

Bedre brug af medicin i hjemmeplejen

Rapport

December 2015



Pharmakon

Milnersvej 42 – 3400 Hillerød
Tel 4820 6000 – Fax 4820 6060
www.pharmakon.dk

Bedre brug af medicin i hjemmeplejen

Rapport

Version 1.1 - 2015

Forfattere: Pernille Dam, Anna Birna Almársdóttir, Bettan Bagger, Kristine Friis Hallberg Aarup, Anton Pottegaard, Kirsten Pultz, Charlotte Rossing, Sofia Kälvemark Sporrang, Linda Aagaard Thomsen

©Pharmakon, december 2015

ISBN 978-87-91598-83-8

Pharmakon

Milnersvej 42
DK-3400 Hillerød
Denmark

Tel +45 4820 6000

Fax +45 4820 6062

www.pharmakon.dk

Forord

Denne rapport præsenterer resultater fra evalueringen af udviklingsprojektet ”Bedre brug af medicin i hjemmeplejen”.

I projektet blev der udviklet en apoteksleveret indsats kaldet ”Sikker medicinadministration i hjemmeplejen”. Projektet var forankret i et samarbejde mellem hjemmeplejen i Hillerød Kommune, Hillerød Krone Apotek, eksterne forskere og udviklingskonsulenter fra Pharmakon. Udviklingen af indsatsen blev baseret på brugerinddragelse af hjemmepleje og apotek.

Projektet forløb i perioden 1. april 2014 – 31. december 2015.

Rapporten beskriver udviklingen og afprøvningen af en indsats til hjemmeplejen.

Rapporten henvender sig til alle faggrupper, der arbejder med medicin håndtering, herunder kommunale beslutningstagere, apotekere og apotekspersonale, hjemmeplejeledere og andre faggrupper i hjemmeplejen.

Projektet blev initieret og gennemført af Forsknings- og Udviklingsafdelingen på Pharmakon, Apotekernes Uddannelsescenter. Projektet blev finansieret ved en bevilling fra Apotekerfonden af 1991.

Tak til medarbejdere og ledere fra Hillerød Hjemmepleje Øst samt Hillerød Krone Apotek, som har bidraget til projektets gennemførelse.

Charlotte Rossing,
Udviklingschef
Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Figurfortegnelse	5
Tabelfortegnelse	5
Bilagsoversigt	5
Resumé	6
Kapitel 1 - Introduktion	10
1.1 Baggrund	10
1.2 Projektets formål	11
1.3 Problemstillinger	11
1.4 Organisering	11
Kapitel 2 – Design og metode	12
2.1 Udviklingsfase	12
2.2 Pilotafprøvning	14
2.3 Implementeringsfase	14
2.4 Evaluering og dataindsamling	15
2.5 Enheder	17
Kapitel 3 – Resultater af udviklingsfasen	18
3.1 Kortlægning af problemer med medicineringen i hjemmeplejen	19
3.2 Udvikling af indsatsen ”Sikker medicinadministration i hjemmeplejen”	22
3.3 Virkningsevaluering for udviklingsfasen	27
Kapitel 4 – Resultater af pilotafprøvning og implementeringsfase	28
4.1 Indsatsens implementérbarhed	28
4.2 Vurderet effekt af indsatsen	30
Kapitel 5 - Diskussion	37
5.1 Diskussion af projektets problemstillinger	37
5.2 Diskussion af design og metode	38
Kapitel 6 - Konklusion	40
Referenceliste	41

Figurfortegnelse

Figur 1	Overblik over udviklingsfasen	18
Figur 2	Virkningsevaluering for udviklingsfasen.....	27
Figur 3	Overblik over pilotafprøvning og implementeringsfase	29
Figur 4	Virkningsevaluering, pilotafprøvning og implementeringsfase	36

Tabelfortegnelse

Tabel 1	Oversigt over evalueringsparametre	16
Tabel 2	Kortlægning af problemstillinger med medicin håndtering i hjemmeplejen	21
Tabel 3	Problemstillinger valgt af projektdeltagere	22
Tabel 4	Teamcoaching om medicinadministration	23
Tabel 5	Teamcoaching om observation af borgere	24
Tabel 6	Indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen"	26

Bilagsoversigt

Bilag 1	Identificerede problemstillinger vedrørende medicin håndtering i hjemmeplejen	
---------	---	--

Resumé

Baggrund

En rapport af Patientombuddet har vist, at den overvejende del af de utilsigtede hændelser i hjemmepleje og på plejehjem er relateret til medicinadministration (55 %) og dispensering (14 %). Der er derfor behov for kvalitetssikring af både de ældre borgeres medicinering og plejepersonalets medicinhåndtering.

Der er de senere år iværksat en række indsatser for at forbedre kvaliteten af medicineringen på plejecentre, herunder indsatser leveret af de danske apoteker vedrørende kvalitetssikring af lægemiddelanvendelse, kvalitetssikring af medicinhåndtering samt kompetenceløft af personale. Tilsvarende indsatser er ikke etableret i samme omfang i hjemmeplejen.

Formål og problemstillinger

Projektets formål var at kortlægge problemer med kvalitet og patientsikkerhed i medicineringen i hjemmeplejen i en udvalgt kommune, samt ud fra resultatet af kortlægningen at udvikle og afprøve en indsats i samarbejde med hjemmepleje og apotek, der kan bidrage til at afhjælpe udvalgte problemstillinger.

Projektets evaluering fokuserede på besvarelsen af følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvilke problemer med kvalitet og patientsikkerhed i medicineringen i hjemmeplejen eksisterer?
2. Hvilke relevante indsatser kan udvikles eller videreudvikles til at afhjælpe væsentlige problemstillinger på medicinområdet i hjemmeplejen?
3. I hvilket omfang og med hvilke ressourcer kan sådanne indsatser leveres til den kommunale hjemmepleje af lokale apoteker?
4. Hvad er den vurderede effekt af den apoteksleverede indsats til den kommunale hjemmepleje?

Design og metode

Projektet var designet som et formativt udviklingsprojekt, inddelt i en udviklingsfase, en afprøvningsfase og en implementeringsfase.

Udviklingsfase

Målet med udviklingsfasen var at kortlægge problemer med medicinhåndtering i hjemmeplejen og at afdække hjemmeplejens behov for indsatser, for på den baggrund at udvikle eller videreudvikle en indsats til hjemmeplejen.

Problemer med medicinhåndtering sås som udfordringer med kvalitet og patientsikkerhed i håndteringen af borgernes medicin.

Metoden brugerdreven innovation blev anvendt til at identificere brugernes (hjemmeplejens) erkendte og uerkendte behov. I dette projekt defineredes behov som værende behov for kompetenceudvikling om medicinhåndtering.

Uerkendte behov blev afdækket via observationer i hjemmeplejen foretaget af udviklingskonsulenter, farmakonom og sygeplejestuderende. Observationerne dannede grundlag for en kortlægning af problemer med medicineringen i hjemmeplejen og blev suppleret af litteratur og utilsigtede hændelser registreret af hjemmepleje og apotek vedrørende medicinhåndtering i hjemmeplejen.

Hjemmeplejens erkendte behov og ønsker til indsats blev afdækket gennem fire workshopper, hvor personale fra apotek og hjemmepleje deltog sammen med udviklingskonsulenter. Resultatet af udviklingsfasen var designet af en apoteksleveret indsats til hjemmeplejen.

Pilotafrøvning og implementeringsfase

Indsatsen blev pilotafrøvet fra april til juni 2014 med en farmakonom og en farmaceut som leverandører.

Pilotafrøvningen blev efterfulgt af en 14-ugers implementeringsfase, hvor udviklingskonsulenter støttede hjemmeplejen i at integrere ny viden og færdigheder opnået gennem indsatsen i deres daglige praksis.

Evalueringsmetoden for både udviklings-, pilotafrøvnings- og implementeringsfase var realistisk evaluering, baseret på kvalitativt datamateriale – interview, observationer og skriftlig dokumentation for den gennemførte indsats.

Kvalifikationsrammen for Livslang Læring fungerede som analyseramme til at beskrive medarbejdernes læringsudbytte af indsatsen.

Resultater

Udviklingsfase

Der blev foretaget observationer af hjemmeplejens dag- og aftenvagter af tre udviklingskonsulenter fra Pharmakon og en farmakonom fra det deltagende apotek. To sygeplejestuderende supplerede observationerne i Hillerød Kommune med observationer i Roskilde Kommune. I de fleste tilfælde støttede observationerne fra Roskilde og Hillerød Kommuner hinanden.

Problemstillinger blev grupperet efter fase i medicinhandteringsprocessen. På en workshop med hjemmepleje og apotek blev medicinhandteringsprocessen visualiseret, og hjemmeplejen reflekterede over erkendte og uerkendte problemstillinger i medicinhandteringsfasen.

Hjemmeplejen pegede på problemstillinger om borgeres egen håndtering af medicin samt samarbejde, kommunikation og koordination, som observatørerne ikke havde afdækket. Observatørerne observerede uerkendt manglende efterlevelse af retningslinjer for korrekt medicinhandtering.

Deltagerne prioriterede, at det var vigtigst for dem at arbejde videre med problemer ved medicinadministration. Deltagerne fra hjemmeplejen blev coachet til at sætte mål og foreslå løsninger på problemstillinger ved medicinadministration.

Hjemmeplejens målsætning var:

”Alle medarbejdere ved, at, hvad, hvordan og hvornår medicinen til den enkelte borger skal gives. Og gør det. Afvigelser dokumenteres”.

Med udgangspunkt i hjemmeplejens målsætning for medicinadministration og deres ønsker til løsninger blev der udviklet en intervention målrettet social- og sundhedsassistenter og -hjælpere kaldet ”Sikker medicinadministration i hjemmeplejen”, samt en model for en implementeringsfase kaldet ”Tjek på medicinadministration”.

Indsatsen omfatter apotekspersonalets observation af medicinadministration til borgerne, workshop for plejepersonale afholdt af apoteket for at beskrive processen og identificere aktuelle problemstillinger, samt medicinmøder mellem apotek og plejepersonale. Sidste ben i indsatsen var implementering af ny viden og færdigheder.

Resultater af pilotafprøvning og implementeringsfase

En farmaceut og en farmakonom fra det lokale apotek leverede de tre første af indsatsens fire elementer. Apotekspersonalet observerede to vagter i hjemmeplejen for at få kendskab til arbejdet i hjemmeplejen og afdække problemstillinger ved medicin håndtering. Apoteket holdt dernæst en workshop for hjemmeplejen, hvor de i fællesskab kortlagde problemstillinger og fandt mulige løsninger. De aftalte endvidere følgende temaer for de efterfølgende 3 medicinmøder:

1. Sikker medicin håndtering og kvalitetsarbejde
2. substitution, dosisdispensering og læsning af medicinskemaer
3. compliance og utilsigtede hændelser.

På medicinmøderne blev der samlet op på, hvilke problemstillinger og mulige løsninger der skulle arbejdes videre med i implementeringsfasen. I gennemsnit deltog 5 medarbejdere fra hjemmeplejen på medicinmøderne.

Det fjerde af indsatsens elementer ”Tjek på medicinadministration” har til formål at støtte hjemmeplejens udvikling og implementering af sikre og rationelle arbejdsgange ved medicinadministration. Fasen blev støttet af udviklingskonsulenter fra Pharmakon, da projektets tidsramme var så fremskreden, at et nødvendigt kompetenceløft af apotekspersonalet ikke kunne nås.

