferne på, at deres personale oplever, at de mødes med et andet sprog og en anden tilgang til borgeren, når de kontakter behandlingspsykiatrien eller distriktspsykiatrien, end når de kontakter det somatiske hospital. Det opleves ikke altid tydeligt, hvad kommunens ansvar inden for det socialpsykiatriske er i forhold til behandlings- og distriktspsykiatriens ansvar. Det er ikke altid nemt at få kontakt til behandlingspsykiatrien, når behovet opstår, og der kan være uenighed om, hvad det er nødvendigt at gøre for borgeren vedrørende medicin, specielt medicin mod psykiske lidelser. Det opleves, at det er nemmere at kontakte hospitalet og sige, at borgeren har brug for behandling, hvis borgeren har brækket benet, og der kommer nemmere respons fra hospitalet i sådan et tilfælde. Der arbejdes på det tværsektorielle samarbejde, således at oplysninger om fx misbrug videregives til kommunen.

Medarbejdere i kommunen oplever, at det ved udskrivelser er vigtigt at forventningsafstemme med de pårørende, hvilke opgaver der skal udføres kommunalt, og hvilke opgaver de pårørende skal varetage. De udskrivende sygeplejersker får ikke altid klædt borgeren og de pårørende på til at komme hjem, og derfor skal medarbejderne i kommunen sørge for at få snakket og forventningsafstemt med de pårørende. Det kan komme bag på de pårørende, at det er dem, der skal afhente borgerens medicin, og at det ikke er en medarbejder fra kommunen.

Medarbejdere peger også på, at det kan være gavnligt for sygeplejersker fra kommunen at blive udstationeret på hospital og omvendt. Det giver mulighed for at stifte bekendtskab med hinandens arbejdsgange og forståelse for de rammer og vilkår, der er de forskellige steder. Det kan fx mærkes, at sygeplejersker, der har været udstationeret i kommunen, sikrer sig, at afvigelse på medicinlisten i forhold til indhold i doseringsæsken ved udskrivelse er tydeligt beskrevet på medicinlisten, så sygeplejerskerne i kommunen kan forstå og agere i forhold til det.

#### 5.4.9 Sparring med farmakonomer er gavnlig, men opgavedeling skal være klar

Medarbejdere oplever, at farmakonomer ansat i kommuner kan bidrage med at sætte fokus på medicinering i overgange, hvilket kan være hensigtsmæssigt. Tværfagligheden vil aldrig være en ulempe, men det kan være svært at finde en klar opgavedeling mellem fx sygeplejersken og

farmakonomen. Det kommer fx til udtryk ved dosisdispenseret medicin, hvor farmakonomen gennemgår medicinlisten, mens det er sygeplejersken, der skal indhente samtykke hos borgeren. Her kunne det give mening, hvis farmakonomen i stedet fulgte opgaven til dørs og indhentede samtykke, havde samtaler med borgeren og stod for at kommunikere med lægen.

Typisk har borgerne på de midlertidige pladser brug for hjælp til medicinopgaver, men de overtager langsomt selv opgaverne med støtte fra personalet – fx ligger der en opgave i at vejlede borgere i at dispensere deres medicin, så de selv kan gøre det, når de kommer hjem. Denne oplæringsopgave ligger hos sygeplejersker, men kommunale chefer på sundhedsområdet ser, at den også kunne ligge hos farmakonomer.

### **5.5 Medicin fylder i varierende grad i det forebyggende arbejde**

Det er forskelligt fra område til område, hvor medicin fylder i det forebyggende arbejde. Medicin fylder i det forebyggende arbejde i forbindelse med rehabiliteringsforløb for borgere med kroniske sygdomme under sundhedsområdet. Chefer på socialområdet ser ikke, at der er behov for forebyggende indsatser og tilbud til deres borgere på medicinområdet. På børne- og skoleområdet fylder medicin ikke i det forebyggende arbejde, men der ses et potentiale for, at der kan laves indsatser, der rammer børn og unge. Chefer på børne- og skoleområdet oplever, at emnerne sygdomme og medicin ikke er noget, som børn og unge er interesserede i, og hvis kommune og apotek skal ramme de unge omkring forebyggelse af fx sygdom, selvskade, rygning, misbrug eller uhensigtsmæssig medicinanvendelse, skal det gøres digitalt og på sociale medier og af personer, som de kan spejle sig i.

#### 5.5.1 Medicinlisten bliver længere, og den er ikke opdateret

Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at nogle borgere ikke tåler ret meget medicin og ikke tåler kombination af forskellige medicin. Det betyder, at der er nogen, der skal prioritere i, hvilken medicin, der er vigtigst for borgeren. De oplever, at nogle borgere køber diverse alternative produkter, som lægges oveni medicinen, og som eventuelt kan styrke eller hæmme virkningen af den.

Sygeplejersker på sundhedscentre oplever nogle gange, at borgerens medicinliste ikke er opdateret, fx kan der stå medicin, som borgeren ikke tager. I sådanne tilfælde beder sygeplejersken borgeren om at gå til lægen og få medicinlisten opdateret.

#### 5.5.2 Borgere har complianceproblemer

Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at mange borgere finder det frustrerende at skulle tage medicin, og de ville hellere være fri for den. Medarbejderne vurderer, at det derfor er vigtigt, at borgerne får en forståelse for, hvorfor det alligevel er vigtigt, at de tager medicinen. De peger på, at sygeplejersker på sundhedscentre kan vejlede borgeren og skabe tryghed, og at borgeren i nogle tilfælde kan rådes til at kontakte lægen eller apoteket.

Medarbejderne oplever, at der kan være flere grunde til, at borgerne ikke vil tage deres medicin. Det kan for eksempel skyldes, at de ikke mærker effekt af den, eller at de er velbehandlede og derfor ikke længere tænker, at medicinen er nødvendig. De oplever også, at det kan føre til, at borgerne ikke tager medicinen, hvis de oplever bivirkninger af den. Hvis borgerne ikke kan se meningen i at tage deres medicin eller er skeptiske over for den, oplever medarbejderne, at de typisk vil stoppe behandlingen.

Medarbejderne oplever, at nogle borgere selv eksperimenterer med at skrue op og ned for deres medicin, hvilket medarbejderne ser som problematisk og noget, der ikke bør gøres, uden at det er aftalt med lægen. Medarbejderne oplever, at nogle borgere glemmer at tage deres medicin, tager for meget eller tager den uregelmæssigt. De oplever, at borgere benytter forskellige strategier til at huske deres medicin, herunder også deres mobiltelefoner.

Medarbejderne oplever også, at der kan være økonomiske faktorer, der gør, at borgerne ikke tager deres medicin. Noget medicin er dyrt, særligt hvis det ikke er tilskudsberettiget. Dette oplever medarbejderne kan gøre, at borgerne tænker, at medicinen alligevel ikke er nødvendig. Medarbejderne på sundhedscentre peger på, at det kan hjælpe borgere med complianceproblemer at tale med andre borgere, der har erfaring med at tage medicin, da det kan give en tro på, at det faktisk virker, og en lyst til at tage det.

### 5.5.3 Borgere mangler viden om medicin

Cheferne peger på, at der på kommunens undervisningsforløb ofte er borgere, der ikke tager deres medicin, hvilket der kan være flere grunde til:

- Misforståelser
- Frygt for bivirkninger
- Manglende viden om konsekvenserne ved ikke at tage medicinen
- Uenighed mellem den behandlende læge og borgerens praktiserende læge.

Medarbejdere på sundhedscentre oplever udfordringer i forhold til borgernes forståelse af, hvordan deres medicin skal doseres, og hvornår de skal tage hvad. Nogle borgere bruger en udskrift fra apoteket, hvilket medarbejderne på sundhedscentre ikke vurderer er tilstrækkeligt, da den kun fortæller, hvilken medicin borgeren har på recept, og ikke siger noget om, hvis der fx er medicin, borgeren ikke længere skal tage. De oplever, at det kan være svært for nogle borgere at skelne mellem, hvilke symptomer, der skyldes deres sygdom, og hvilke, der er bivirkninger af medicinen. Medarbejderne ser det som deres opgave at give borgerne en forståelse af, at det er medicinlisten, de skal dosere ud fra. Dette skal nogle borgere have at vide flere gange, før de forstår og kan huske det.

Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at nogle borgere er bange for bivirkninger ved de forskellige former for præparater til rygestop (nikotinsubstitution og rygestopmedicin). Her kan der være behov for myteafklaring eller vejledning fra medarbejderne. Der er også borgere, der er bange for, at nikotinsubstitution gør, at de beholder en form for afhængighed.

Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at det kan være forvirrende for nogle borgere at starte op på ny medicin, særligt hvis det er flere præparater ad gangen. Medarbejderne vurderer, at de kun kan vejlede borgeren om det mest generelle vedrørende deres medicin, men de kan hjælpe borgeren med at gå til de rette fagpersoner, når det gælder mere specialiseret viden om medicinen – illustreret ved følgende citat:

*"Men de kommer ikke og siger til mig, 'hvorfor får jeg det her medicin?'. Det ved de godt, at det skal de ikke spørge om her i sundhedshuset. Så er det mere noget med, at 'jeg kan simpelthen ikke finde rundt i al den medicin, jeg pludselig skal have', og så har vi fat i det generelle i det, og så er det så, jeg kan gå lidt mere ind i det der med, jamen, 'hvordan tager du din medicin? Har du smerter, får du noget sådan basal dækning af det? Det synes jeg, du skal tale lidt med din læge om', og så er det sådan på den måde, at jeg tilbyder mig som den fagperson, jeg er, til at de går det rigtige sted hen med tingene."*  
(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 4)

Kommunerne oplever, at mange borgere, som får inhalationsmedicin, tager den forkert. Medarbejderne anbefaler disse borgere at tage kontakt til apoteket eller deres læge. I den forbindelse er ledelsen bekymret for, om borgeren får taget kontakt til lægen, og hvad der sker

efterfølgende. Cheferne fortæller, at sundhedscentrene henviser borgere, der har problemer med at tage deres medicin, til apoteket, men de er ikke bevidste om, at apotekerne har pligt til at tilbyde medicinsamtaler til borgere, der har problemer med at tage deres medicin.

#### 5.5.4 Manglende ansvar for medicinen hos læger kan føre til tvivl hos borgeren

Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at borgere kan have en oplevelse af, at hverken den praktiserende læge eller hospitalslægen vil tage ansvar for deres behandling efter et forløb på hospital. Det nedenstående billede har en medarbejder taget for at illustrere en oplevelse af, at borgere i rehabiliteringsforløb føler sig mellem to stole. Dette skyldes, at de oplever manglende ansvar for medicinen hos læger, hvilket gør, at borgerne bliver i tvivl om, hvad der er det rigtige at gøre i forhold til deres medicin. Medarbejdere oplever eksempelvis, at nogle praktiserende læger ikke vil røre ved medicin ordineret af en læge på hospitalet – også selvom borgeren er overgået til den praktiserende læge. Medarbejderne oplever, at det kan efterlade borgeren med en tvivl om, hvorvidt medicinen skal tages, og i nogle tilfælde fører det til, at borgeren lader være med at tage den ordinerede medicin.