”Sikker medicinadministration i hjemmeplejen” førte til øget praksisnær viden og konkrete praktiske færdigheder for hjemmeplejepersonalet.

Den praksisnære viden om sikker medicinadministration sås i form af:

- større forståelse for og fokus på medicin håndteringsprocessen
- øget viden om sikker og korrekt medicinadministration.

Konkrete praktiske og kommunikative færdigheder om medicinadministration sås i form af:

- øget følelse af tryghed ved medicinadministration
- øget bevidsthed om hinandens faglighed og kompetencer (både for apotek og hjemmepleje).

Konkrete praktiske kompetencer vedrørende medicinadministration sås i form af, at:

- apotek og hjemmepleje bruger ny viden om hinanden til at optimere egne arbejdsprocedurer til gavn for den anden part.

”Tjek på medicinadministration” førte til, at hjemmeplejepersonalet opnåede følgende konkrete og praktiske kompetencer i relation til sikker medicinadministration:

- anvendelse af data til at drive implementeringsprocessen (forbedringsarbejdet)
- antagelser om problemer med sikker medicinadministration afkræftes ved hjælp af data
- større efterlevelse af lovgivning (fx navn og cpr-nummer på doseringsæsker, optælling af tabletter ift. medicinliste, sikring af, at aktuel medicinliste findes i hjemmet)
- regelmæssige tavlemøder bruges til at give implementeringsarbejdet fokus, struktur og kontinuitet
- implementering af ”Tjekliste til medicinadministration” øger sikkerheden og trygheden ved medicinadministration
- der er ønske om og vilje til spredning af forbedringsmodellen til kolleger hos de deltagende medarbejdere og leder.

Konklusioner

Problemstillinger med kvalitet og sikkerhed i medicineringen ses i alle faser af medicin-håndteringsprocessen i hjemmeplejen. Der blev identificeret flest problemer med medicin-administration. De omhandlede manglende administration af medicin og efterlevelse af retningslinjer for korrekt medicinadministration.

På baggrund af hjemmeplejens ønsker blev der udviklet en apoteksleveret indsats omfattende apotekets observationer af hjemmeplejens medicinhandling i hjemmet, en apoteksledet workshop med hjemmeplejen til afdækning af problemer og mulige løsninger med medicinhandling, samt medicinmøder med behovstilpasset fokus. Herudover lægger indsatsen op til en implementeringsfase, hvor arbejdsgange for medicinhandling forbedres.

Indsatsen kaldet "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" blev afprøvet i en hjemmeplejeenhed. Denne kunne leveres fra det lokale apotek, med brug af farmakonom- og farmaceutkompetencer.

Der blev i afprøvningen af indsatsen ikke afprøvet en model for, hvordan apoteket kan levere støtte til implementeringsfasen.

Hjemmeplejen oplevede at den apoteksleverede del af indsatsen gav dem viden, færdigheder og fokus på medicinadministration, hvilket understøttede udviklingen af reelle kompetencer og forbedringer i arbejdsgange i implementeringsfasen. Arbejdet med implementering af nye arbejdsgange i hjemmeplejen blev gjort efter forbedringsmodellen.

Den apoteksleverede indsats gav et øget samarbejde mellem hjemmepleje og apotek samt førte til ændring af arbejdsgange og kommunikationsveje parterne imellem.

Det er oplagt at kombinere indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" med et decideret kompetenceudviklingsforløb for plejepersonalet. Der er tidligere udviklet og afprøvet kompetenceudviklingsforløb, der vil kunne anvendes til formålet.

Indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" har potentiale til at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden i hjemmeplejen. Der er behov for større undersøgelser, der kan bekræfte de positive resultater, der er fundet i denne pilotafprøvning.

Kapitel 1 - Introduktion

1.1 Baggrund

Hos mange ældre er der betydelige problemer med kvaliteten af deres lægemiddelbehandling. Dette gælder også for ældre borgere, der får støtte til at tage deres medicin på et plejecenter eller via hjemmeplejen^(1,2,3,4,5,6). Dette er et alvorligt problem, idet ca. 90 % af ældre borgere over 65 år bruger medicin, og 40 % af de ældre borgere anvender mere end 5 lægemidler⁽⁷⁾.

Det er vist, at svage ældre med kroniske sygdomme er i særlig risiko for utilsigtede lægemiddel-hændelser. En undersøgelse har vist, at vi kan forvente ca. 292.000 utilsigtede lægemiddel-hændelser blandt ældre lægemiddelbrugere, hvoraf ca. 74.500 af hændelserne kunne have været forebygget. Undersøgelsen viser endvidere, at man må forvente, at ca. 27.100 ældre hvert år indlægges pga. utilsigtede lægemiddel-hændelser, som kunne have været forebygget⁽⁸⁾.

En rapport fra hjemmesygeplejen i Københavns Kommune har vist, at de ældre borgere behandles for mange sygdomme af mange læger, og at lægerne ofte mister overblikket over den samlede medicinering. En hyppig utilsigtet hændelse er uoverensstemmelser mellem medicinlister, hvilket også er set i norske undersøgelser, hvor der var fejl i mellem 50 % og 90 % af medicinlisterne i hjemmeplejen^(7,9).

Ved medicingennemgangsstudier på plejehjem er der i gennemsnit identificeret lægemiddel-relaterede problemer hos 96 % af de inkluderede borgere^(8,9). Ved medicingennemgang i hjemmeplejen i Norge blev der gennemført medicinændringer hos 90 % af de inkluderede borgere⁽¹⁰⁾.

Patientombuddets rapport om utilsigtede lægemiddel-hændelser i hjemmepleje og plejehjem viste, at den overvejende del af hændelserne var relateret til medicinadministration (55 %) og dispensering (14 %). Langt de fleste hændelser skyldtes, at medicinen blev givet i forkert dosis, med forkert frekvens, til forkert tidspunkt eller slet ikke givet. Billedet var det samme i hjemmepleje og på plejehjem⁽¹¹⁾.

Der er derfor et behov for kvalitetssikring af både de ældre borgeres medicinering og plejepersonalets medicinhåndtering. Der er de senere år iværksat en række indsatser for at forbedre kvaliteten af medicineringen på plejecentre, herunder indsatser leveret af de danske apoteker vedrørende kvalitetssikring af lægemiddelanvendelse, kvalitetssikring af medicinhåndtering samt kompetenceløft af personale^(12,13,14). Tilsvarende indsatser er ikke etableret i samme omfang i hjemmeplejen.

På plejehjem har indsatserne vist sig at kunne resultere i bedre brug af medicin og empowerment af plejepersonalet på medicinområdet, så personalet følte sig mere kompetente og oplevede at have mere kvalificerede dialoger med lægerne^(3,4). Forsøg på at implementere de samme indsatser i hjemmeplejen har vist en række organisatoriske udfordringer, idet den organisatoriske og ledelsesmæssige opbygning her er meget anderledes, og derfor viser et andet behov for udførelse og forankring af apoteksleverede ydelser.

Andre indsatser målrettet medicinhåndtering i hjemmeplejen er udsprunget af den øgede fokus på velfærdsteknologier i plejesektoren og har medført mindre lokale afprøvninger af elektroniske medicinhuskere og elektronisk dokumentation af medicinbrug. Et eksempel er afprøvning af elektroniske medicinhuskere i Esbjerg Kommune, der viste, at en elektronisk medicinhusker kan være et redskab til at øge borgeres compliance og frigive ressourcer i hjemmeplejen⁽¹⁵⁾.

For at løfte kvaliteten af medicineringen for ældre borgere i hjemmeplejen er det dog først og fremmest nødvendigt at gennemføre en egentlig afdækning af behovet for støtte på medicinområdet i hjemmeplejen. Dette projekt vil derfor have fokus på at kortlægge problemer med kvalitet og patientsikkerhed i medicineringen i hjemmeplejen, inklusiv fokus på utilsigtede

lægemiddelhændelser (UTH'er). Med udgangspunkt i disse problemer vil der blive udviklet og afprøvet en apoteksleveret indsats, der kan bidrage til bedre brug af medicin i hjemmeplejen.

1.2 Projektets formål

Projektets formål var at kortlægge problemer med kvalitet og patientsikkerhed i medicineringen i hjemmeplejen i en udvalgt kommune, samt ud fra resultatet af kortlægningen at udvikle og afprøve en indsats i samarbejde med hjemmepleje og apotek, der kan bidrage til at afhjælpe udvalgte problemstillinger.

1.3 Problemstillinger

Projektets evaluering fokuserer på besvarelsen af følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvilke problemer med kvalitet og patientsikkerhed i medicineringen i hjemmeplejen eksisterer?
2. Hvilke relevante indsatser kan udvikles eller videreudvikles til at afhjælpe væsentlige problemstillinger på medicinområdet i hjemmeplejen?
3. I hvilket omfang og med hvilke ressourcer kan sådanne indsatser leveres til den kommunale hjemmepleje af lokale apoteker?
4. Hvad er den vurderede effekt af den apoteksleverede indsats til den kommunale hjemmepleje?

1.4 Organisering

Forskergruppe

Der blev etableret en forskergruppe bestående af:

- Charlotte Rossing, udviklingschef, Pharmakon
- Linda Thomsen, afdelingsleder, forskning og udvikling, Pharmakon
- Pernille Dam, udviklingskonsulent, Pharmakon
- Anton Pottegård, postdoc, Klinisk Farmakologi, Syddansk Universitet
- Anna Birna Almarsdóttir, professor, Klinisk Farmakologi, Syddansk Universitet
- Sofia Kälvevemark Sporrang, lektor, Samfundsfarmaci, Københavns Universitet
- Bettan Bagger, lektor, Forskning og Innovation, University College Sjælland

Forskergruppen har haft det overordnede ansvar for projektet. Forskergruppen er tværfagligt sammensat og består af medlemmer med ekspertise inden for klinisk farmaci, apotekspraksis, interventionsforskning, farmakoepidemiologi, sygeplejeforskning, inddragelse af brugerperspektiver samt forskning på ældreområdet.

Kapitel 2 – Design og metode

Projektet var designet som et formativt udviklingsprojekt.

Projektet er inddelt i en udviklingsfase, en afprøvningsfase og en implementeringsfase.

2.1 Udviklingsfase

Målet med udviklingsfasen var at kortlægge problemer med medicin håndtering i hjemmeplejen og at afdække hjemmeplejens behov for indsatser for på den baggrund at udvikle eller videreudvikle en indsats til hjemmeplejen.

Problemer med medicin håndtering skal ses som udfordringer med kvalitet og patientsikkerhed i håndteringen af borgernes medicin. Det kan fx være manglende viden, færdigheder eller kompetencer samt manglende retningslinjer eller efterlevelse af lovgivning, problemer med kommunikation og koordination eller utilsigtede hændelser.

Udviklingsfasen var inspireret af metoden brugerdreven innovation til at identificere brugernes (hjemmeplejens) erkendte og uerkendte behov. I dette projekt defineres behov som værende behov for kompetenceudvikling om medicin håndtering. Brugerdreven innovation defineres som:

„Den proces, hvorved man henter viden fra brugerne med henblik på at udvikle nye produkter, tjenester og koncepter. En brugerdreven innovationsproces er baseret på en forståelse af brugerbehov og en systematisk involvering af brugerne“⁽¹⁶⁾.

I projektet blev der benyttet to metoder til at identificere brugernes behov *etnografisk tilgang* samt *Lead User*.

Den etnografiske tilgang er en metode, der bruges til at arbejde med ikkeerkendte behov og i projekter, hvor brugeren ikke direkte inddrages i projektet. I dette projekt blev metoden brugt til at afdække eventuelle ikkeerkendte behov hos hjemmeplejen, ved at udviklingskonsulenter samt apotekspersonale observerede hjemmeplejens arbejde med særlig fokus på medicin håndtering. Formålet med observationer var dels at opnå forståelse for hjemmeplejens arbejde, dels at observere medicin håndteringen (i praksis mest medicindosering og -administration). Udviklingskonsulenterne udarbejdede en observationsprotokol til observatørerne (udviklingskonsulenter, sygeplejestuderende og apotekspersonale). I observationsprotokollen skulle observatøren notere sted, tidspunkt og involverede personer for hvert af deres observerede hjemmeplejebesøg. De blev bedt om at notere deres observationer så objektivt som muligt og notere deres refleksioner adskilt. Observationsmetoden lagde sig op af *deltagende observation* og *work along*-metoden, hvor observatøren forsøger at deltage i de sociale samhandlinger, der er omkring de situationer, der observeres^(17,18). Dvs. at observatørerne har spurgt nysgerrigt ind til handlinger og praksis, samt til retningslinjer for handlinger, der foregik under observationen, eller som havde relation til handlinger, der foregik under observationen. Derved er der både afdækket problemer, der konkret er observeret, og problemer, hvor medarbejderen ikke har kunnet henviser til retningslinjer eller korrekt praksis i forhold til det adspurgte.

Gennem forskergruppen blev der skabt kontakt til to sygeplejestuderende fra University College Sjælland, der i forbindelse med deres bachelorprojekt ønskede at deltage i kortlægning af problemer med medicin håndtering i hjemmeplejen. Det gav mulighed for at få suppleret observationerne i Hillerød hjemmepleje med observationer fra en anden kommune – Roskilde.

Der blev observeret i hjemmeplejen i Hillerød og Roskilde. Hver observatør fulgte en medarbejder i hjemmeplejen på to vagter. Der blev både observeret på social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, og observationerne fandt sted i både dag- og aftenvagter. Observatørerne var tre udviklingskonsulenter fra Pharmakon, to sygeplejestuderende fra University College Sjælland samt en farmakonom fra Hillerød Krone Apotek. Alle observatører tog fyldige noter i observationsprotokollen. Noterne fra observationerne blev brugt til at identificere problemer ved

medicin håndteringen i hjemmeplejen. De udfyldte observationsprotokoller blev cirkuleret mellem tre udviklingskonsulenter, der supplerede observatørens identifikation af problemstillinger for at sikre, at alle relevante problemstillinger blev identificeret.

Observationerne dannede grundlag for kortlægningen af problemer med medicin håndtering i hjemmeplejen. For at opnå en mere fyldestgørende og valid afdækning af hjemmeplejens udfordringer med kvalitet og patientsikkerhed i håndteringen af borgernes medicin, blev der i dataindsamlingen trianguleret mellem forskellige datakilder: observationer, utilsigtede hændelser fra hjemmepleje og apotek, en gennemgang af dansk litteratur omhandlende problemer med medicin håndtering i hjemmeplejen^(19,20,21) og deltagernes input gennem en workshop. Formålet var at supplere observationerne og skabe et mere komplet overblik over problemstillinger.

På baggrund af denne fremgang blev adskillige problemstillinger i forbindelse med hjemmeplejens medicin håndtering afdækket. Problemstillingerne blev tematiseret med udgangspunkt i medicin håndterings faser og WHO's klassifikation af utilsigtede hændelser.

Lead User er en metode i brugerdreven innovation, der bruges til at arbejde med erkendte behov og ofte til videreudvikling af allerede kendte produkter. Der udpeges lead users, der inviteres til en workshop, som resulterer i et foreløbigt produkt eller en prototype. Produktet fra workshoppen videreudvikles derefter med mere traditionelle udviklingsmetoder. I dette projekt blev *lead user*-metoden brugt til at involvere apotek og hjemmepleje i identifikationen af problemer i medicin håndteringen, samt til at give input til udviklingen af indsatsen gennem fire workshops. Det var ledelsen fra henholdsvis apotek og hjemmepleje, der udpegede *lead users*.

De fire lead users fra hjemmeplejen og de to fra apoteket deltog i fire workshops (farmaceuten deltog kun i workshop 3 og 4), der havde til formål at afdække hjemmeplejens behov for indsats rettet mod medicin håndtering. Workshopperne blev ledet af udviklingskonsulenter fra Pharmakon.

Workshop 1

Workshop 1 var en "kick off"-workshop. Formålet var, at deltagerne blev introduceret til projektet og hinanden.

Mellem workshop 1 og 2 blev observationerne i hjemmeplejen foretaget.

Workshop 2

Formålet med Workshop 2 var afdækning af problemer vedrørende medicin håndtering i hjemmeplejen. Målet var, at hjemmeplejen selv reflekterede over medicin håndteringsprocessens faser og de problemstillinger i medicin håndteringen, de oplevede. De blev bedt om at illustrere medicin håndteringsprocessen ved hjælp af papkort, og efterfølgende hæfte problemstillinger på de enkelte processer. Apotek, sygeplejestuderende og udviklingskonsulenter supplerede med deres observationer.

Workshop 3

Formålet med Workshop 3 var at få afdækket, på hvilket område hjemmeplejen havde størst behov for en indsats, samt at få hjemmeplejens og apotekets input til valg og udvikling af indsats.

Hjemmepleje og apotek gav input til udviklingen af indsatsen ved, at de hver især udvalgte de tre problemstillinger fra kortlægningen af problemer, som de helst ville arbejde videre med. De valgte problemstillinger blev kategoriseret, da nogle var sammenfaldende. Herefter blev der stemt om, hvilke to problemer der skulle arbejdes videre med. Hjemmepleje og apotek blev coachet som team til at sætte sig mål for indsatsen og give input til løsninger. Coachingen foregik ud fra en struktureret skabelon af spørgsmål.

Mellem Workshop 3 og 4 blev indsatsen designet af forskerteamet. Apotek og hjemmepleje havde mulighed for at kommentere udkast til indsatsen.

Workshop 4

Formålet med Workshop 4 var at introducere apotek og hjemmepleje til den indsats, der blev designet, til pilotafprøvningen og implementeringsfasen.

Workshopperne blev afholdt på Pharmakon i august, oktober og december 2014, samt marts 2015. Apotek og hjemmepleje deltog sammen med udviklingskonsulenter fra Pharmakon. På Workshop 2 og 3 deltog desuden to sygeplejestuderende fra UCC Sjælland.

2.2 Pilotafprøvning

Pilotafprøvningen foregik fra april til juni 2014. Indsatsen blev afprøvet én gang, med farmakonom og farmaceuten som leverandører. Fra hjemmeplejen deltog hjemmeplejelederen, samt en social- og sundhedsassistent og en social- og sundhedshjælper fra udviklingsfasen. Herudover deltog en planlægger og en social- og sundhedshjælper, der ikke havde deltaget i udviklingen.

I pilotafprøvningen af indsatsen havde apoteket manual, støttematerialer samt dokumentationsredskaber og støtte fra forskerne til rådighed i forbindelse med afprøvningen af indsatsen.

Indsatsen var et resultat af udviklingsfasen og er derfor beskrevet i Kapitel 3.

2.3 Implementeringsfase

Formålet med implementeringsfasen var at støtte hjemmeplejen til arbejde med at integrere den nye viden og de nye færdigheder, som de opnåede gennem indsatsen til kompetencer, der kan omsættes til forbedringer i deres praksis ved medicinbehandling.

Som implementeringsmetode blev Forbedringsmodellen^(22,23) benyttet. Forbedringsmodellen er en metode til at forandre og forbedre arbejdsgange. Modellen har tidligere vist sig effektiv i patientsikkerhedsprojekter⁽²⁴⁾ og er baseret på en række små afprøvninger af ændringer, såkaldte PDSA-cirkler (plan-do-study-act), hvorigennem man kan afprøve små ændringer i accelererede forløb, indtil forbedringsteamet har fundet en løsning – prototype - der fungerer i daglig praksis. Først når en prototype er fundet, implementeres den i fuld skala, hvorefter den kan spredes til andre enheder. Korte ugentlige tavlemøder bruges til at drive processen fremad.

Implementeringsperioden blev igangsat i umiddelbar forlængelse af afprøvningsperioden og forløb over 14 uger med ugentlige tavlemøder med deltagelse af en udviklingskonsulent, der sammen med lederen af hjemmeplejeenheden ledte tavlemøderne.

2.4 Evaluering og dataindsamling

Evalueringemetoden er realistisk evaluering⁽²⁵⁾ og er baseret på kvalitativt datamateriale – interview, observationer og skriftlig dokumentation for den gennemførte indsats.

Der blev udviklet semistrukturerede interviewguider til både interview og fokusgruppediskussioner. Interviewene omhandlede deltagernes oplevelse af den samlede indsats' relevans, kvalitet og effekt samt deres tilfredshed med indsatsen og samarbejdet om pilotafprøvning og implementeringsfase.

Der blev gennemført tre interview (hjemmeplejeleder, farmaceut og farmakonom) samt to fokusgruppediskussioner (hjemmeplejepersonale samt hjemmeplejeleder og farmakonom). Interviewene blev gennemført, efter at implementeringsfasen var afsluttet, i efteråret 2015.

Resultaterne af interviewene og fokusgruppediskussionerne blev tematiseret, først af to forskere, dernæst af den interne projektgruppe og er til slut forelagt projektets forskergruppe, der også har givet deres bidrag til analyse og fortolkning.

Som analyseramme for resultaterne er Kvalifikationsrammen for Livslang Læring valgt. Her bruges begreberne viden, færdigheder og kompetencer til at beskrive det læringsudbytte, der skal føre til en given kvalifikation⁽²⁶⁾. I denne sammenhæng bruges begrebet viden til at beskrive afgrænset praksisnær viden om korrekt medicin håndtering. Begrebet færdigheder bruges til at beskrive de konkrete praktiske og kommunikative færdigheder, der skal til for at kunne praktisere korrekt medicin håndtering. Og begrebet kompetence bruges således til at beskrive de faktiske handlinger, som personalet gør for at praktisere korrekt medicin håndtering.

Evaluering, effektmål og datakilder for projektets problemstillinger er skitseret i nedenstående tabel. En opsummering af resultaterne af henholdsvis udviklingsfasen og pilotafprøvningen er præsenteret i virkningsevalueringsskemaer.