Figur 11 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 6

#### 5.5.5 Tværfaglighed på sundhedscentret kan hjælpe borgeren, men fokus på medicin er forskellig alt efter faggruppe

De forebyggende tilbud på sundhedscentre vil ofte være tværprofessionelt sammensat, så der fx både kan være en sygeplejerske, fysioterapeut og diætist med. På den måde kan de forskellige fagligheder supplere hinanden, peger cheferne på.

Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at borgere mangler viden om medicin, og at de føler sig på glatis omkring medicinen. Denne følelse af at være på glatis har en medarbejder illustreret med nedenstående billede. Det kan fx være forvirrende for nogle borgere at starte op på ny medicin, hvilket især gælder, hvis det er flere præparater ad gangen. Medarbejdere på sundhedscentre vurderer, at de kun kan vejlede borgeren om det mest generelle vedrørende deres medicin, men at



de kan hjælpe borgeren med at gå til de rette fagpersoner, når det gælder mere specialiseret viden om medicinen.



Figur 12 Et billede taget af en medarbejder fra sundhedsområdet, interview 6

Der vil typisk være flere forskellige faggrupper, der varetager samtaler med borgere på sundhedscentre og også på jobcentre, hvor der kan være rehabiliteringsteams, og arbejdet med borgeren er derfor tværfagligt. Den tværfaglige gruppe kan typisk bestå af sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter samt diætister. Medarbejdere på sundhedscentre peger på, at involvering af forskellige faggrupper betyder, at borgerens tilstand, sygdom og behandling bliver set i et bredere lys, og at de forskellige fagligheder bidrager med hver deres perspektiv. Medarbejderne er gode til at drage nytte af hinandens viden og forskellige kompetencer og bringe det ind i samtalen med borgeren.

Medarbejdere på sundhedscentre oplever også, at tværfagligheden betyder, at de skal være opmærksomme på de forskellige tilgange til borgeren og sygdommen, som hver faggruppe kommer med. Sygeplejersker oplever, at de har et andet og større fokus på medicin end faggrupper som ergoterapeuter og diætister. Dermed fanger sygeplejersker nogle ting vedrørende medicin, som andre faggrupper ikke gør. I samtaler med borgeren vil sygeplejersker også i højere grad end andre faggrupper spørge ind til borgerens medicinske og generelle behandling, hvorimod ergoterapeuten, som ikke er uddannet i medicin, blot vil spørge ind til, om borgeren er medicinsk behandlet. Sygeplejersker kan føle sig alene med deres fokus på medicin og med deres tvivl om, hvorvidt der er nok grundighed i arbejdet med medicin. I den forbindelse udtrykkes der et ønske hos sygeplejersker om, at medicinen skal tage mere plads i arbejdet på sundhedscentre – fx som en af indikatorerne, som alle borgere skal spørges ind til ved samtaler. Sygeplejersker fortæller, at hvis borgeren fx oplever bivirkninger, vil sygeplejersken tale med lægen og forsøge at finde en løsning til borgeren.

### 5.5.6 Telefonsamtaler fører til tvivl om medicin hos borgeren

Sygeplejersker på sundhedscentre giver udtryk for, at kommunikationen og det at have en dialog med borgeren om medicin er vigtig. De oplever, at en samtale over telefon ikke nødvendigvis giver et pålideligt billede af borgerens tilstand, og derfor er det vigtigt at mødes fysisk. Det gør de i sundhedscentret, men de kan høre, at borgerne i perioden under COVID-19 har kontakttet lægen telefonisk i højere grad, end de ellers er vant til. Sygeplejersker på sundhedscentre oplever, at der kan opstå misforståelser eller tvivl hos borgeren i forbindelse med samtaler med lægen, særligt over telefon, hvor borgeren har fået mange informationer på én gang. De oplever, at borgeren ikke nødvendigvis deler sin tvivl og usikkerhed om medicinen med lægen, men i stedet taler med fx sygeplejersken på sundhedscentret efterfølgende.

### 5.5.7 Sundhedscentre skal hjælpe borgerne på vej med deres medicin

Cheferne fortæller at personalet i sundhedscentret varetager undervisningen og vejleder om medicin ud fra deres generelle faglige viden. Når det drejer sig om mere specialiseret viden om bestemte lægemidler, skal medarbejderne rådgive borgeren til at kontakte egen læge eller apotek. I nogle kommuner samarbejdes der med sygehuset, som kan yde kompetenceudvikling for personalet på komplekse sygdomsområder som eksempelvis hjertesygdom.

Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at borgeren kan have en opfattelse af, at lægen har travlt, og nogle borgere vil være mere autoritetstro og tilbageholdende over for lægen, end sygeplejersken på sundhedscentret er. Sygeplejersker på sundhedscentre ser det som deres opgave at samle op på misforståelser hos borgeren i forhold til medicin. De oplever, at en misforståelse hos borgeren kan føre til, at borgeren tager den forkerte medicin eller undlader at tage sin medicin. Sygeplejersker ser, at de kan hjælpe med at klæde borgeren på til at gå i dialog med lægen og til at få medicinlisten gennemgået. Ligeledes kan sygeplejersken på sundhedscentret skabe nysgerrighed hos borgerne omkring deres medicin, så de bliver bedre til at forstå den og kan stille kvalificerede spørgsmål til lægen eller på apoteket. Sygeplejersker oplever, at, sammenlignet med lægen, har sygeplejersken en anden indgangsvinkel til borgeren og vil spørge mere ind til, hvad der betyder noget for borgeren. Sygeplejersker på sundhedscentre kan også opdage nogle ting, som lægen ikke ser, fordi de er sammen med borgeren på en anden måde. Sygeplejersker peger på, at selvom det ikke er sygeplejerskens opgave at stille diagnoser, skal de stadig forholde sig nysgerrige og hjælpe borgeren på vej.

Medarbejdere på sundhedscentre peger på, at de kan opfordre borgerne til at få en gennemgang af deres medicin på apoteket, hvor de blandt andet kan finde ud af, om der er noget af deres medicin, der ikke fungerer sammen, og som dermed kan være skyld i eventuelle bivirkninger. De opfordrer borgere, der er nysgerrige på deres medicin, til at kontakte apoteket, som besidder en stor viden om medicin. Medarbejdere på sundhedscentre oplever, at, sammenlignet med personale på apoteket, har lægen ikke nødvendigvis en lige så nuanceret viden om den forskellige medicin, og der kan være stor forskel fra læge til læge på, hvor deres fokus ligger.

### 5.5.8 Ønske om samarbejde mellem sundhedscentre og andre

Medarbejdere på sundhedscentre peger på, at et samarbejde med andre spillere i sundhedsvæsenet kan være givende, da det giver mulighed for at supplere hinandens kompetencer og hjælpe hinanden. Et bedre samarbejde mellem sygeplejersker på sundhedscentre, den praktiserende læge, hospitalet og andre specialiserede læger kunne være hensigtsmæssigt. Medarbejdere på sundhedscentre peger på, at gennem et samarbejde undgår man at blive for ensporet, og der kan skabes en bedre forståelse af hinandens verdener og fagligheder, samtidig med, at der kan komme flere vinkler på borgeren og behandlingen.

*"Det er virkelig ikke deres skyld, jeg synes – jeg synes virkelig, det er os, der skal prøve lige at åbne lidt op, nu har vi været her i fem [år], og nu kan vi ikke kalde os nystartede længere, så vi skal til at åbne mere op for apoteket, det tror jeg, fordi at som sagt, jeg har aldrig hørt, de har afvist og sådan. Der er sikkert også de her temaeftermiddage og sådan noget. Jeg kunne godt se, at vi, altså om det så er sygeplejerskerne på et eller andet niveau og hele huset på et andet niveau, men at vi får besøg af farmaceuter, farmakonomer en gang imellem, det er sådan en opdatering af både det der med sådan, hold lige øje med os, altså fordi det er der jo også i, at de en gang imellem kommer i huset, men også at vi lige bliver sådan lidt opdateret på nogle generelle ting."*

*(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 4)*

Sygeplejersker på sundhedscentre ser også fordele i at samarbejde mere med apoteket. De peger på, at fordelene er, at apotekspersonalet er mere opdateret i forhold til viden om medicin, som medarbejderne på sundhedscentret kan bruge.

*"Så var jeg sådan lige med apoteket, jeg tænkte, det kunne faktisk være nogle rigtig fine ting der, bare vi bliver så meget klædt på som muligt, så vi bedre kan hjælpe, men det er også vigtigt, vi ikke hele tiden tror, vi skal det samme som apotek, vi skal supplere hinanden, og hvad er det egentlig for nogle snitflader, jeg skal være god til, så jeg kan hjælpe videre."*

*(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 6)*

På nuværende tidspunkt er samarbejdet med apoteket nogle steder begrænset og består primært af undervisning i inhalationsteknik fra en farmaceut eller farmakonom under træningsforløb for borgere med KOL. Sundhedscentre i nogle kommuner samarbejder med apoteket på projekter eller i forbindelse med rygestopforløb.

#### 5.5.9 Rådgivning af børnefamilier skal helst ske her og nu

Sundhedsplejersker rådgiver forældre om fx D-vitamin, mælkesyre bakterier, midler mod forstoppelse, svamp, trøske, salver og cremer. Sundhedsplejersker oplever, at forældre vil have svar på deres problem her og nu og derfor googler eller går i facebookgrupper.

Sundhedsplejersker oplever, at disse steder ikke altid giver valide svar, og at sundhedsplejersker skal kæmpe imod disse svar i deres rådgivning. Et ønske fra sundhedsplejersker er, at der skal være nogle rådgivningsfunktioner, som er døgndækket, fx ved robot med de mest hyppige spørgsmål og svar omkring medicin.

#### **5.6 Rette kompetence til rette opgave**

Nogle kommunale chefer og medarbejdere på sundheds- og socialområdet udtrykker usikkerhed i forhold til, om medarbejderne har de rette kompetencer til medicinopgaverne, og der er en bekymring for borgersikkerheden i forbindelse med medicinbehandling. Før i tiden var det læger og sygeplejersker, der tog sig af medicinen, nu er det også pædagoger og vikarer, som nogle gange er ufaglærte, som kan stå for at give medicinen, uden at vide, hvad de har med at gøre.

Chefer på sundheds- og socialområdet vurderer, at det kræver løbende vedligeholdelse af kompetenceniveauet blandt medarbejderne, hvis opgaver om medicin skal løses sikkert. Cheferne

vurderer også, at det er svært at vedligeholde dette kompetenceniveau. Både chefer og medarbejdere peger på, at der er mange præparater for medarbejderne at forholde sig til og have viden om. Hertil kommer, at der ofte kommer ny viden på medicinområdet, i form af nye præparater og præparater, der skifter navn. Mange medarbejdere skal kunne mere og mere om medicin, og faglig sparring koster tid. Der er en bekymring for, at medarbejderne løfter for stort et ansvar på deres skuldre – illustreret ved følgende citat:

*"Vi har mange gode medarbejdere, dygtige medarbejdere, men vi har altså også en situation, hvor nogle medarbejdere, de har svært ved at honorere det her felt, ik'? ... Så det taler faktisk også ind i det med, er det i virkeligheden dem, var det en medarbejdergruppe, der arbejder med medicin sådan i kommunerne i dag, det kunne man godt sætte spørgsmålstegn ved."*

*(Chef fra sundhedsområdet, interview 9)*

Medarbejdere på sundheds- og socialområdet peger på, at man som medarbejder ikke behøver at vide mere om medicin, end hvad der er relevant i forhold til den funktion, man har – også selvom man måske synes, at områder, som varetages af andre faggrupper, er spændende. Som medarbejder skal man ikke tilegne sig al den viden, andre medarbejdere har, men til gengæld vide, hvilken viden de har, så man har mulighed for at spørge.

*"Men det skal ikke handle om det, der er spændende, det skal være om det, der er relevant, så jeg skal vide, hvad der er relevant for mig for at kunne levere min opgave lidt bedre, og jeg skal ikke vide, hvordan en krop fungerer. Men for eksempel symptomer på sukkersyge, ik'? Hvad skal man være opmærksom på, og det er ikke min opgave at måle det, men jeg skal have sådan lidt mere basal viden om, hvad der kan ske, hvordan føles det, hvis folk får en blodprop i benet, hvad er det for en type smerte, jeg skal være opmærksom på. Altså at jeg ved, om jeg skal ringe til 1813 eller en sygeplejerske, altså nu har jeg for eksempel lært, at hvis en kvinde i en vis alder har diffuse smerter her og her, så er det 112".*

*(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 7)*

#### 5.6.1 Nogle chefer og medarbejdere på sundhedsområdet er bekymrede for medicinkompetencerne, andre er ikke

Nogle chefer peger på, at der på sundhedsområdet med tiden er slækket på kravene i forhold til, hvem der varetager medicinhåndtering. De giver udtryk for, at det er bekymrende, at ufaglærte giver medicin fx på plejehjem. Social- og sundhedsassistenter varetager de stabile borgeres medicinering, men der er en bekymring om, hvorvidt de har kompetencerne til at gøre det, eller om de skal understøttes noget mere. Hertil kommer, at det er svært at rekruttere sygeplejersker og assistenter, og borgerne får meget medicin og er mere komplekse, så medicin kræver tid. Kommunerne har et ønske om at bruge en større del af sygeplejefagligheden til sygeplejeopgaver fremfor medicinopgaver.

*"Jeg kan være bekymret for de der krydseffekter, og at det er vores medarbejdere, der står med ansvaret, for at sige det lige ud. Det kunne være min primære bekymring omkring medicin. Det er vores social- og sundhedsassistenter, der et langt stykke hen ad vejen, og selvfølgelig også sygeplejersker, står med hele ansvaret."*

*(Chef fra sundhedsområdet, interview 9)*

Medarbejdere på sundhedsområdet peger på, at selvom social- og sundhedsassistenter i et vist omfang er uddannet i medicinering og er dygtige inden for deres felt, så er det uden for deres kompetenceområde, og det bliver for komplekst for dem, når der er tale om borgere med polyfarmaci. Det opleves af medarbejderne, at nyuddannede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ofte er usikre på, om de gør det rigtige, når de håndterer medicin.

*"Medicineringen er mere tidskrævende, også at få lavet dosispakning. Jeg havde en assistent i sidste uge, der var ude til to timers doseringsbesøg, fordi at der var så meget medicin. Altså så begynder man at tale om, at det måske er en overflod både af medikamenter, og opgaven er simpelthen for stor i forhold til den baggrund, de har med sig. Altså, det er jo ikke en sygeplejerske, der sidder og doserer den her medicin".*

*(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 14)*

Sygeplejersker på sundhedsområdet udtrykker en bekymring over, om social- og sundhedshjælpere og ufaglærte har de fornødne kompetencer til at give medicin og danne sig et overblik over medicinen. På grund af personalemangel skal social- og sundhedshjælpere og ufaglærte varetage en del af medicingivningen, på trods af at de ikke har taget et medicinkursus. Der savnes et fokus på at få ansat mere sundhedsfagligt personale.

Det hænder også, at sygeplejersker dispenserer medicin uden at vide præcis, hvordan præparaterne interagerer med hinanden. Social- og sundhedshjælpere ved ikke nødvendigvis, at der er noget medicin, der først skal tages ud af pakningen umiddelbart inden det skal bruges, og dette kan være en kilde til fejl. Der er også sket fejl i forbindelse med tyggetabletter, der har ligget i en æske med en masse andet medicin, hvor medarbejderen ikke har været opmærksom på, at det var en tyggetablet, og at borgeren derfor har slugt den i stedet.

Medarbejdere peger på, at det er gavnligt at ansætte en sygeplejerske, der har som funktion at øge social- og sundhedshjælpere og -assistenteres medicinkompetencer i hjemmeplejen. Sygeplejersken kunne blandt andet oplære i at give medicin. Blandt fast personale og afløsere er der forskel på uddannelsesniveau, da nogle har en uddannelse som social- og sundhedshjælper eller er under uddannelse på området, mens andre er ikke-uddannede. Mange steder er der en forventning om, at social- og sundhedshjælpere og afløsere kan varetage det, der hører under basal pleje, hvor der også kan være medicin. Der bliver typisk taget en dialog med den enkelte hjælper om, hvad deres kendskab til medicin er, så det kan afgøres, om de skal oplæres, eller om de allerede har den fornødne viden. Og så vurderes det af medarbejderne, at instruktionen af medicinopgaven, fx på kørelister til social- og sundhedshjælpere og afløsere, skal være præcis, så misforståelser undgås – disse medarbejdere skal ikke håndtere rod i medicinlisten ved overgange. Det opleves af medarbejdere i nogle kommuner, at der er langt mellem sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere, hvor hjælperne kan være overladt til sig selv.

I nogle kommuner er kommunale chefer på sundhedsområdet rolige omkring, at deres medarbejdere har de rette kompetencer. For opgaven om medicin handler egentlig om at distribuere medicin, som en læge har foreskrevet. Da der ikke er sket alvorlige medicinfejl i længere tid, er der ikke nogen grund til bekymring, og der er sikkerhed omkring, at medicin håndteres ordentligt og sikkert i organisationen.

### 5.6.2 Medarbejdere på kommunale sundhedscentre kan ikke holde sig ajour på alt på medicinområdet

Chefer på sundhedsområdet fortæller, at sundhedsfaglige medarbejdere på sundhedscentre (fx sygeplejersker, diætister og fysioterapeuter) kan rådgive om medicin til en vis grad på deres undervisningstilbud. Budskabet fra ledelsen her er, at der er en stor udvikling på medicinområdet hele tiden, og det er ikke tanken, at medarbejderne her skal holde sig ajour på alt. De kan vejlede ud fra deres generelle kendskab og henvise borgeren til apotek eller læge, hvis de er i tvivl, og hvis de opdager complianceproblemer hos borgeren. Medarbejderne på sundhedscentre giver udtryk overfor ledelsen for, at de har ærefrygt overfor medicinområdet, hvilket gør ledelsen tryk. Det betyder for cheferne, at medarbejderne ikke rådgiver om medicin, hvis de er i tvivl – illustreret ved følgende citat:

*"Nogle borgere får psykofarmaka, og der ved vi jo, at der er noget af det, der har betydning i forhold til overvægt, men det er ikke noget, vi går ind i sådan kompetencemæssigt. Vi ved, der er nogle komplikationer, men typisk når der er noget, der bøvler rigtig meget for borgeren, så vil vi bede borgeren om at gå til egen læge eller på apoteket, fordi det er så kompliceret et område, at det er umuligt for os at holde os ajour, og det skal vi ikke kunne, det er ikke vores opgave at gøre det. Men vi får jo rigtig mange spørgsmål fra borgerne, som selvfølgelig spørger os, når de vil have fat i en sundhedsfaglig person, så det handler egentlig rigtig meget om at prøve at sige, jamen hvor er det, vi skal gå ind, og hvor er det, vi skal være kompetente, hvor er det, vi ikke skal være kompetente, men hvor andre er kompetente på området og skubbe opgaven de rigtige steder hen."*  
(Chef fra sundhedsområdet, interview 22).

Nogle medarbejdere på kommunernes sundhedscentre er bekymrede for, at de ikke er godt nok klædt på med viden om medicin, og særligt nyt på medicinområdet, i deres dialoger med borgere. Ligeledes kan der være en tvivl om, hvordan deres viden kan opretholdes. Nogle af medarbejderne har gjort sig tanker om, hvorvidt det kunne give mening at få en læge ud at undervise personalet, eller om et medicinalfirma eventuelt kunne undervise og fortælle om deres præparater. Medarbejdere på sundhedscentre fortæller, at i tvivlstilfælde eller i tilfælde af fejl og misforståelser omkring medicinen hos borgeren, kontakter sundhedscenteret borgerens praktiserende læge, eller i nogle tilfælde hospitalet, for at få vejledning.

### 5.6.3 Når pædagoger varetager medicinopgaver på botilbud

Det opleves af chefer på socialområdet, at lægerne har en manglende erkendelse af, at medicin på botilbud håndteres af pædagogisk personale, og at der ikke nødvendigvis er sundhedsfagligt personale til medicinopgaver på alle botilbud. Hertil kommer, at der er mangel på læger og psykiatere, der specialiserer sig inden for dette felt.

Nogle chefer peger på, at pædagogernes hovedopgave på botilbud er det pædagogiske arbejde med borgeren. Pædagogerne håndterer også medicin, men det anses af nogle af dem som en biopgave, som tages seriøst, men ikke har deres fulde fokus. Det udfordrer ledelsen på botilbud, at

medarbejderne har et andet fokus i deres arbejde end det sundhedsfaglige og dermed skal motiveres for at bruge ressourcer på noget, de ikke synes er spændende, eller er en del af deres kerneopgave. Det anses for en ledelsesopgave at motivere medarbejdere i forhold til at arbejde kvalitetsbevidst med medicin, og det overvejes, om medarbejderne har de rette kompetencer til medicinopgaven – illustreret ved følgende citat:

*"Altså har vi de rette kompetencer til at kunne gøre de observationer, der skal til? Vi har på alle borgere, på det, der er registreret som behandlingssteder, så skal vi jo følge de der 12 sygeplejefaglige områder og løbende gøre status på dem. Er vi i stærk nok grad i stand til at gøre det? Jeg tænker, vi er godt på vej, men jeg kan godt være usikker på, om vi er godt nok på vej, der er i hvert fald, sådan som jeg hører det, et stykke vej at gå, og det er det her med at tænke en sundhedsfaglig optik ind i sin praksis i tilbud, som historisk set har været pædagogtunge og pædagogfagligt båret."  
(Chef fra socialområdet, interview 25)*

I nogle kommuner er det en forsvindende lille del af personalet på botilbud, der er sundhedsfagligt uddannet. Det opleves af cheferne på socialområdet, at de sundhedsfagligt uddannede medarbejdere har nemmere ved medicinrelaterede opgaver, da det ligger i deres uddannelse. Pædagogerne kan have blinde vinkler i den forbindelse og mangler medicinforståelse.