Problemstilling	Effekt mål	Datakilde
<u>Problemstilling 1</u> Hvilke problemer med kvalitet og patient-sikkerhed i medicineringen i hjemmeplejen eksisterer?	Forekomst af registrerede UTH i det forløbne år	Utsigtede hændelser registreret af hjemmepleje og apotek, vedrørende medicinbehandling i hjemmeplejen
	Udfordringer på medicinområdet i hjemmepleje <ul style="list-style-type: none"> • rammerne omkring medicineringen • vanlig praksis vedrørende medicineringsproces • oplevede barrierer og udfordringer, der resulterer i sikkerhedsproblestillinger • implementerede modeller for forebyggelse af fejl • forslag og ønsker til forbedring af medicineringsprocessen 	<ul style="list-style-type: none"> • Udfyldte observationsskemaer fra observationer i hjemmeplejen • National litteratur om medicinhåndteringsproblemer i plejesektoren • Referat af Workshop 2 over kortlægning af problemstillinger med hjemmeplejen • Hjemmeplejens retningslinjer vedrørende medicinbehandling
<u>Problemstilling 2</u> Hvilke relevante indsatser kan udvikles eller videreudvikles til at afhjælpe væsentlige problemstillinger på medicinområdet i hjemmeplejen?	Mulige indsatser på medicinområdet <ul style="list-style-type: none"> • Forslag og ønsker til indsatser, der kan udvikles eller videreudvikles til at afhjælpe væsentlige problemstillinger på medicinområdet i hjemmeplejen 	<ul style="list-style-type: none"> • Referat af Workshop 3 over ønsker og forslag til indsatser
<u>Problemstilling 3</u> I hvilket omfang og med hvilke ressourcer kan sådanne indsatser leveres til den kommunale hjemmepleje af lokale apoteker?	<i>Gennemførte indsatser</i> <ul style="list-style-type: none"> • Gennemførelse af indsats i pilotafprøvning • Gennemførelse af implementeringsfase • Oplevet relevans • Oplevet ressourceforbrug 	<ul style="list-style-type: none"> • Apotekets referater af <ul style="list-style-type: none"> • observationer i hjemmeplejen • workshop mellem apotek og hjemmepleje • medicinmøder • Dokumentation for implementeringsfasen (PDSA- og dataregistreringsskemaer) • Apotekets og hjemmeplejens tidsregistreringsskemaer • Interview og fokusgruppediskussioner
<u>Problemstilling 4</u> Hvad er den vurderede effekt af den apoteksleverede indsats til den kommunale hjemmepleje?	<i>Deltagervurderede effekter</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vurderet effekt af indsatsen • Oplevet kvalitet • Tilfredshed • Evaluering af samarbejde 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview med farmaceut • Interview med farmakonom • Interview med hjemmeplejeleder • Fokusgruppe med hjemmeplejen • Fokusgruppe med hjemmepleje og apotek

Tabel 1 Oversigt over evalueringsparametre

2.5 Enheder

Med udgangspunkt i de kortlagte problemstillinger for medicin håndteringen blev udviklingsarbejdet indledt i et samarbejde mellem Hillerød Krone Apotek, Hillerød Hjemmepleje Øst og Pharmakons udviklingskonsulenter.

Der blev etableret en lokal lead user-gruppe bestående af:

- hjemmeplejeleder i Hillerøds Hjemmepleje Øst
- en social- og sundhedsassistent i dagvagt, Hillerøds Hjemmepleje Øst
- en social- og sundhedshjælper i dagvagt, Hillerøds Hjemmepleje Øst
- en social- og sundhedsassistent i aftenvagt, Hillerøds Hjemmepleje Øst
- en farmakonom og en farmaceut, Hillerød Krone Apotek.

Lead user-gruppen (herefter refereret til som *deltagerne*) og forskergruppen bidrog til udviklingen og afprøvningen af indsatsen, der blev designet af forskere fra Pharmakon.

Hjemmeplejen i Hillerød er inddelt i tre områder – Øst, Vest og Midt.

Sygeplejen er udskilt af den øvrige hjemmepleje, dvs. at sygeplejerskerne nu sidder fysisk og organisatorisk for sig selv. Sygeplejerskerne starter nye hjemmeplejeborgeres medicin op og varetager ligeledes vanskelige eller komplicerede medicineringer. Sygeplejen deltog ikke i udviklingen eller afprøvningen af indsatsen.

I område Øst er der 6 social- og sundhedsassistenter og 14-15 social- og sundhedshjælpere i dagtimerne, 2 social- og sundhedsassistenter og 6 social- og sundhedshjælpere om aftenen, samt 2 social- og sundhedsassistenter og 2 social- og sundhedshjælpere om natten.

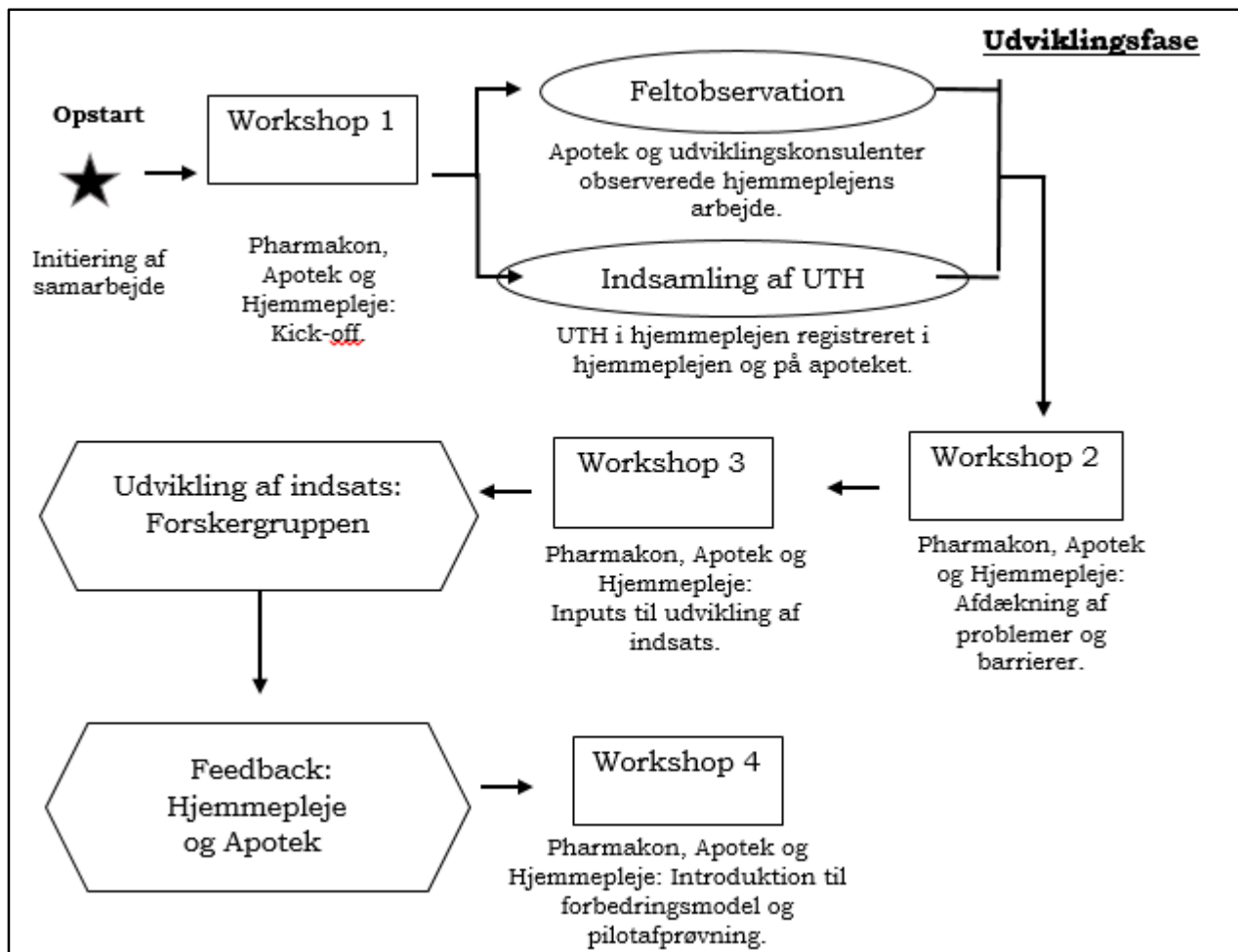
Hjemmeplejen er samlet over frokost i tidsrummet 11.45-12.30. I tidsrummet 12.15-12.30 har de et triageringsmøde, hvor borgerne vurderes ud fra personalets kendskab til deres normalfunktion.

Kapitel 3 – Resultater af udviklingsfasen

I dette kapitel gennemgås resultaterne af:

- kortlægningen af problemer med medicinering
- udviklingen af indsatsen ”Sikker medicinering i hjemmeplejen”.

Figur 1 giver et overblik over de forskellige trin, der blev gennemført i udviklingsfasen.



Figur 1 Overblik over udviklingsfasen

3.1 Kortlægning af problemer med medicineringen i hjemmeplejen

Der blev foretaget observationer af hjemmeplejens vagter af tre udviklingskonsulenter fra Pharmakon, der observerede to vagter med den samme person. Der blev observeret både i dag- og aftenvagter. Farmakonomerne observerede to dagvagter. To sygeplejestuderende supplerede observationerne i Hillerød Kommune med observationer i Roskilde Kommune. De anvendte den samme observationsprotokol. På nogle områder supplerede observationerne fra Roskilde observationerne fra Hillerød (fx mht. manglende efterlevelse af retningslinjer for administration af øjendråber, der blev observeret flere gange i Roskilde, men ikke i Hillerød). Men i de fleste tilfælde støttede observationerne fra Roskilde dem fra Hillerød, og det blev derfor valgt at lade deres observationer indgå i datamaterialet til kortlægningen af problemer.

Problemstillinger blev grupperet efter, hvilken fase i medicinbehandlingsprocessen de hørte under. I Workshop 2 med hjemmepleje og apotek blev medicinbehandlingsprocessen visualiseret, og hjemmeplejen blev opfordret til at hæfte problemstillinger på de forskellige faser, hvorefter farmakonomerne, de sygeplejestuderende og forskerne supplerede med problemstillinger fra observationer og øvrige kilder^(27,28).

Faserne i medicinbehandlingsprocessen er skitseret ud fra deltagerens perspektiv og adskiller sig derfor fra WHO's-klassificering. En fuldstændig oversigt over identificerede problemstillinger med angivelse af kilde ses i Bilag 1. Problemstillingerne er opsummeret i Tabel 2.

I de fleste tilfælde stemte observatørernes kortlægning overens med de problemstillinger, som hjemmeplejen selv pegede på. Dog pegede hjemmeplejen på en række problemstillinger vedrørende borgernes håndtering af egen medicin samt forhold angående samarbejde, kommunikation og koordination, som observatørerne ikke havde afdækket. Omvendt blev der observeret manglende efterlevelse af retningslinjer for korrekt medicinbehandling (fx at antallet af tabletter på medicinliste ikke tælles efter, i forbindelse med at medicin administreres), som hjemmeplejen ikke selv pegede på. Der er således afdækket både erkendte og uerkendte behov hos hjemmeplejen.

De observerede problemstillinger adskiller sig ikke væsentligt fra de problemstillinger, der blev identificeret gennem litteraturen.

WHO-klassifikation af utilsigtede hændelser	Opsummering af identificerede problemstillinger i kortlægning
Ordination	<ul style="list-style-type: none"> • Problemer med medicin, der ikke afhentes på apotek • Manglende overblik over ordinationer • Manglende eller forkert bestilling af medicin
Recepthåndtering	
Receptkontrol	
Håndtering af dosiskort	
Dispensering (og dokumentation)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicin ikke dispenseret eller dispenseret forkert • Manglende dokumentation/retningslinjer for dokumentation • Uhensigtsmæssig håndtering af medicin ved dispensering • Aktuelt medicinskema ikke til rådighed ved dispensering
Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Medicinliste tages ikke frem ved administration • Tabletter i doseringsæske tælles ikke efter • Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet • Medicinindtag observeres ikke
Opbevaring	Samme som under emballering/navngivning. Ingen problemer identificeret angående fx opbevaring af medicin på køl o.lign.
Monitorering	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende viden hos personalet om, hvad der skal observeres • Manglende observation af borgere • Manglende opfølgning på borgers trivsel • Manglende kendskab til borgerens samlede medicinering og sygdom
Levering	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende dag eller tidspunkt i dosisrulle • Sammenligning af medicinskema og antal tabletter trykt på dosispose - antal tabletter tælles ikke • Uoverensstemmelse mellem dosispose og dosiskort, der skyldes uaktuelt dosiskort hos borger • Manglende lægemiddel i dosispakken
Emballering og navngivning	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende navn på doseringsæske • Manglende navn på medicinkasse • Manglende aflåsning af medicinkasse • Låg på doseringsæsker kan falde af (grundet slitage)

Andet	<ul style="list-style-type: none"> • Borgere, der ikke tager medicin, mens hjemmeplejen er til stede • Manglende overblik over borgers medicinering og selvmedicinering • Opfølgning på praktisk medicinanvendelse (fx øjendråber, injektioner og inhalationer) • Retningslinjer for, hvordan observationer af borgers trivsel og helbred bringes videre
Ikke klassificeret	-

Tabel 2 Kortlægning af problemstillinger med medicinhandling i hjemmeplejen

3.2 Udvikling af indsatsen ”Sikker medicinadministration i hjemmeplejen”

Efter at deltagerne havde været involveret i kortlægningen af problemstillinger (Workshop 2), blev deltagerne bedt om at vælge de tre problemstillinger, de anså for mest relevante at arbejde videre med hver især. Nogle af problemstillingerne var sammenfaldende, og de kunne derfor grupperes i følgende kategorier:

Problemstillinger, valgt af deltagere	Uddybning
Bestilling/levering af medicin	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende levering • Problemer vedr. bestilling og levering • Ikke tilstrækkelig medicin til dispensering
Observation af borger	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende/mangelfulde observationer på kort og lang sigt • Manglende/mangelfuld observation af bivirkninger • Manglende handling på baggrund af observationer • Manglende systematik ved observationer
Hvad er den aktuelle medicin?	<ul style="list-style-type: none"> • Uoverensstemmelse mellem medicinliste hos borger og Fælles Medicinkort • Manglende aktuelt medicinskema hos borger • Manglende information om ændringer/seponeringer fra læge (borgeren siger det) • Manglende overlevering
Medicinadministration	<ul style="list-style-type: none"> • Ukorrekt teknisk anvendelse af medicin • Medicinadministration, ikke korrekt til dag og tidspunkt • Glemte medicinadministration • Brug af uaktuelt medicinskema ved medicinadministration • Manglende registrering af afvigelser ved medicinadministration • Borgers selvmedicinering
Vurdering af samlet medicinering	<ul style="list-style-type: none"> • Medicingennemgang ved dosisdispensering, polyfarmaci, interaktioner, manglende overensstemmelse mellem lister
Tværgående problemer med samarbejde, kommunikation, registrering og opfølgning på fejl	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde og kommunikation • Elektronisk system • Registrering af fejl

Tabel 3 Problemstillinger valgt af projektdeltagere

Efterfølgende blev der stemt om, hvilke problemstillinger der skulle arbejdes videre med, hvor problemer ved medicinadministration fik flest, efterfulgt af problemer vedrørende observation af medicinens effekt hos borgeren.

De fire deltagere fra hjemmeplejen blev team-coachet af en udviklingskonsulent til at sætte sig mål og foreslå relevante løsninger på de to overordnede problemstillinger angående medicinadministration og observation af borger.

Opsummering af team-coachingerne fremgår af nedenstående tabeller.

Problemet, der coaches om	Medicinadministration
Målsætning	Alle medarbejdere ved, at, hvad, hvordan og hvornår medicinen til den enkelte borger skal gives. Og gør det. Afvigelser dokumenteres.
Hvilke løsningsmodeller kan vi se?	<ul style="list-style-type: none"> • Når ydelsen medicinadministration modtages fra visitationen, så kunne der ønskes mere information i medicinskemaet. • Eventuelt bruge bemærkninger på køresedlerne. Dem ser vikarer også. • Ønske om, at medicinskemaer bruges mere. Kunne man ændre ydelsen til at hedde "medicinadministration efter skema" – for at tydeliggøre, at medicinskemaet skal anvendes? • Konkurrencer/kampagneuger, hvor der sættes fokus på anvendelse af medicinskemaer. • Registreringer af UTH gøres lettere. Udfordringerne er elektroniske, frygt og tidsmangel. • Kan PDA'en bruges? Kunne der fx kvitteres med et hak, når man har administreret medicin efter skema? • Kan der oprettes koder til afvigelser?
Hvordan kan apoteket bidrage til løsninger?	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan skal medicin gives? Det kan apoteket undervise hjemmeplejen i. • Apoteket kan lave både borgerrettet og personalerettat medicintjek. • Invitere apoteket til møde og gennemgå medicinudfordringer. Eventuelt kan apoteket tilsendes et antal medicinskemaer forud, som der kan gives supervision på. • Apoteket observerer planlagt eller uplanlagt med efterfølgende opfølgning. • Kan hjælpe hjemmeplejen med at arbejde med Den Danske Kvalitetsmodel og sikker medicinering. • Hjemmeplejen har 14 dage til at komme ind på borgeren – det kunne være på det tidspunkt, hvor apoteket blev involveret?
Hvilke barrierer er der for, at vi kan komme i mål med løsningen?	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi - hvad koster apotekets hjælp? • Systemet og personalets reaktion på forandringer. • IT. • Forskellige faggrupper er involveret. • UTH'er dokumenteres måske ikke altid.
Hvad mangler der for at vi kan komme videre?	<ul style="list-style-type: none"> • Klarhed over, hvor medicinaftalen for borgeren befinder sig. Hvad er aftalen, og er der en?

Table 4 Teamcoaching om medicinadministration

Problemet der coaches om	Observation af borgere
Målsætning	Social- og sundhedsassistenter viderebringer til social- og sundhedshjælperne, hvad og hvornår der observeres på borgeren mht. medicin, samt følger op.
Hvilke løsningsmodeller har vi?	<ul style="list-style-type: none"> • Medicinhandleplan. • Opfølgingsdato indføres, hvor lang tid observeres mv? • Spørg borgeren om det, der skal observeres. • Relevante observationspunkter skitseres – fx afføring. • Tjekliste, der kan hives frem ved dosering – der kan fx stå: ”jeg skal huske at spørge borger om xx”. Evt. som en side efter medicinskemaet. • Der skal stå i behandlingsplanen, hvornår borgerens medicinering skal evalueres ved egen læge. • Opfølgingsdato skal være elektronisk, og der skal være en alarm for opfølgning. • Kan lægen selv forpligtes til at følge op?
Hvordan kan apoteket bidrage til løsninger?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge og/eller apotek skal ind over i forhold til, hvornår der kan evalueres på behandlingseffekt – går der en uge eller en måned, før virkning indtræffer? • Hotline til apoteket ved tvivl om bivirkninger. • Assistent-/sygeplejemøde – apoteket gennemgår gængse medicintyper. • Liste over de mest relevante bivirkninger (fx opioider og forstoppelse). • Til udvikling af tjekliste (se ovenfor).
Hvilke barrierer er der for, at vi kan komme i mål med løsningen?	<p>Kommunikation med lægerne. Ansvarsplacering – hvem har ansvaret for borgeren? Hvor samles observationerne, og hvordan forankres observationer i organisationen? Tid. Kompetencer. Løst tilknyttede medarbejdere. Hvilke bivirkninger skal på listen? Hvad er vigtigt? Opdateret viden.</p>

Tabel 5 Teamcoaching om observation af borgere

Ud fra deltagernes valg af problemstillinger og den efterfølgende team-coaching kan der peges på en række relevante indsatser, der kan løse problemer angående medicin håndtering i hjemmeplejen.

Indsatser rettet mod medicinadministration og personalets observation af borgerne kunne, ifølge deltagerne, især være relevante. Projektdeltagerne pegede på, at apotekets rolle både kunne være undervisende, superviserende, konsulterende og inspicerende. udviklingskonsulenternes observationer i hjemmeplejen pegede på, at der var et uerkendt behov for at arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for korrekt medicin håndtering⁽²⁹⁾.

Ud fra deltagernes ønsker samt de afdækkede (erkendte og uerkendte) behov blev der udviklet en indsats målrettet medicinadministrationen i hjemmeplejen.

Med udgangspunkt i hjemmeplejens målsætning for medicinadministration og deres ønsker til løsninger blev der udviklet en intervention og en model for en implementeringsfase.

Hjemmeplejens målsætning var:

”Alle medarbejdere ved, at, hvad, hvordan og hvornår medicinen til den enkelte borger skal gives. Og gør det. Afvigelser dokumenteres”.

I målsætningen ligger der et fokus på korrekt medicinadministration og ikke et fokus på farmakoterapeutisk virkning af medicinen eller en stillingtagen til borgernes behandling. Når der i målsætningen står ”hvad”, så refereres der til antallet af tabletter og ikke til, hvilken medicin der er tale om. Social- og sundhedshjælpere behøver ikke kende til medicinen, men blot tælle antallet af tabletter ved medicinadministration. Det var både Pharmakons og hjemmeplejens ønske, at indsatsen skulle målrettes både social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

Hjemmeplejen gav udtryk for, at processen i udviklingsforløbet havde været lærerigt og givet dem nye perspektiver på deres medicin håndtering. Derfor blev det valgt at bibeholde nogle af elementerne i selve indsatsen i en tilpasset form. Således indgår observationer og en workshop med det formål at afdække problemstillinger og give forslag til løsninger, i indsatsen.

Indsatsen omfatter apotekspersonalets observation af medicinadministration til borgerne, workshop for plejepersonalet afholdt af apotekspersonalet for at beskrive processen og identificere aktuelle problemstillinger, medicinmøder mellem apoteks- og plejepersonale med forskelligt fagligt fokus (se Tabel 6 og endvidere Figur 3).

Indsatsen blev udviklet på baggrund af inspiration fra lignende indsatser med fokus på korrekt medicinadministration, hvor der er gjort erfaring med, hvilke tiltag der giver effekt⁽³⁰⁾. Hjemmeplejens målsætning er ambitiøs, og med al sandsynlighed ikke realiserbar med en enkeltstående indsats – det er en langsigtet målsætning, en vision, som hjemmeplejen fremover må arbejde med. Derfor blev det besluttet at understøtte indsatsen med en implementeringsfase, der kunne hjælpe hjemmeplejen til det langsigtede arbejde mod deres målsætning.