Når pædagogerne giver medicin på institutioner med borgere med fx handicap, skal de instrueres i, hvilke bivirkninger, de skal se efter, ellers har de svært ved at observere borgerne. De kan heller ikke gennemskue, hvad der sker, hvis der doseres forkert. For stort ansvar hviler på personalet, som nok skal observere borgerne, men de kan ikke tage ansvaret for forkerte ordinationer, kontraindikationer og interaktioner – det ser cheferne på socialområdet som lægens ansvar.

En del af de medicinansvarlige medarbejdere på botilbud er socialpædagogisk uddannet, hvilket de oplever kan være problematisk, fordi der kan mangle struktur omkring medicinen og håndteringen, hvilket fører til fejl, der skal rettes op på, og medicin, der skal efterdoseres. Der er også fejl i form af manglende CPR-nummer og navn på doseringsæsker. Fejlene kan skyldes, at det pædagogiske personale ikke er uddannet i patientsikkerhed og retningslinjer omkring medicin, på trods af, at de får en god oplæring af det sundhedsfaglige personale på botilbuddet.

*"Og det roder lidt. Det roder lidt, det der med, at de skal tage noget mere ansvar ind i det, altså. Og de kan faktisk blive draget til ansvar for det. De skal faktisk sætte deres navn på, at når de henter ned fra FMK, så er det rigtigt at ... Når de giver pn-medicin, så skal de skrive, hvorfor de gør det og så videre. Det er der nogen, der står lidt af på, og nogen, der bare gør, som de plejer, og nogen, der ikke får talt medicinen, eller får ... altså. Det er generelt, det der med at tage det rigtige ansvar for den opgave, man står med, det synes jeg er det allerstørste problem. At det pædagogiske personale ikke ved, at det potentielt kan være farligt, det, de står med i hænderne. Og det er bare nogle små piller. Ja."  
(Medarbejder fra socialområdet, interview 15)*

Medarbejdere oplever, at pædagoger kan mangle forståelse for vigtigheden af at dokumentere givet pn-medicin, og de kan i det hele taget mangle en ansvarsfølelse omkring medicinen samt en

bevidsthed om, at det kan være farligt, og at det derfor er vigtigt, at de dokumenterer, hvorfor de giver medicinen. Det sundhedsfaglige personale ønsker en større respekt fra pædagogerne omkring medicin håndteringen, at de har en bevidsthed om, at det skal håndteres professionelt, og ikke som man ville gøre derhjemme – illustreret med følgende eksempel:

*"Vi har en borger, der får piller ovre i sit dagtilbud klokken 12. De ligger i en anden æske, som han får med derover, ik? Så får han Corona, så skal han være hjemme, så henter de jo den æske hjem, ja, så er der en, der tager den med hjem tirsdag, så lige pludselig, så er den væk. Så dem, der er på arbejde, som er pædagoger, de tager bare fra lørdag-søndag klokken 12 og lægger over i torsdag-fredag klokken 12 og håber på, at der er nogen, der opdager det, og så kan nå at gå ned og dosere dem, sådan så de lige pludselig ikke mangler."*

*(Medarbejder fra socialområdet, interview 17)*

Det ligger som en integreret del af pædagogernes faglighed at styrke borgerne til at træffe selvstændige valg i forhold til den medicin, de får, og forholde sig aktivt og kritisk til den. Den del af fagligheden er også vigtig at kompetenceudvikle videre på.

Det vurderes af medarbejdere på botilbud, at det vil være gavnligt, at alle faggrupper, som ikke er sundhedsfaglige, oplæres i medicinens virkning og bivirkninger, fx i forbindelse med observation af borgere, da de ikke er klædt på til sundhedsfaglige opgaver, som der er mange af. Der peges på, at det er vigtigt, at medarbejdere på botilbud har et helhedsperspektiv på borgerne og ikke fx kun det pædagogiske. Et eksempel, der gives på det, er, at hvis borgeren er syg eller har det dårligt, så kan han/hun ikke lære noget, som er en del af det pædagogiske arbejde.

Der arbejdes i flere kommuner på at kompetenceløfte pædagogiske medarbejdere omkring medicin håndtering, men trods kompetenceløft oplever cheferne, at medarbejderne fortsat føler, at de er på udebane.

*"Så på den formelle del er jeg slet ikke i tvivl om, at, at hvis man kan det, som man er blevet undervist i, så er det tilstrækkeligt til, at vi har en ansvarlig for medicin håndtering. Men den anden, den del, jeg svarede på før, var nok i højere grad der her med, at man kan sidde som medarbejder og have en følelse af at være kompetent i forhold til det, ikke? Altså, og jeg tror, vi alle sammen kender det her med at have en faglig hjemmebane, hvor ting giver en indvendig mening, når man agerer i forhold til det, og så det at have en faglig udebane, hvor man tænker, jamen jeg kan jo godt, jeg kan da godt flytte dem fra A til B, men jeg ved ikke helt, hvorfor jeg gør det, og hvad mon der sker med C, når jeg gør det? Altså det er den der pointe, som jeg synes, jeg hører medarbejdere give udtryk for"*

*(Chef fra socialområdet, interview 11)*

På et interviewet botilbud med sundhedsfagligt personale skal alle medarbejdere oplæres til at håndtere medicin. Sygeplejersken varetager undervisning af pædagogisk og ufaglært personale samt social- og sundhedsassistenter om medicin. Både vikarer og fastansatte undervises. Udover undervisning følger sygeplejersken også personalet, når de prøver det, de har lært, i praksis; de får sparring og feedback, og sygeplejersken laver kontroller af det, der laves.



På et interviewet botilbud uden sundhedsfagligt personale får alle medarbejdere en introduktion til det praktiske omkring medicin på botilbuddet, fx hvor medicinen står, procedurer for bestilling af medicin, medicinsystemet, kontaktpersoner i forskellige situationer, hvornår og hvordan der skal rapporteres utilsigtede hændelser. Denne introduktion laves af den medicinansvarlige pædagog. Der introduceres ikke til fx medicins virkning, bivirkninger eller praktisk brug. Den medicinansvarlige pædagog har fået et femdages kursus, og der er et ønske om at mødes med andre medicinansvarlige pædagoger og drøfte problematikker om medicin for at skabe læring, fordi det opleves, at der skal mere end et kursus for den medicinansvarlige til at håndtere medicin sikkert på et botilbud. Det opleves som sårbart, at der kun er én medicinansvarlig, der har viden om medicin og har fået et kursus, for denne person vil gerne støtte sine kolleger i medicinhåndtering, men er ikke på arbejde hele tiden. På andre botilbud, hvor der ikke sundhedsfagligt personale, klarer pædagogerne medicinopgaverne med vejledning fra fx sundhedsfaglige personer ansat centralt i kommunen og palliativt team, som laver handleplaner, instruerer i brug af sonder m.m.

På socialområdet har cheferne en erkendelse af, at det kræver en kombination af det socialpædagogiske og det sundhedsfaglige at tage vare på disse borgere – at arbejde tværfagligt. Kommunale chefer oplever, at det giver et kvalitetsløft på medicinområdet at have sundhedsfagligt personale ansat på botilbud. Der arbejdes med at koble det socialpædagogiske og det sundhedsfaglige sammen for at matche behovet på botilbuddene. Det sundhedsfaglige personale underviser det pædagogiske personale i medicinhåndtering og retningslinjer. Her er der en kultur, hvor faglige diskussioner om, hvad der er vigtigst at prioritere for borgeren, udfolder sig, hvilket er sundt. Det er der gode erfaringer med, og på den måde kan komplekse problemstillinger hos borgere håndteres rigtigt. De to fagligheder bør spille sammen helt ned på borgerniveau, fx når borgeren observeres for symptomer og virkning eller bivirkninger af medicin. Andre steder er det sådan, at det kun er det sundhedsfaglige personale, der varetager medicinopgaver. Hvilken af de to modeller, der vælges, afhænger, udover mulighed for rekruttering og normering, af, hvilken borgergruppe, der er tale om. Der er borgergrupper, hvor det er vigtigt for borgeren, at det er kontaktpersonen, der giver medicinen – og i flere tilfælde er det en pædagog.

Nogle kommuner vil gerne have flere social- og sundhedsassistenter ansat på botilbud i det omfang, de kan rekrutteres. Når der er ledige stillinger på botilbuddene, ansætter de typisk social- og sundhedsassistenter, hvis det er muligt. Der er dog en bekymring for, at botilbuddene er ved at udvikle sig til små sygehuse – det bør være sådan, at det socialfaglige er omdrejningspunktet og det sundhedsfaglige skal supplere. De sundhedsfaglige medarbejdere peger på, at pædagogerne ikke må glemme deres pædagogiske afsæt, men at de skal kombinere det med noget sundhedsfagligt. De oplever, at de er nået langt i løbet af de sidste fire år, og at pædagogerne er blevet mere åbne for, at der ansættes sundhedsfagligt personale.

*"Rigtig mange af vores borgere kan vi slet ikke give medicin, hvis ikke det pædagogisk personale har den faglighed. Det er slet ikke, fordi jeg ikke tænker, at deres faglighed er supervigtig i denne sammenhæng heller. Det er, fordi jeg tænker, at man måske mangler respekten for den her del af arbejdet [sikker medicinhåndtering og dokumentation]. Ja."*  
(Medarbejder fra socialområdet, interview 15)

De sundhedsfaglige medarbejdere på botilbud kan have en oplevelse af at stå alene med det sundhedsfaglige fokus, og at de ikke bliver mødt af pædagogerne. De føler sig ikke altid hørt, når de har gode råd til borgernes medicin. Blandt andet af denne grund ønsker sundhedsfaglige medarbejdere på botilbud, at der bliver ansat flere sundhedsfaglige medarbejdere. Dette ville i

øvrigt aflaste dem og gøre, at de kunne fokusere på andre opgaver end at skulle besvare alle medicinske spørgsmål.

Chefer og medarbejdere peger på en ide om at oprette et team, der står for det sundhedsfaglige arbejde på alle botilbud i en kommune. Det vil både højne kvaliteten og mindske omkostningerne.

#### 5.6.4 Når pædagoger og lærere varetager medicinopgaver på skoler og daginstitutioner

Chefer på børne- og skoleområdet peger på, at ledelsen har ansvaret for at klæde medarbejdere på skoler og dagtilbud på til medicinopgaven. Det gøres ved at trække på forældre, sundhedsplejersker og patientforeninger. Cheferne peger på, at det er en ledelsesopgave at sørge for, at personale på botilbud/skole/dagtilbud bliver klædt på til medicinopgaven. Når ledelsen har sikret, at personalet har fået et kompetenceløft i forhold til medicin, kan ledelsen forvente, at medarbejderen løser denne opgave – uanset om vedkommende synes, at det er deres kerneopgave eller ej – illustreret ved følgende citat:

*"Jeg siger, de her børn, vi har ansvaret for, de skal være her. Har de brug for, at vi gør noget som voksne, så skal vi gøre det, og hvis vi så har nogle voksne, der ikke er villige til at gå så langt eller gøre det for børnene, så de kan være i de fællesskaber, så finder vi bare nogle andre voksne."*

*(Chef fra børne- og skoleområdet, interview 12)*

Nogle steder er der modstand fra lærere og pædagoger imod at løse medicinopgaven. Det anses som for stort et ansvar, hvilket bunder i usikkerhed og frygt for at gøre noget forkert. Hertil kommer, at et dårligt forældresamarbejde kan give modstand fra medarbejderne.

På specialskoler kan det være grænseoverskridende for lærere og pædagoger at skulle give et barn med epilepsianfald medicin. For nogle hjælper det, at de har prøvet det før, men nogle steder ønsker lærere og pædagogerne ikke at give denne medicin pga. usikkerhed.

På almene skoler er det svært at have et barn med diabetes, specielt i tiden efter diagnosticering og indtil barnets diabetes er velreguleret. Lærere og pædagoger frygter, at barnet får insulinchok, og er usikre på, hvordan de bør reagere. Samtidig har cheferne på området svært ved at se, hvem der ellers skulle hjælpe børnene med medicin – illustreret ved følgende citat:

*"Der har været sådan en del fokus på det, også fra lærerforeningens side i forhold til, jamen, er det en læreropgave at sørge for, at børn de får medicin, og man kan sagtens se det fra begge sider, ik'? Og sige nej, det er det jo egentlig ikke, fordi vi som lærere er jo ikke uddannet til at udlevere medicin. Vi ved sådan set heller ikke rigtig, hvad det er, vi udleverer, men på den anden side, så er de børn jo i vores varetægt, og hvis ikke vi skulle gøre det, hvem skulle så?"*

*(Chef fra børne- og skoleområdet, interview 18)*

Chefer på børne- og skoleområdet vurderer, at der kan være større sikkerhed i håndteringen af medicin på store enheder i forhold til små. Medarbejdere, der ikke håndterer medicin dagligt, kan være mere usikre i forhold til at løse opgaven. På fx små skoler vil medicinopgaver ikke være omfangsrige nok til, at enheden skal have en sundhedsfaglig person ansat. Lærere og pædagoger

på små skoler kan være utrygge og udtrykke modstand imod at fx give eleven insulin. Samtidig vurderer cheferne ikke, at lærere og pædagoger på skoler skal på medicinkursus, men at der ageres, når behovet opstår, fx ved sparring med Diabetesforeningen. Problemet løses pragmatisk ved at samarbejde med forældrene om det.

Sundhedsplejersken bruges typisk til at vejlede skoler og daginstitutioner i forhold til:

- Hvilke medicinopgaver de må tage imod, og hvilke medicinopgaver de ikke skal varetage
- Hvordan de kan stille krav til forældrene om tydelig instruktion i, hvordan medicinen skal tages og håndteres
- Hvordan opgaven skal løses rigtigt, fx spørgsmål om opbevaring af medicin.

#### 5.6.5 Håndtering af medicin på misbrugscentre

Personalet på misbrugscentre er uddannet til det, de laver, og der er en behandlingsansvarlig læge tilknyttet, som ordinerer og har det behandlingsmæssige ansvar. Chefer på socialområdet vurderer, at personalet har de kompetencer, der er behov for. Borger, læge og misbrugscenter lægger sammen en behandlingsplan alt efter borgerens ønske om grad af samarbejde, og det er et tilbud til borgeren. Planen kan indeholde substitutionsmedicin og/eller kognitiv misbrugsbehandling.

#### 5.6.6 Rette faglighed til rette opgave – kan andre hjælpe med medicinopgaven?

Chefer på alle afdækkede områder i kommunerne peger på, at medicinområdet er komplekst og kræver håndtering og/eller støtte fra en medicinfaglig. Hertil kommer, at der bruges mange ressourcer på at højne kompetencerne på medicinområdet hos de nuværende medarbejdere i kommunen. Nogle chefer peger på, at de ressourcer i stedet skal bruges på at få den rette faglighed til at løse de rette opgaver, og at medicinområdet derfor kræver nytænkning, fordi de ikke er sikre på, at medicinopgaven ligger hos den rigtige faggruppe som det er i dag.

*"Altså at der er i hvert fald nogle [pædagoger], der helst ville være fri. Der er nogle, der tænker 'Jamen, hvorfor ligger den her medicinopgave ikke hos nogle særlige? Hvorfor, hvorfor, hvorfor har vi ikke farmaceuter ansat, som er danmarksmestre i det her eller sygeplejersker for den sags skyld? Hvorfor er det mig, der står her som tømmerlærling?' ... Ah, det var et dårligt eksempel. Men, men forstå mig ret, ikke? Altså en mere målrettet, sådan faglighed i forhold til det."*

*(Chef fra socialområdet, interview 11)*

Cheferne ser, at apoteket har medicinfagligheden, og at apoteket bl.a. kan levere dosisdispenseret medicin til så mange borgere som muligt, da det er borgersikkert og flytter medarbejderressourcerne, så de udnyttes bedre.

Også medarbejdere peger på, at en farmakonom vil kunne støtte medicinopgaverne i kommunen, da de har den rette faglighed – illustreret ved følgende citat:

*"Altså jeg har jo været vant til, at farmakonomerne har gjort det inde på sygehuset. Altså det handler jo om at få dem, der har den højeste mulige faglighed inde på sit område til at løse de opgaver [...] Men der kunne jeg jo, jeg ved ikke helt, hvad løsningen kunne være, men hvis man nu havde, lad os sige nogle farmakonomer, der kommer ud og havde ansvar for medicinområdet, som tog ud og fik hentet og fik lavet – altså var ude og fik tjekket op på de her ting, der havde en interaktion med borgeren på deres medicinniveau og fik sørget for, tingene var i orden".*

*(Medarbejder fra sundhedsområdet, interview 14)*

Medarbejdere peger på, at de udkørende teams i kommunerne på nuværende tidspunkt fungerer som et bindeled mellem apotek, læge og borgerne, hvilket ikke er optimalt. I stedet kunne man have en udkørende farmakonom fra apoteket, der doserede hos borgerne. På den måde ville der være en større sikkerhed for, at borgeren fik den rigtige medicin, kvaliteten ville dermed stige, og der ville blive frigivet ressourcer hos sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Alternativt, for at højne kvaliteten, kunne farmakonomer eller farmaceuter undervise og kompetenceudvikle personale, der varetager medicinopgaven.

## Kapitel 6 – Resultater, der beskriver ideer til apoteksfarmakonomleverede indsatser, som styrker medicinsikkerheden

På workshoppen med interessenter fra kommuner, apoteker, Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening blev resultaterne fra interviews præsenteret, og interessenterne kom med følgende ideer (se figur) til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til styrket medicinsikkerhed i kommunerne:



Figur 1 Ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til medicinsikkerheden i kommunerne

- **Lej en apoteksfarmakonom – målrettede pakker med flere indsatser** målrettet botilbud/rehabilitering/børn og unge, hvor apoteket via forskellige målrettede indsatser styrker personalets evne til at håndtere medicin ved at sikre rammer og øgede kompetencer for medicinhandling blandt personalet.
- **Vedvarende undervisning om medicin til plejepersonale og pædagogisk personale** i form af undervisning, audit, sparring, on-the-spot hotline om lægemiddelformer, virkning og bivirkninger af medicin og medicinhandling.
- **Årlig undervisning om medicin og relaterede emner af lærere og elever på skoler** som en forebyggende indsats på skoleområdet. Det kan være i form af en fast konsulent fra apoteket på besøg på skolerne hvert år. Indsatsen er målrettet lærere og elever og omfatter

emner som medicin håndtering, prævention, smertestillende, kroniske sygdomme (astma og diabetes), rygning og eksamensangst.

- **Mobile indsatser til borgere (medicinsamtaler og Tjek på Inhalation)** – regelmæssige tilbud til borgere, hvor apoteket kommer ud til fx bosteder og sundhedscentre.
- **Medicin håndteringsindsats** til bosteder, plejehjem, hjemmepleje og familiecentre, hvor apoteket står for medicin håndteringen, herunder medicindispensering, regelmæssig medicin afstemning, tjek af, om der er gyldige recepter, faglig sparring med personalet m.m.
- **Medicingennemgang og seponering** af medicin målrettet borgere i de forskellige kommunale tilbud.
- **Indsats, der sikrer kommunen information om restordre, tilskud m.m.**, hvor apoteket giver status til plejepersonale.
- **Udskrivningsindsats** – systematik omkring medicinbestilling og -afhentning i udskrivelsesproceduren, hvor der tages stilling til borgerens medicin med støtte fra en udskrivelseskoordinator, som sikrer, at patienten, pårørende og/eller personale har en forståelse for, hvilken medicin patienten skal tage og hvordan.
- **Medicin afstemning**, vurdering af medicin, viden om medicin og samtale om compliance til udskrevne patienter og borgere, der nyligt er flyttet til akutpladser og hjemsendt fra akutpladser.
- **Faglig sparring om medicin og kontaktpersonordning**, så der er en fast kontaktperson på apoteket, som er tilknyttet botilbud, og som kan kontaktes om medicin.
- **Hjemmeservice, hvor der ryddes op i borgerens medicinskab** – også et tilbud til nye borgere i hjemmeplejen.

Ideerne vil blive yderligere kvalificeret af Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening, der også afgør, om én eller flere af disse ideer skal afprøves i et fremtidigt projekt.

Flere kommunale chefer delte erfaringer med eksisterende samarbejde med lokale apoteker, samt erfaringer med at have farmakonomer eller farmaceuter ansat i kommunerne, og hvilke strukturelle barrierer, det kan give. Disse kan læses i bilag 1.

## Kapitel 7 – Diskussion

### 7.1 Diskussion af resultater, der omhandler udfordringer på medicinområdet

Projektet afdækker en række udfordringer på medicinområdet i kommunerne. Kommunerne varetager behandling for flere plejkrævende og komplekse borgere. Desuden bliver borgere udskrevet fra hospital til kommunal varetagelse tidligere end for nogle år siden. Hertil kommer, at der er mangel på sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne, og at det er svært at rekruttere dem.

Kommunerne er motiverede for at arbejde med kvalitet og sikkerhed på medicinområdet, og de kommunale chefer ønsker bl.a. at etablere bedre rammer omkring medicinopgaverne og at tænke ressourcer anderledes vedrørende løsningen af dem.

Der er udfordringer i mange trin i medicineringsprocessen, og kommunale chefer og medarbejdere oplever udfordringer i forbindelse med bestilling, opbevaring samt dispensering og administration af medicin til borgere.

Hertil kommer, at der er konkrete udfordringer i forbindelse med:

- Efterlevelse af mange og forskellige procedurer og retningslinjer for medicin
- Observation af voksne borgere og børn for medicinens virkning og bivirkninger
- Medicin i overgange.

Det ses også, at medicin fylder i varierende grad i det forebyggende arbejde – mere konkret på sundhedscentrene og i sundhedsplejen.

Sidst, men ikke mindst, er nogle kommunale chefer og medarbejdere bekymrede for, om de medarbejdere, der løser medicinrelaterede opgaver i kommunerne, har de rette kompetencer til at gøre det.