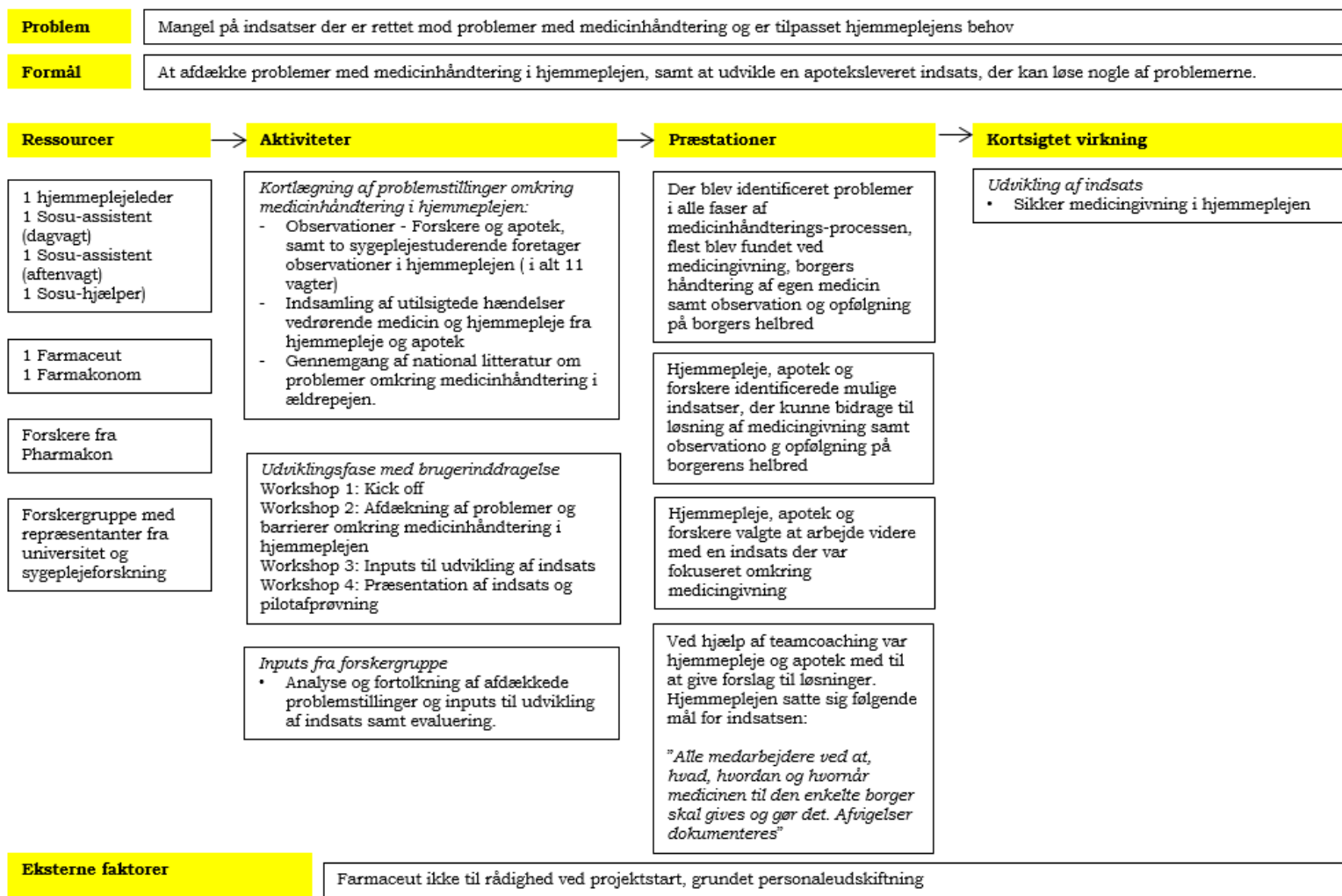
Indsatsen blev i projektet leveret af en farmakonom og en farmaceut i samarbejde. En oversigt over indsatsen og dens elementer fremgår af Tabel 6. Tabellen beskriver indsatsen, som den var tiltænkt. I udgangspunktet skulle apoteket være leverandør af alle indsatsens fire elementer, herunder ”Tjek på medicinadministration”. Implementeringsmodellen ”Tjek på medicinadministration” er en støtte til at udvikle processen for medicinadministration og gøre den mere sikker, eksempelvis gennem brug af forbedringsmodellen. I pilotafprøvningen blev implementeringen dog ledet af forskere fra Pharmakon.

Element	1. Observation	2. Workshop	3. Medicinmøder	4. Tjek på medicin-administration (implementering)
Indhold	En medarbejder fra apoteket følger en eller flere medarbejdere i hjemmeplejen, når de giver medicin til borgerne.	Der holdes en workshop med alle involverede medarbejdere fra apotek og hjemmepleje.	En medarbejder fra apoteket holder medicinmøder med personalet fra hjemmeplejen. Med udgangspunkt i plejepersonalets ønsker berøres fx praktisk brug af medicin, substitution og sikker håndtering af medicin.	Apoteket bidrager – på basis af observationer og workshop - til at udvikle, beskrive og implementere hjemmeplejens instrukser for medicin-administration. Hertil bruges fx Forbedrings-modellen.
Formål	At få indtryk af arbejdet i hjemmeplejen og at observere problemstillinger vedrørende medicin-administration. At få en status for, i hvilken grad retningslinjerne for medicin-administrationer følges, og om de er hensigtsmæssige, samt at give feedback til hjemmeplejen herpå.	At beskrive medicin-administration i hjemmeplejen og at identificere udfordringer og problemstillinger samt mulige løsninger herpå. Dette dels med henblik på at fastlægge indholdet af medicinmøderne, dels for at starte udviklingen af arbejdsgange for medicin-administration.	At øge personalets tryghed og sikkerhed ved medicinadministration for derved at øge patient-sikkerheden for borgerne.	At støtte hjemmeplejens udvikling og implementering af sikre og rationelle arbejdsgange ved medicin-administration. At give hjemmeplejen ”hjælp til selvhjælp”.
Forløb og tidsforbrug	Der gennemføres observationer af mindst 2 medarbejdere af 1-2 timers varighed. Hertil kommer forberedelse og opsummering.	Gennemføres med deltagelse af så mange medarbejdere i hjemmeplejen som muligt. Workshoppen varer 3 timer. Hertil kommer forberedelse og opsamling.	Gennemføres 3 gange for en gruppe/et team på 4-6 medarbejdere fra hjemmeplejen. Hvert møde varer 1½ time. Hertil kommer forberedelse.	Forløb og tidsforbrug aftales for det enkelte forløb og afhænger af hjemmeplejens behov. Det kan fx være 1½-2 timers introduktion til at bruge Forbedrings-modellen og efterfølgende korte ugentlige møder på 10 minutter, fx gennem 4-6 uger.

Tabel 6 Indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen"

3.3 Virkningsevaluering for udviklingsfasen

Et overblik over resultaterne af udviklingsfasen er præsenteret i nedenstående virkningsevalueringsskema, der indeholder problem, formål samt de ressourcer, der var til rådighed i projektet, de aktiviteter, der er gennemført, de præstationer, der er opnået, og som fortæller noget om, i hvilken grad udviklingen blev gennemført som tiltænkt, samt resultatet af udviklingsfasen på kort sigt.



Figur 2 Virkningsevaluering for udviklingsfasen

Kapitel 4 – Resultater af pilotafprøvning og implementeringsfase

I dette kapitel gennemgås resultaterne af:

- pilotafprøvningen af indsatsen
- implementeringsfasen.

4.1 Indsatsens implementérbarhed

I pilotafprøvningen blev indsatsen ”Sikker medicinadministration i hjemmeplejen” afprøvet. En farmaceut og en farmakonom leverede tre af indsatsens fire elementer til udvalgte medarbejdere fra en hjemmeplejeenhed, samt to af de tre medarbejdere, der deltog i udviklingsfasen (hjemmeplejeleder, tre social- og sundhedshjælpere og fem social- og sundhedsassistenter, herunder to planlæggere), én gang. Hvilket vil sige, at ikke hele personalegruppen modtog indsatsen.

Apotekspersonalet observerede to vagter i hjemmeplejen. Formålet var at få kendskab til arbejdet i hjemmeplejen, samt at afdække problemstillinger med medicin håndtering. Apoteket holdt dernæst en workshop for hjemmeplejen, hvor de i fællesskab kortlagde problemstillinger og fandt mulige løsninger. De aftalte også indholdet på de efterfølgende medicinmøder.

Der blev afholdt tre medicinmøder med følgende indhold: sikker medicin håndtering, kvalitetsarbejde, substitution, dosisdispensering, læsning af medicinskemaer, compliance og UTH'er (se endvidere Figur 3). Igennem medicinmøderne blev der også samlet op på, hvilke problemstillinger og mulige løsninger der skulle arbejdes videre med i implementeringsfasen. I gennemsnit deltog 5 medarbejdere fra hjemmeplejen på medicinmøderne.

Det fjerde af indsatsens elementer ”Tjek på medicinadministration”, der har til formål at støtte hjemmeplejens udvikling og implementering af sikre og rationelle arbejdsgange ved medicinadministration, blev leveret af udviklingskonsulenter fra Pharmakon. Da projektets tidsramme var fremskreden, var der desværre ikke tid til at kompetenceløfte apotekspersonalet, så de kunne varetage implementeringsstøtten.

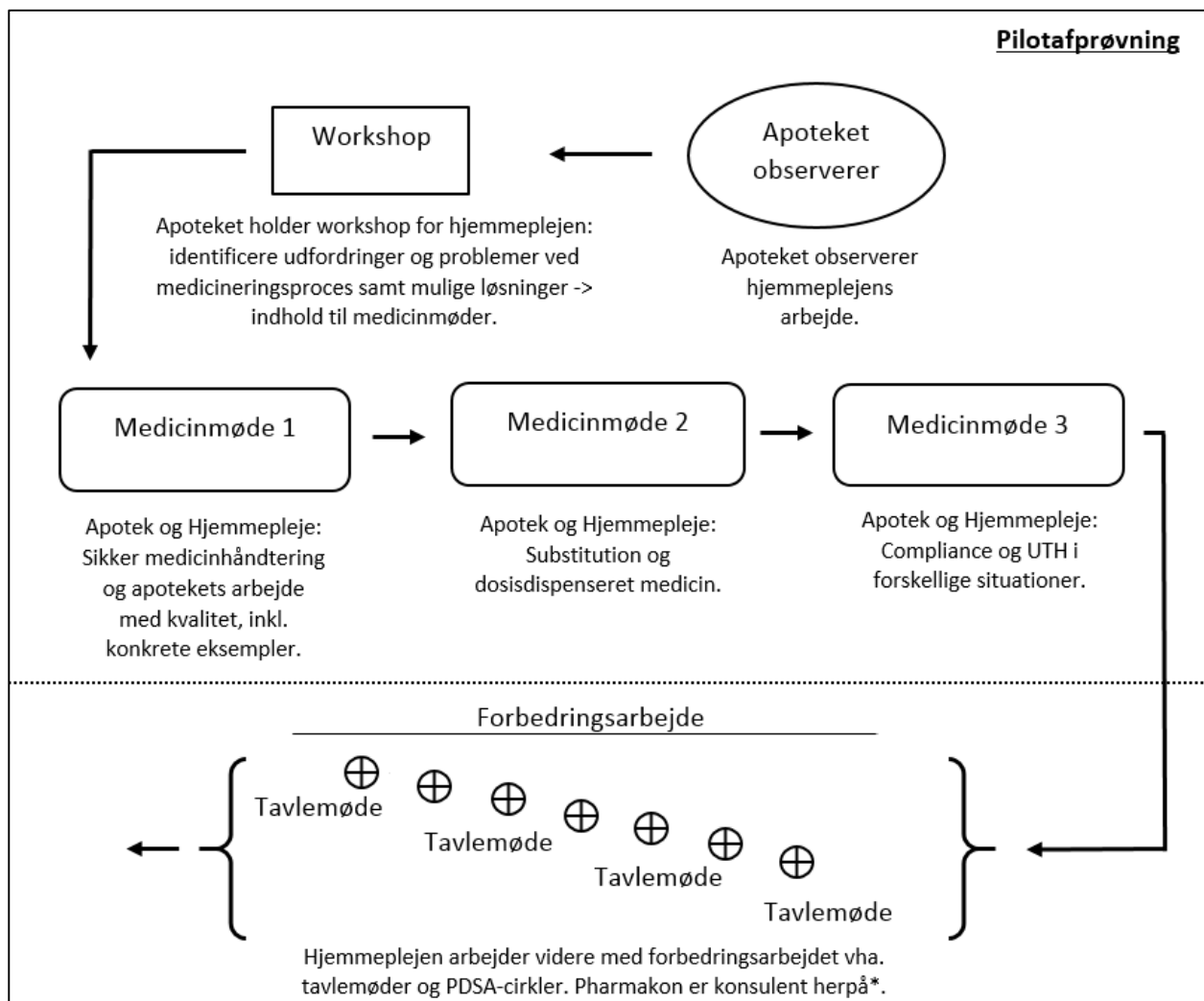
Der kan derfor evalueres på relevans og effekt af implementeringsfasen, men ikke på apoteket som leverandør af implementeringsstøtte.