Resultaterne af afdækningen stemmer fint overens med erfaringsopsamlinger foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed fra tilsyn på plejeområdet (i rapporten kaldt sundhedsområdet) og tilsyn på bostedsområdet (i rapporten kaldt socialområdet) (17, 18). Både erfaringsopsamlingen på plejeområdet og på bostedsområdet peger på, at der er brug for mere fokus på medicinbehandling, da to tredjedele af de hændelser, der rapporteres til Styrelsen for Patientsikkerhed på det kommunale område, handler om medicin (17, 18).

I erfaringsopsamlingen på plejeområdet beskrives følgende elementer og fokuspunkter vedrørende medicinbehandling:

- Manglende observation af forværring af borgerens helbredsmæssige tilstand og reaktion herpå
- Komplekse behandlinger med flere forskellige slags medicin
- Mange forskellige medarbejdere, der er involveret i medicinbehandling, og manglende eller utilstrækkelig videndeling og overlevering af information om borgerens behandling og tilstand
- Komplexiteten i medicinopgaven efter borgerens udskrivelse fra sygehus
- De mange forskellige arbejdsgange omkring medicin
- Overgangen fra kommunal hjemmesygepleje til kommunal hjemmepleje og manglende adgang til relevante oplysninger
- Risikosituationslægemidler og kompetencerne hos det personale, der kan håndtere disse.

Ovennævnte udfordringer, som Styrelsen for Patientsikkerhed finder ved tilsyn, stemmer fint overens med de opgaver og rammevilkår, som både chefer og medarbejdere i de ti kommuner finder svære og behæftede med udfordringer. Det giver derfor mening at sætte ind med kvalitetsløftende tiltag omkring netop disse opgaver og at finde løsninger til disse rammevilkår.

I erfaringsopsamlingen på bostedsområdet beskrives følgende elementer og fokuspunkter vedrørende medicin håndtering:

- Der er socialpædagogisk fokus, og mange medarbejdere har ikke en sundhedsfaglig baggrund
- Der mangler systemer og sundhedsfaglige kompetencer til at løfte de sundhedsfaglige opgaver patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt
- Sundhedsfaglige kompetencer til fx at kunne observere, om en behandling har haft den ønskede effekt, eller ved forværring af borgerens helbredstilstand
- Der mangler lokale instrukser, fx vedrørende opgave- og ansvarsfordeling mellem medicinansvarlige og andre, der udleverer medicin – eller de lokale instrukser for overordnede er mangelfulde.

Næsten to tredjedel af de bosteder, der fik tilsyn i 2017-2019, havde problemer med at leve op til målepunktet vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation af ordineret medicin og medicinliste, og næsten halvdelen levede ikke op til kravene til medicin håndtering og -opbevaring.

Erfaringsopsamlingen på bostedsområdet konkluderer, at det er tydeligt efter nu flere år med tilsyn, at det ikke kan stå alene, og at der er behov for indsatser på flere niveauer, hvis patientsikkerhed generelt skal løftes på hele bostedsområdet (18).

## **7.2 Diskussion af resultater, der omhandler ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til at styrke medicinsikkerheden i kommunerne**

Arbejdet i workshoppen genererede flere ideer til, hvordan en apoteksfarmakonom vil kunne styrke medicinsikkerheden i kommunerne. Det kunne være som enkelte indsatser eller flere indsatser i en samlet pakke, alt efter kommunens behov. Indsatserne kunne være:

- Vedvarende undervisning om medicin til plejepersonale og pædagogisk personale
- Årlig undervisning om medicin og relaterede emner til lærere og elever på skoler
- Mobile indsatser til borgere (medicinsamtaler og Tjek på Inhalation)
- Medicinhåndteringsindsats
- Medicingennemgang og seponering
- Indsats, der sikrer kommunen information om restordre, tilskud m.m.
- Udskrivningsindsats
- Medicinafstemning
- Faglig sparring om medicin og kontaktpersonordning
- Hjemmeservice, hvor der ryddes op i borgerens medicinskab.

Apotekerne tilbyder i dag flere indsatser, som sikrer medicinsikkerheden hos borgere og på kommunale institutioner. Evidensen bag disse indsatser er bygget på projekter, der er afprøvet med apoteksfarmaceuter og apoteksfarmakonomer, og hovedparten af projekterne har resulteret i indsatser, der kan leveres af apoteksfarmakonomer.

Siden 2004 har apotekerne i samarbejde med Danmarks Apotekerforening og Pharmakon udviklet og afprøvet undervisningsforløb til kommuner med fokus på at løfte kompetencerne hos medarbejdere, der håndterer medicin i deres daglige arbejde, for at opnå forbedret medicinsikkerhed. Undervisningsforløbene tilbydes til sundhedsfagligt, pædagogisk og ufaglært personale på plejecentre, hjemmeplejen og på botilbud (2-5, 10, 19). Disse undervisningsforløb har



bidraget til at sikre patientsikkerhed og medicinsikkerhed for borgerne, og evalueringerne har vist, at personalet får et kompetenceløft i form af ny, relevant viden, der styrker medicinsikkerheden og oplevelsen af øget handlekompetence (6, 12, 20-22).

I samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed har apoteket leveret et undervisningsforløb til personale på botilbud i "I sikre hænder" (23, 24) og i "Sikker medicin til udsatte børn og unge" (22).

Der kører i skrivende stund også et projekt, hvor flere apoteker underviser elever på mellemtrinnet om medicin i forbindelse med Skole-Medicin-Temadag. Projektets formål er at implementere, evaluere og forankre denne indsats. Indsatsen er et velafprøvet koncept, der består af 12 forskellige lege- og læringsaktiviteter, der har til formål at lære elever at omgås medicin mere hensigtsmæssigt. Det kan fx være, hvordan man læser og forstår en indlægsseddel, forståelse af, hvorfor noget medicin findes som tabletter, mens anden medicin kun finder vej ind i kroppen via inhalation eller injektion, hvor lang tid det tager at opløse en brusetablet osv. Der foreligger endnu ingen evalueringer af denne indsats (25).

Apotekerne tilbyder medicinsamtaler til nydiagnosticerede borgere, som inden for de seneste seks måneder har fået ordineret medicin i forbindelse med diagnosticering af en kronisk sygdom. Indsatsen trådte i kraft i januar 2016 (26). Formålet med samtalen er at forebygge udfordringer med manglende medicin efterlevelse med udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer. Samtalen sikrer, at borgeren kommer godt i gang med behandling med medicinen og på sigt opnår den bedste effekt af behandlingen (27, 28). Desuden tilbyder apotekerne medicinsamtaler til borgere med manglende medicin efterlevelse ved kronisk sygdom. Denne medicinsamtale tilbydes til borgere, som har fået ordineret medicin i mindst 12 måneder for en kronisk sygdom, og som har udfordringer med at få taget deres medicin (29). Formålet med denne medicinsamtale er at identificere årsager til og løse problemer med manglende medicin efterlevelse med udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer. Samtalen sikrer, at borgeren får god medicin efterlevelse og på sigt opnår den bedste effekt af lægemiddelbehandlingen (30-34).

Apotekerne kan med sundhedsydelsen Tjek på inhalation (TPI) instruere borgere i praktisk brug af inhalationsdevices og tjekke inhalationsteknik, dvs. både forberedelse af device og inhalation. Gennemgang og opdatering af litteraturen bekræfter, at indsatsen, med kombination af instruktion og demonstration, er en rigtig god metode til at sikre borgerens brug af inhalationsmedicin og optimere effekten af behandlingen (35-39).

Apotekerne tilbyder indsatsen Kvalitetssikring af medicin håndtering, som omfatter en basisydelse, der vurderer kvaliteten i medicin håndtering i forhold til målepunkter fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Basisydelsen kan efter behov følges op af en udvidet ydelse, som består af behovstilpasset konsulentbistand til at udvikle kvaliteten af medicin håndtering. Det kan eksempelvis være undervisning af plejepersonalet i kvalitetssikring af medicin håndtering, gennemgang af enhedens procedurer eller instruktioner til medicin håndtering. Dette har i flere projekter vist sig relevant og brugbart for kommunale plejehjem og botilbud (2-6).

Apotekerne tilbyder tre forskellige former for medicingennemgang: Teknisk medicingennemgang, Apotekets medicingennemgang til plejehjem, botilbud og i hjemmeplejen og Apotekets medicingennemgang til kunder i skranken. Apotekets medicingennemgang til plejehjem, botilbud og i hjemmeplejen kan bidrage til kvalitetsudvikling af lægemiddelbehandling ved at afdække mulige lægemiddelrelaterede problemer samt give forslag til løsning og forebyggelse af dem. Flere undersøgelser viser, at gennemført medicingennemgang og efterfølgende interventioner har effekt på lægemiddelforbruget (40, 41). Der er ligeledes evidens for, at der kan opnås et fald i totale omkostninger til medicinudgifter og ydelser fra primær og sekundær sundhedssektor (41-45). En undersøgelse, der handlede om gennemgang af 57 plejehjemsbeboeres medicin, viste, at 86 % af

borgerne i interventionsgruppen fik foretaget ændringer i medicineringen mod 51 % i kontrolgruppen, samt at det samlede medicinforbrug faldt i interventionsgruppen og steg i kontrolgruppen (41). Således er der også evidens for, at apoteket kan bidrage til seponering af uhensigtsmæssig medicin hos borgerne.

Apotekerne tilbyder allerede indsatsen Ryd op i medicinskabet, som omfatter et gennemsyn af borgerens medicin med fokus på bl.a. udløb, opbevaring og praktisk brug, samt rådgivning om sygdom og lægemiddelbehandling. En undersøgelse, "Brown bag" (35), omfatter udlevering af en pose til borgerne, som fylder den med al den medicin, de har, og tager den med på apoteket til gennemsyn. Resultatet af denne undersøgelse viser bl.a., at der foretages interventioner i 87 % af tilfældene. Interventionerne består hovedsagelig af rådgivning for at forbedre borgerens viden (65 %) og korrektion eller forbedring af borgerens anvendelse af medicinen.

De resterende ideer, der blev genereret på workshoppen; udskrivningsindsats, medicinafstemning og faglig sparring om medicin og kontaktpersonordning, er endnu ikke afprøvet og evalueret på primære apoteker, men farmakonomer ansat på sygehus har vist, at de med deres faglighed kan tilbyde disse ydelser til gavn for patienterne (8). Ideen om en indsats, der sikrer kommunen information om restordre, tilskud m.m. kan sagtens tilbydes af en apoteksfarmakonom, da de besidder denne viden fra deres daglige arbejde på apoteket.

Når man tager ovenstående i betragtning, er det nærliggende at afprøve de genererede ideer i en kontekst, hvor farmakonomer med afsæt i deres apotek og med støtte fra og sparring med farmaceuterne på apoteket, leverer en eller flere indsatser i et fremtidigt projekt, alt efter den enkelte kommunes behov.

### **7.3 Metodediskussion**

Der er truffet en række metodiske valg undervejs, som drøftes kort i det følgende.