Interview og fokusgruppediskussioner giver både hjemmepleje og apotek udtryk for, at de har fundet indsatsen relevant.

Hjemmeplejen har desuden givet udtryk for, at der har været en god sammenhæng mellem indsatsen og implementeringsfasen. Således er de indsatsområder, der er afdækket og berørt i indsatsen, fulgt med over i implementeringsdelen, hvilket har betydet, at fokus på indsatsområderne er blevet fastholdt.

Hjemmeplejepersonalet giver udtryk for, at det giver nye vinkler på arbejdsgange, når de har apoteket med på observation. De stiller andre spørgsmål. De har oplevet, at apoteket har givet nyttig og konstruktiv feedback efterfølgende.

Figur 3 giver et overblik over de elementer, der indgik i pilotafprøvning og implementeringsfase.



Figur 3 Overblik over pilotafrøvnning og implementeringsfase

Indsatsen kræver, at både hjemmepleje og apotek investerer tid til forberedelse, deltagelse og efterarbejde i forhold til indsatsens elementer.

Apotek og hjemmepleje blev også spurgt til deres oplevelse af tidsforbruget i interview og fokusgruppediskussioner. Her havde de svært ved at adskille projektets udviklingsfase fra afprøvningsfasen, når de skulle forholde sig til tidsforbruget.

Apotekspersonalet giver udtryk for, at det kræver planlægning at trække to medarbejdere ud af arbejdsskemaet. Det samme gør sig gældende i hjemmeplejen. Her giver samtlige medarbejdere dog udtryk for, at de gerne så indsatsen leveret til alle deres kolleger og ikke kun en udvalgt gruppe.

Både apotek og hjemmepleje giver udtryk for, at indsatsen er relevant også i lyset af deres tidsforbrug. Der er ikke spurgt direkte til hjemmeplejens mulighed eller villighed til at betale.

Implementeringsfasens varighed blev både vurderet varierende fra tilstrækkelig og relevant til for lang.

4.2 Vurderet effekt af indsatsen

Vurderingen af indsatsens effekt er inddelt i:

- vurderet effekt af indsatsen
- vurderet effekt af implementeringsfasen
- konkrete effekter af indsats og implementering.

4.2.1 Vurderet effekt af indsatsen

I forhold til Kvalifikationsrammen for Livslang Læring har de tre første elementer i indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" (observationer, workshop og medicinmøder) ført til øget praksisnær viden og konkrete praktiske færdigheder for hjemmeplejepersonalet i relation til korrekt medicinadministration.

Hjemmeplejepersonalet har opnået afgrænset og praksisnær viden om sikker medicinadministration i form af:

- større forståelse for medicinbehandlingsprocessen, herunder øget fokus på medicinadministrationen
- øget viden om sikker og korrekt medicinadministration.

Konkrete praktiske og kommunikative færdigheder vedrørende medicinadministration i form af:

- øget følelse af tryghed ved medicinadministration
- øget bevidsthed om hinandens faglighed og kompetencer (både for apotek og hjemmepleje).

Konkrete praktiske kompetencer vedrørende medicinadministration:

- optimerede arbejdsprocedurer. Apotek og hjemmepleje bruger ny viden om hinanden til at optimere egne arbejdsprocedurer til gavn for den anden part.

Større forståelse for medicinbehandlingsprocessen, herunder øget fokus på medicinadministration

Der var bred enighed om, at indsatsen gav en større forståelse for medicinadministration; en social- og sundhedshjælper udtrykker det således:

"Man bliver meget mere bevidst omkring det her medicin, man går og giver til daglig. Der er mange ting, man måske nok har tænkt over, men som ikke har været så synliggjort, og det synes jeg det er blevet. Jeg synes, der er rigtig mange ting at tage hensyn til, og rigtig mange ting at tænke over. Det har været rigtig spændende." (Hjemmepleje 1)

Social- og sundhedsassistenten giver også udtryk for, at indsatsen har ført til et skift i fokus:

"Altså nogle ting har det [indsatsen gjort en forskel for mig], fordi så har jeg set, at der er nogle andre, der har opdateret et medicinskema og måske sat nogle andre tidspunkter på, som egentlig er de rigtige. Eller, så kommer jeg også ved nogle borgere, hvor der er to borgere, der får medicin, og så var der ikke navn på begge bokse, og der er det, "nå ja" Jeg ved det jo godt, men når alle de kommer, som ikke kender borgerne, de kan jo hurtigt tage fejl ikk'. Så det skyndte jeg mig da lige at få tjekket op på." (Hjemmepleje 3)

Visualiseringen af medicinbehandlingsprocessen er en øjenåbner og hjemmeplejepersonale, inklusive hjemmeplejelederen nævner det flere gange. Det er nyttigt – især for hjælperne – at se, hvilken kompliceret proces der er tale om.

"Alle kortene blev visuelt et fint billede på, hvordan processen er, og hvor mange fejlmuligheder der er – det er et stort og vigtigt område, vi gik i gang med." (Hjemmepleje 4)

Derudover peger en af social- og sundhedsassistenterne på, at det var godt at have en fælles brainstorming over alt, hvad der kan gå galt ved medicinadministrationen, det gør hende og kollegerne mere bevidste i hverdagen:

"Det var rigtig godt. Jeg syntes det var meget konkret, og jeg syntes, det var noget, mine kolleger skulle have glæde af. Jeg syntes, det var rigtig ærgerligt, det kun var den lille gruppe. (...) Jeg tror

[mine kolleger] ville have fået større fokus på at give den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt. Også lidt mere forståelse for alle de her sedler [dataindsamling], vi skal rende og lave. (...) Vi lavede en brainstorm, og det var det, der var så godt. Og vi kogte det ned til nogle emner, der baserede sig på de problematikker, vi kom med.” (Hjemmepleje 3)

En anden social- og sundhedshjælper har lagt mærke til, at den øgede fokus på medicinadministrationen har ført til, at der er kommet mere tjek på medicinen i medicinadministrations-situationen:

”Der blevet mere tjek på medicinen. Hver gang man kommer ud, så synes jeg da, at der er mere tjek på medicinen og på medicinskemaet og alt det der. Jeg ved godt, man gjorde det også før, men måske ikke sådan, som man gør nu, når man har listen vel. Så jeg har fået meget ud af det. Virkelig meget.” (Hjemmepleje 2)

Social- og sundhedshjælperne har fået meget ud af at deltage i workshoper og medicinmøder. De varetager udelukkende selve medicinadministrationen i deres arbejde, og begge de interviewede social- og sundhedshjælpere giver udtryk for, at indsatsen har givet dem en større forståelse for medicinadministrationsprocessen og deres ansvar i den store sammenhæng:

”Jeg er [sosu]hjælper, og jeg har fået rigtig meget med – det siger [Hjemmepleje 2] også. Det gør arbejdet mere spændende for os hjælpere, at vi får mere forståelse for vores ansvar. - Mere forståelse!” (Hjemmepleje 1)

Øget viden om korrekt og sikker medicinadministration

Plejepersonalet nævner, at de oplever at have fået mere viden om sikker medicinadministration, medicin håndteringsprocessen, substitution og medicinpriser, compliance, praktisk brug af medicin, samt om apotekets arbejdsgange, og hvordan apoteket og hjemmepleje kan hjælpe hinanden. En medarbejder fra hjemmeplejen udtrykker det således:

”Det var utroligt meget, man egentlig fik ud af det. Også sådan noget som kopimedicin, hvad medicinen egentlig koster. Det var meget interessant, det havde jeg ikke forventet at høre om. Det var rigtig godt. Det var der godt mange, der kunne have glæde af at høre.” (Hjemmepleje 1)

De har også fået viden om registrering og håndtering af utilsigtede hændelser, men denne viden har ikke fæstnet sig eller udmøntet sig i konkrete færdigheder eller ændringer af arbejdsgange.

Øget følelse af tryghed ved medicinadministration

En af de problemstillinger, der fyldte meget for hjemmeplejen, var usikkerhed om intervaller mellem medicinindtag – hvornår kan en medicinadministration rykkes? Hvor meget kan den rykkes? Og hvilke medicinadministrationer må der ikke ske forskydninger i intervallet på? Det var noget, de fik afklaret på et medicinmøde med apoteket. Det gav ikke anledning til, at de ændrede arbejdsgange, for det viste der sig ikke at være behov for, men de fik en sikkerhed for, at deres daglige praksis er o.k. Ligesom de fik vished om, hvilke medicinadministrationsintervaller der er særligt følsomme – fx hos parkinsonpatienter.

Øget bevidsthed om hinandens faglighed

Både i hjemmeplejen og på apoteket har samarbejdet i forbindelse med indsatsen ført til en større forståelse for og bevidsthed om hinandens faglighed og arbejdsgange. For hjemmeplejen har det betydet, at de bruger apoteket mere aktivt som en faglig ressource til afklaring af usikkerheder, fx:

”De [apoteket] sagde ”ring bare eller kom forbi” Og vi tænkte, ”Nåh må vi det? Kan vi det? (...) Dejligt, at vi må bruge dem. Det har vi allerede benyttet. Det betyder, at en opgave hurtigt bliver løst, når vi kan få svar på usikkerheder ved at ringe til apoteket.” (Hjemmepleje 4)

Det har også ført til, at hjemmeplejepersonalet har fået øjnene op for, at apoteket kan bruges som faglig ressource, og så har det konkret betydet, at hjemmeplejen er begyndt at bruge

korrespondancemeddelelser frem for at ringe, hvis de skal bestille noget til en borger. Det gør håndteringen af henvendelsen mere sikker, idet dokumentationen bibeholdes i systemet, og det aflaster apoteket, at de ikke skal tage imod beskeden per telefon.

Også på apoteket har det ført til en øget indsigt i hjemmeplejens arbejdsgange, hvilket igen har ført til, at apoteket har optimeret nogle arbejdsgange i forbindelse med betjening af kunder med relation til hjemmeplejen, eksempelvis når pårørende afhenter medicin:

"Vi er blevet obs. her på apoteket, meget obs. på at gøre en ekstra indsats når det er en pårørende, der kommer og skal hente medicinen" (Apotek 2)

For alle parter har det haft en positiv betydning at have fået sat ansigt på en vigtig samarbejdspartner, og de giver udtryk for, at de taler sammen på en anden måde end før og gør mere brug af hinanden.