#### 7.3.1 Valg af kommuner og informanter

Der er identificeret og inkluderet ti kommuner, der er så forskellige som muligt i forhold til størrelse, beliggenhed, erfaringer med deltagelse i projekter med fokus på medicin m.m., for at afdække så mange forskellige erfaringer som muligt.

I disse ti kommuner blev chefer fra alle de valgte områder inviteret til deltagelse. Der har generelt været velvilje til at deltage i projektet og til at dele erfaringer, bekymringer og ønsker til fremtiden. Det har dog ikke været muligt at afholde interviews med chefer fra alle valgte områder i de ti kommuner grundet travlhed.

#### 7.3.2 Antal interviews

Det var planen at gennemføre 30 interviews med chefer. Vi valgte at stoppe ved 27, da der af de sidste interviews ikke fremkom nye perspektiver, som ikke allerede var identificeret, og vi dermed havde opnået mætning.

På samme måde var planen at gennemføre 18 interviews med medarbejdere; tre interviews pr. tema. Vi valgte at stoppe efter 17 interviews, da resultaterne herfra viste sig at underbygge og udfolde resultaterne fra chefinterviews, og mætning var nået ved 17 interviews.

#### 7.3.3 Online vs. fysiske interviews

Det blev valgt at afholde interviews med chefer online af flere årsager. Cheferne har travlt, og det blev vurderet, at det var nemmere at få en aftale med dem om online interview, da de på den måde slap for alt det praktiske omkring at mødes fysisk, fx at booke et lokale og evt. forplejning m.m. Interviewene blev desuden afholdt i en tid med COVID-19, hvor mange arbejdspladser benyttede sig af onlinemøder.

Til gengæld blev det vurderet, at det var vigtigt at afholde interviews med medarbejdere ved fysisk fremmøde. Medarbejderne tog billeder, som illustrerede de udfordringer med medicin, de møder til daglig, og skulle tale ud fra dem. Derfor fungerede det bedre at afholde interviewene med medarbejderne på deres arbejdsplads, hvor de kunne dele erfaringer og fortælle om de udfordringer, de møder i deres hverdag, i trygge rammer og vante omgivelser. På denne måde havde interviewerens også bedre mulighed for at opfange usikkerhed hos informanten og imødekomme og håndtere det.

Desuden har det at tale ud fra billeder skabt et rum, hvor der er fælles opmærksomhed på noget tredje i kommunikationsrummet. Det er dialogfremmende at tale om noget (her: billeder), begge parter (interviewer og informant) har opmærksomheden rettet imod, og parterne er på denne måde ligeværdige. Det havde ikke på samme måde kunnet lade sig gøre online.

To interviews måtte afholdes online grundet restriktioner vedrørende COVID-19, hvor det ikke var tilladt for udefrakommende at komme ind på de kommunale institutioner pga. smittefare. Her blev det også klart, at interviewerens ikke havde samme mulighed for at støtte informanten og bruge billederne som ved fysisk fremmøde, men det fungerede.



## Kapitel 8 – Konklusion

De følgende hovedtemaer blev identificeret ud fra individuelle interviews med 27 kommunale chefer fra hhv. sundhedsområdet, socialområdet og børne- og skoleområdet samt visuel storytelling med 17 kommunale medarbejdere fra hhv. sundhedsområdet og socialområdet:

- Der er flere plejekrævende og komplekse borgere i kommunen.
- Der er generelle udfordringer for medicinsikkerheden – fx mangel på læger og det, at borgere udskrives tidligere fra hospital.
- Kommunerne er motiverede for at arbejde med kvalitet og sikkerhed på medicinområdet.
- Kommunale chefer har en række ønsker til fremtidens varetagelse af medicinopgaver.
- Der er udfordringer i mange trin i medicineringsprocessen. Kommunale chefer og medarbejdere oplever udfordringer i forbindelse med bestilling, opbevaring samt dispensering og administration af medicin til borgere.
- Efterlevelse af mange og forskellige procedurer og retningslinjer for medicin er svær. Procedurer og instruktioner eksisterer, men de er svære at følge i daglig praksis.
- Observation af voksne borgere og børn for medicinens virkning og bivirkninger er svær hos borgere på plejehjem, i hjemmeplejen samt på botilbud for børn og voksne med fysiske og psykiske diagnoser.
- Medicin i overgange er en udfordring. De kommunale medarbejdere står over for en tidskrævende og svær opgave med at identificere, hvilken medicin borgeren skal have, og hvordan medicinen kan leveres fra hospitalet eller apoteket.
- Medicin fylder i varierende grad i det forebyggende arbejde. Medicinrelaterede udfordringer opleves i sygdomsforebyggende arbejde og i sundhedsfremmende aktiviteter på kommunale sundhedscentre, fx borgere, der ikke tager deres medicin pga. frygt for bivirkninger.
- Rette kompetence til rette opgave. De kommunale chefer og nogle medarbejdere er bekymrede for, om de medarbejdere, der løser medicinrelaterede opgaver i kommunerne, har de rette kompetencer til det.

Derudover blev der på en workshop med interessenter fra kommuner, apoteker, Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening genereret ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til medicinsikkerheden i kommunerne (se figur nedenfor).



Figur 1 Ideer til, hvordan apoteksfarmakonomer kan bidrage til medicinsikkerheden i kommunerne

Ideerne vil blive yderligere kvalificeret af Farmakonomforeningen og Danmarks Apotekerforening, der også afgør, om én eller flere af disse ideer skal afprøves i et fremtidigt projekt.

## Referenceliste

1. Dansk Patientsikkerhedsdatabase årsberetning 2021: Styrelsen for Patientsikkerhed; 2022 [Available from: <https://stps.dk/da/nyheder/2022/dpsd-aarsberetning-antallet-af-rapporterede-uther-er-steget-med-mere-end-11-procent/~media/6D59BD12616A466998E04BAD2A7E2FCE>].
2. Dam P, Almársdóttir A, Bagger B, Aarup K, Pottegaard A, Pultz K, et al. Bedre brug af medicin i hjemmeplejen. Pharmakon; 2015.
3. Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Thomsen L. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. Et udviklings-og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. Pharmakon; 2010.
4. El-Souri M, Abrahamsen B, Pultz K, Rossing C, Thomsen LA. Kvalitet og sikkerhed i medicineringen på kommunale botilbud - fra uddannelse til nye rutiner. Pharmakon; 2016.
5. Øget sikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap. Danske Handicaporganisationer, Danmarks Apotekerforening, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Pharmakon; 2011.
6. Thomsen L, Pultz K, Rossing C. Medicin og medicin håndtering - Evaluering af kompetenceforløb for medarbejdere på kommunale botilbud. Pharmakon; 2015.
7. El-Souri M, Agine J, Egsgaard J, Herborg H, Kjærsgaard J, Pedersen K, et al. Bedre medicin anvendelse på plejehjem. Et implementeringsprojekt. Pharmakon; 2012.
8. Ekmann A, Schytte-Hansen S, Helnæs A-K, Faber M. Regionens Farmakonomprojekt - baggrund, beskrivelse og evaluering. København: Afdeling for Sammenhængende Patientforløb Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler.
9. Hansen RN, Nørgaard LS, Hedegaard U, Søndergaard L, Servilieri K, Bendixen S, et al. Integration of and visions for community pharmacy in primary health care in Denmark. Pharmacy Practice. 2021;19(1).
10. Abrahamsen B, Burghle AH, Rossing C. Pharmaceutical care services available in Danish community pharmacies. International Journal of Clinical Pharmacy. 2020;42(2):6.
11. Husted G, Hansen RN, Rossing C. Medicinsikkerhed - et brugerinvolverende undervisningsforløb til pårørende leveret fra apoteket. 2019 Pharmakons hjemmeside. [1. udgave:[1-42]. Available from: [https://www.pharmakon.dk/media/1888/paarørendemedicinsikkerhed\\_webudgave.pdf](https://www.pharmakon.dk/media/1888/paarørendemedicinsikkerhed_webudgave.pdf)].
12. Pultz K, Hansen RN, Rossing C. Afprøvning af medicinmøder med hjemmeplejen - en sundhedsydelse leveret af apoteket. Pharmakon; 2019.
13. Visual Explorer Post Card Set. Center for Creative Leadership; 2014.
14. Medicingivning i skoler, dagtilbud m.v.: Sundhedsstyrelsen; 2010 [updated 3. maj 2019]. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/boernesundhed/materialer-til-sundhedspersonale/forebyggende-sundhedsydelser/medicingivning-i-skoler-dagtilbud-mv>.
15. Retsinformation. Skrivelse om medicingivning til børn i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger: Sundheds- og Ældreministeriet 2010 [updated 25. oktober 2010]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2010/9575>.
16. Bekendtgørelse af lov om social service Retsinformation: Social- og Indenrigsministeriet; 2020 [updated 28. august 2020]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1287>.
17. Plejesektoren. Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2017-2019: Styrelsen for Patientsikkerhed; 2020 [cited 2022 23. juni]. Available from: <https://stps.dk/da/udgivelser/2020/plejeomraaderne-erfaringsopsamling-for-det-sundhedsfaglige-tilsyn-i-2017-2019/~media/89A03B85CE394ADB85E59733F87C3FB3>.
18. Bosteder. Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2017-2019: Styrelsen for Patientsikkerhed; 2020 [cited 2022 23. juni]. Available from: <https://stps.dk/da/udgivelser/2020/bosteder-erfaringsopsamling-for-det-sundhedsfaglige-tilsyn-i-2019/~media/A10D09C938444E03B02A7852748F1AD9>.

19. El-Souri M, Agine J, Egsgaard J, Herborg H, Kjærsgard J, Pedersen K, et al. Bedre medicinanvendelse på plejehjem – et implementeringsprojekt. *Pharmakon*; 2012.
20. Mygind A, El-Souri M, Pultz K, Rossing C, Thomsen LA. Community pharmacists as educators in Danish residential facilities: a qualitative study. *The International journal of pharmacy practice*. 2017;25(4):282-91.
21. Mygind A, El-Souri M, Rossing C, Thomsen LA. Development and perceived effects of an educational programme on quality and safety in medication handling in residential facilities. *The International journal of pharmacy practice*. 2018;26(2):165-73.
22. Friese BH, RN.; Rossing, C;. Sikker medicin til udsatte børn og unge på bosteder. Resultater fra projektet *Pharmakon*: *Pharmakon*; 2020 Januar [Available from: [https://www.pharmakon.dk/media/1944/final\\_sikker-medicin-til-udsatte-boern-og-unge-til-hjemmesiden.pdf](https://www.pharmakon.dk/media/1944/final_sikker-medicin-til-udsatte-boern-og-unge-til-hjemmesiden.pdf)].
23. Botilbud. I sikre hænder. [Available from: <https://www.xn--isikrehnder-g9a.dk/botilbud/>].
24. Stop medicinfejl. Medicinpakken.: I sikre hænder; [Available from: [https://www.xn--isikrehnder-g9a.dk/media/2051/medicinpakken\\_2017.pdf](https://www.xn--isikrehnder-g9a.dk/media/2051/medicinpakken_2017.pdf)].
25. Nørgaard LS. Skole-Medicin-Temadagen: nyt undervisningstilbud til elever på mellemtrinnet: Institut for Farmaci, Københavns Universitet; 2022 [Available from: <https://farmaci.ku.dk/nyheder/news-2022/skole-medicin-temadagen-nyt-undervisningstilbud-til-skoleelever-paa-mellemtrinnet/>].
26. Sundheds- og Ældreministeriet: Bekendtgørelse om medicinsamtale på apotek. BEK nr. 924 af 21/07/2015. Available in Danish at: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/924>. 2020.
27. Dam P, Herborg H, Jæpelt M, Kaae S, Prip-Beier P, Pultz K, et al. Opstart af ny behandling - hvordan sikres det, at medicinbrugeren kommer godt i gang? : *Pharmakon*; 2013.
28. Kaae S, Dam P, Rossing C. Evaluation of a pharmacy service helping patients to get a good start in taking their new medications for chronic diseases. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2016;12(3):486-95.
29. Ældreministeriet S-o. Bekendtgørelse om compliance-samtale på apotek. 2018.
30. Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for brugere af blodtryksmedicin *Pharmakon* [Danish]. 2007.
31. Dam P, Herborg H, Rossing C, Pultz K, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere. Hillerød: *Pharmakon*. 2007.
32. El-Souri M, Dam P, Hagde P, Herborg H, Lauridsen L, Nielsen M, et al. Sikker og effektiv medicinbrug for nydanskere–med henblik på forbedring af helbredsstatus og arbejdsevne. Samlet arbejdsrapport. *Pharmakon*; 2014.
33. Kjeldsen LJ, Bjerrum L, Dam P, Larsen BO, Rossing C, Sondergaard B, et al. Safe and effective use of medicines for patients with type 2 diabetes - A randomized controlled trial of two interventions delivered by local pharmacies. *Research in social & administrative pharmacy* : *RSAP*. 2015;11(1):47-62.
34. Dam P, El-Souri M, Herborg H, Nørgaard LS, Rossing C, Sodemann M, et al. Safe and effective use of medicines for ethnic minorities—a pharmacist-delivered counseling program that improves adherence. *J Pharma Care Health Sys*. 2015;2(128).
35. Nathan A, Goodyer L, Lovejoy A, Rashid A. 'Brown bag' medication reviews as a means of optimizing patients' use of medication and of identifying potential clinical problems. *Family practice*. 1999;16(3):278-82.
36. Ruud KW, Ronningen SW, Faksvag PK, Ariansen H, Hovland R. Evaluation of a structured pharmacist-led inhalation technique assessment service for patients with asthma and COPD in Norwegian pharmacies. *Patient Educ Couns*. 2018;101(10):1828-37.
37. Kaae S, Nørgaard LS. How to engage experienced medicine users at the counter for a pharmacy-based asthma inhaler service. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2012;20(2):99-106.
38. Sondergaard B, Thorleifsson S, Herborg H, Frokjaer B, Hepler CD, Ersboll BK. [Quality assurance of drug therapy for patients with asthma. Health economic analysis]. *Ugeskr Laeger*. 2000;162(4):480-6.



39. Herborg H, Soendergaard B, Froekjaer B, Fonnesbaek L, Jorgensen L, Hepler CD, et al. Improving drug therapy for patients with asthma--part 1: Patient outcomes. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001;41(4):539-50.
40. Furniss L, Craig S, Scobie S, Cooke J, Burns A. Medication reviews in nursing homes: documenting and classifying the activities of a pharmacist. *Pharmaceutical journal*. 1998;261(7009):320-3.
41. Navrbjerg PK, Zederkof S. Rationel farmakoterapi på plejehjem. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*. 1998;76(4):563-9.
42. Burns A, Furniss L, Cooke J, Craig SL, Scobie S. Pharmacist medication review in nursing homes: A cost analysis. *International journal of geriatric Psychopharmacology*. 2000;2(3):137-41.
43. Corbett J. Provision of prescribing advice for nursing and residential home patients. *Pharmaceutical journal*. 1997;259(6960):422-4.
44. Furniss L, Burns A, Craig SKL, Scobie S, Cooke J, Faragher B. Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(6):563-7.
45. Roberts MS, Stokes JA, King MA, Lynne TA, Purdie DM, Glasziou PP, et al. Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *British journal of clinical pharmacology*. 2001;51(3):257-65.



## **Bilag 1 Resultater om eksisterende samarbejde med apoteket i kommunerne, samt erfaringer med farmakonomer og farmaceuter ansat i kommunen**

### **Eksisterende samarbejde med apoteket i kommunerne**

Kommunerne samarbejder med de lokale apoteker, men det er forskelligt fra kommune til kommune, i hvilket omfang der samarbejdes, og hvad der samarbejdes om. Konkret nævnes følgende:

- Aftaler om dosisdispenseret medicin fra apotek – kommunerne vil gerne have flere aftaler
- Apoteket tilbyder medicingennemgange for borgere tilknyttet sundhedscentre eller botilbud
- Apoteket leverer undervisning og løbende kompetenceudvikling af medarbejdere, elever og studerende i kommunen
- Sundhedscentre kontakter apoteket for rådgivning om specifikke lægemidler
- Sundhedsplejen mødes med jævne mellemrum med apoteket og får input til nye præparater, der er relevante for børn
- Apoteket deltager i borgermøder og måler fx lungekapacitet hos borgere
- Sundhedscentre samarbejder med apoteket om udlevering af nikotinsubstitutionsbehandling i forbindelse med rygestopkurser
- Apoteket udleverer substitutionsbehandling i yderområder (under misbrugsområdet)
- Apoteket rekrutterer borgere til kommunale tilbud i sundhedscentret
- Apoteket tilbyder vaccination af medarbejdere i kommunen.

Nogle sundhedsplejersker ser apoteket som en samarbejdspartner og en ressource, der kan fortælle dem om produkter, som de dog skal sortere i alt efter, hvad de må anbefale. Andre sundhedsplejersker ser ikke apoteket som en samarbejdspartner, fordi sundhedsplejerskerne har så lidt med medicin at gøre, fordi apoteket er sælgere, og fordi de har oplevet, at apoteket har sagt noget om vitamintilskud, som ikke stemmer overens med Sundhedsstyrelsens vejledning, som sundhedsplejerskerne retter sig efter.

### **Erfaringer med farmakonomer og farmaceuter ansat i kommunen**

Nogle kommuner har ansat en eller flere farmakonomer, og kommunen synes, at de har værdifulde kompetencer. Farmakonomer arbejder med:

- Kvalitetssikring og udvikling af medicinområdet, herunder opfølgning på medicinrelaterede utilsigtede hændelser.
- Øget fokus på gode arbejdsgange omkring medicindispensering, -håndtering og dokumentation.
- Hjælper sygeplejersker og assistenter med dispensering af medicin til borgere, herunder også i borgerens hjem eller på sygeplejeklinikker. Det er dog billigere, at dispenseringen foregår på klinikkerne og ikke i borgerens hjem, da farmakonomen kun løser medicinrelaterede opgaver for borgeren, og en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent alligevel skal ud til borgeren for at løse resten af opgaverne.
- Kompetenceudvikling og oplæring af medarbejdere på medicinområdet, herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.
- Deltager i lokale møder som Kommunalt Lægeligt Udvalg.
- Samarbejde med praktiserende læger om gode arbejdsgange bl.a. vedrørende pn-medicin og seponering af medicin.
- Støtter kommunen i møder med praktiserende læger om dosisdispenseret medicin.
- Samarbejder med praktiserende læger og apoteket omkring dosisdispenseret medicin.

- Identificerer borgere i stabil behandling og indhenter samtykke fra borgerne sammen med sygeplejerskerne inden apotekets behandlerfarmaceut kontaktes for indstilling af borgeren til dosisdispenseret medicin.
- Bidrager med viden om apotekets system til udredning og læring af UTH'er i forbindelse med udlevering af medicin, hvor apoteket har en rolle.

Nogle kommuner har ansat farmaceuter og har god erfaring. Farmaceuter ansat i kommunen arbejder med:

- Arbejder sammen med hjemmesygeplejersker og har fokus på rette medicinering.
- Er en del af udviklingsteamet i kommunen, som er et tværfagligt team, der udover farmaceuten består af psykologer, terapeuter og social- og sundhedsassistenter.
- Arbejder datadrevet omkring medicin.
- Arbejder hos praktiserende læge en dag om ugen for at få adgang til ældre borgeres data som baggrund for, sammen med lægen, at vurdere, om noget medicin skal seponeres.
- Gennemfører medicingennemgange for borgere. Der er øget fokus på at gennemføre medicingennemgange for borgere med handicap, da de ikke er lige så velbehandlede i sundhedssystemet som andre borgere.
- Har en konsulentfunktion, hvor medarbejdere i kommunen kontakter farmaceuten og får rådgivning om, hvordan de skal kommunikere med borgerens praktiserende læge om medicin.
- Underviser medarbejderne og oplærer dem i gode arbejdsgange om medicin.
- Laver interne audits på medicinområdet.

#### Strukturelle udfordringer ved ansættelse af farmakonomer og farmaceuter i kommunen

Hos de kommuner, der har ansat farmakonomer/farmaceuter på sundheds- eller socialområdet, har det overordnet ikke givet udfordringer at ansætte en ny faggruppe. Det er antagelsesvis fordi der er nok opgaver at tage af, og derfor er der kommet en kultur, hvor alle faggrupper og kompetencer er kærkomne, når de bidrager til den fælles opgaveløsning. Det hjælper også, at medarbejderne har kunnet se, at farmakonom/farmaceuten har kunnet løfte medicinområdet til et niveau, de ikke selv har kunnet.

I kommunerne har de en fast normeringsramme. Det vil være svært på forhånd at udmønte et bestemt antal timer til fx sygepleje og et bestemt antal timer til fx medicindispensering osv. Og en farmakonom kan ikke varetage sygeplejeopgaver eller socialpædagogiske opgaver, så de kan løfte flere opgaver og have en forståelse for borgergruppen. Desuden vil de fleste medarbejdere arbejde omkring 30 timer om ugen. Det er svært at koordinere, så det hele går op. Men nogle chefer peger på, at farmakonom eller farmaceuten skulle have ansvaret for medicin på flere enheder.

Der er i nogle kommuner langt mellem de forskellige enheder. Så det vil være ideelt at ansætte en faggruppe med en specialfunktion på store enheder og på den måde spare transporten, men mindre fordelagtigt på de mellemstore og små enheder, da der ikke vil være nok opgaver, medmindre de kører rundt i kommunen.

Kommuner, der har farmaceuter ansat, har kunnet booste medicinområdet, men det kan være svært at afgøre, hvordan en farmaceut kan supplere driften og samtidig ikke være en del af den. Farmaceuten har kunnet levere på de opgaver, der blev stillet, men det er svært at finde en model, hvor deres arbejdsuge kan blive fyldt op og som gør brug af alle deres kompetencer.

På trods af, at nogle af de kommuner, der ikke har ansat farmakonomer eller farmaceuter, ser det besværligt at ansætte disse faggrupper i praksis, ser de et potentiale i faggrupperne og kan

se, at der skal tænkes nyt, da de har udfordringer med at rekruttere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.