Optimerede arbejdsprocedurer

Både hjemmepleje og apotek har haft fokus på optimering af arbejdsprocedurer, der berører den anden part. Det betyder blandt andet, at apoteket er særligt opmærksomt på bestilling og afhentning af medicin, der vedrører hjemmeplejen. Hjemmeplejelederen forklarer:

"En af mine medarbejdere, der ikke er med i projektet, fortalte, at hun havde ringet til [projektapoteket] og var blevet spurgt, om det var hjemmeplejen, der doserede, så skulle det jo ikke være blister [-pakninger, af hensyn til det fysiske arbejdsmiljø]. Flere assistenter har også sagt, at det er vigtigt, at der bliver skrevet en seddel med, hvilken medicin der skal hentes – så kan hjælperen hente det rigtige" (Hjemmepleje 4)

Det har også betydet, at hjemmeplejen er blevet opmærksom på muligheden for at lade bestillinger gå gennem korrespondancemeddelelser – elektroniske meddelelser. Dette sparer tid for både apotek og hjemmepleje og gør bestilling mere sikker, idet dokumentationen for bestilling ligger i systemet.

4.2.2 Vurderet effekt af implementeringsfasen

Implementeringsfasen blev støttet gennem forbedringsmodellen igennem 14 uger. Støtten blev varetaget af udviklingskonsulenter fra Pharmakon og bestod i støtte til hjemmeplejelederen samt deltagelse ved ugentlige tavlemøder.

På de 14 uger er der gennemført 14 tavlemøder. I den periode har hjemmeplejen gennemført 15 PDSA'er - som er betegnelsen for de små afprøvninger af løsninger, som forbedringsmodellen bygger på.

De 15 PDSA omhandlede følgende:

- 6 PDSA om, at der skal navn og cpr-nummer på alle doseringsæsker.
- 3 PDSA om implementering af tjekliste til medicinadministration⁽¹⁾ (diverse sproglige tilpasninger).
- 2 PDSA, der skal afklare, om der er opdateret medicinliste tilgængelig i hjemmet.
- PDSA, der skal afklare, om medicinen gives på rette tidspunkt.
- PDSA, der skal afprøve en løsning om, hvordan hjemmeplejen sikrer, at borgeren får hentet medicin.
- PDSA, der skal undersøge, om borgeren tager sin medicin, når hjemmeplejen er der, eller udskyder medicinindtag.

¹ Tjekliste til sikker medicinadministration er udarbejdet i forbindelse med patientsikkerhedskonceptet I sikre hænder. Tjeklisten omhandler de trin, som plejepersonalet skal gennemføre i forbindelse med medicinadministration, hvis de skal leve op til den gældende lovgivning på området. Tjeklisten kan findes her: <http://isikrehænder.dk/media/1537/tjekliste-sikker-medicinadministration.pdf>

- PDSA, der skal undersøge, om antallet af tabletter på medicinskema og i doseringsæske stemmer overens.

Gennem fokusgruppediskussionen blev deltagernes holdning til, hvorvidt og hvordan apoteket eventuelt kunne være leverandør af implementeringsstøtte til hjemmeplejen. Forbedringsmodellen var den konkrete metode, der blev valgt til implementering; men der findes også andre metoder til implementering. Apotekspersonalet gav udtryk for, at de havde følt sig lidt hægtet af efter indsatsen, og fra implementeringsfasen blev påbegyndt. De blev inviteret til at overvære tavlemøder for at opnå erfaring med metoden; men det viste sig vanskeligt at få det til at passe ind i vagtplanen. Derfor påpeger apoteket, at implementeringsstøtten måske kan være i en anden form eller hyppighed end ugentlige tavlemøder a 15 minutters varighed. Hjemmeplejelederen ser en værdi i, at nogen efterspørger data, og at implementeringsstøtten kunne have til formål at efterspørge data og give sparring om de næste trin for den, der leder forbedringsarbejdet.

Når datamaterialet analyseres ud fra Kvalitetsmodellen for Livslang Læring, ses det, at hjemmeplejepersonalet som følge af implementeringsfasen opnår følgende konkrete og praktiske kompetencer i relation til sikker medicinadministration:

- Hjemmeplejen anvender data til at drive implementeringsprocessen (forbedringsarbejdet).
- Antagelser om problemer med sikker medicinadministration afkræftes ved hjælp af data.
- Større efterlevelse af lovgivning (fx navn og cpr-nummer på doseringsæsker, optælling af tabletter ift. medicinliste, sikring af aktuell medicinliste findes i hjemmet).
- Regelmæssige tavlemøder bruges til at give implementeringsarbejdet fokus, struktur og kontinuitet.
- Implementering af "Tjekliste til medicinadministration" øger sikkerheden og trygheden ved medicinadministration.
- Der er ønske om og vilje til spredning af forbedringsmodellen til kolleger hos de deltagende medarbejdere og leder.

Data driver implementeringsprocessen, og antagelser om problemer afkræftes

Hjemmeplejen fremhæver, at flere myter om problemer blev aflivet ved at måle, i hvilken grad problemet eksisterede. Gennem datadrevet forbedringsarbejde har hjemmeplejen fået aflivet tre forestillinger om problemer, der viste sig ikke at holde stik:

- Der bliver tabt mange tabletter i forbindelse med medicindispensering og -givning.
- Mange borgere ønsker at tage medicinen senere – når hjemmeplejen ikke er der.
- Ruller med dosisdispenseret medicin er der sjældent, når den skal tjekkes (ved modtagelse af dosisdispenseret medicin, tjekkes tabletterne for første døgn op imod det aktuelle medicinskema)

Planlæggeren fra hjemmeplejeenheden udtrykker det sådan:

"Jeg synes også, man kan fornemme, at fokus har ændret sig. Nogle gange har man den fornemmelse, at det er næsten alle steder, der bliver tabt piller, men når man så undersøger det, så passer det ikke. Så det er også sjovt at have sådan en ahaoplevelse." (Hjemmepleje 5)

Hjemmeplejen giver udtryk for, at aflivningen af myter gør, at man kan flytte fokus fra ikkeeksisterende problemer eller små problemer til større og mere relevante problemer.

Regelmæssige tavlemøder bruges til at give implementeringsarbejdet fokus, struktur og kontinuitet

Selvom en enkelt medarbejder synes, at forløbet vedrørende forbedringsarbejdet var langvarigt og lidt langsommeligt, så var de fleste medarbejdere enige om, at tavlemøderne var nyttige. De beskriver tavlemøderne som fokuserede og skarpe, og at de har nået meget i løbet af møderne. Tavlemøderne giver dem retning i det videre forbedringsarbejde – hvad de konkret skal gøre for at komme videre. At trinene i implementeringsprocessen bliver små og konkrete, opleves som frustrerende af social- og sundhedsassistenten – der giver udtryk for, at hun ønsker, at forandringer skal ske hurtigere:

"Lidt tungt nogle gange. Hver en ny lille handling, så skulle der laves en ny. (...) Nogle gange skulle der laves mange, én ting-agtigt." (Hjemmepleje 3)

Alle medarbejderne samt hjemmeplejelederen ønsker at fortsætte med forbedringsarbejdet og tavlemøderne. Tavlemøderne er også en måde at bibeholde fokus på forbedringsarbejdet i en travl hverdag. Planlæggeren beskriver det således:

"Kan ikke undværes, når der også er alle de andre ting i hverdagen." (Hjemmepleje 5)

Implementering af "Tjekliste til medicinadministration" øger trygheden ved medicinadministration
Et af hjemmeplejens tiltag til at forbedre sikkerheden ved medicinadministration var at påbegynde implementeringen af en tjekliste til medicinadministration. De to social- og sundhedshjælpere giver udtryk for, at tjeklisten giver dem en større følelse af tryghed angående medicinadministrationen.

"Jeg føler mere tryghed ved at have de skemaer at krydse af. Så er jeg sikker på, at jeg får gjort det, som jeg skal. Det synes jeg. Det giver lige det sidste der. (...) Jeg ved ikke, om borgeren kan mærke det. Det kan de vel på en eller anden måde." (Hjemmepleje 2)

Når social- og sundhedshjælperne har kunnet svare ja til spørgsmålene, så er de sikre på, at de har gjort, hvad de skulle. Social- og sundhedsassistenten får ikke brugt tjeklisten, mens hun er hos borgeren og udfylder den først efterfølgende.

"Jamen jeg har ikke haft de der sedler [medicinadministrations-skemaer] med inde hos borgerne, jeg har mest gjort det ude på cyklen, eller når jeg er kommet ind [tilbage i hjemmeplejen]. (...) Jeg synes bare, jeg har travlt, når vi kommer ind ad døren, så vi skal bare gøre det, som vi skal." (Hjemmepleje 3)

Ved afslutning af afprøvningsperioden var tjeklisten ikke fuldt implementeret, men blev brugt i gennemsnit på 10 ud af 30 daglige medicinadministrationer [4-16], over en 14 dages periode.

Ønske om og vilje til spredning

Hjemmeplejelederen oplever, at nogle medarbejdere er gode til at adoptere tjeklisten til medicinadministration. Hun giver et eksempel på en tilkaldevikar, der benytter tjeklisten konsekvent og bærer informationen videre, hvis han har været nødt til at sætte kryds i nej (fx at der var 4 tabletter, hvor der skulle have været 5). Andre medarbejdere benytter tjeklisten, men får måske ikke båret informationen videre, for det ligger implicit. Hjemmeplejen reflekterer i løbet af fokusgruppediskussionen over, om der skal stå eksplicit på tjeklisten, hvad man skal gøre, hvis man har været nødt til at svare nej.

Hjemmeplejelederen ønsker at fortsætte forbedringsarbejdet og har en plan for at sprede til aftenvagterne, når processerne er stabile for dagvagterne. Herefter ønsker hun at sprede til sin egen enhed og dernæst til den tredje og sidste enhed. Hun har sin nye leders opbakning til dette.

4.2.3 Opsummering af konkret udbytte af indsats og implementering

Evalueringen af indsatsens effekt er baseret på interview og referater, der dokumenterer den gennemførte indsats, samt implementeringsfasen. Der er derfor ikke målt kvantitativt på konkrete effekter af indsats og forbedringsarbejde. Dataindsamlingen dokumenterer dog konkrete og oplevede forbedringer, der er sket som følge af den apoteksleverede indsats og implementeringsfasen.

Viden og forståelse

- Hjemmeplejen har blandt andet fået (øget) viden om:
 - medicin håndteringsprocessen og de problemer, der kan knytte sig dertil
 - sikker medicinadministration
 - substitution

- medicinpriser
- aflæsning af medicinskema
- tidsintervaller for medicinindtag (i hvilke tilfælde kan medicinindtag forskydes, i hvilke ikke?)
- compliance (borgers håndtering af egen medicin)
- (registrering og opfølgning på utilsigtede hændelser – de nævner det kort, men det har ikke ført til ændringer i praksis).

Færdigheder og kompetencer, der styrker kommunikation og samarbejde

- Bruger nu korrespondancemeddelelser til at kommunikere med apoteket.
- Bruger apoteket som faglig ressource – hurtig afklaring af tvivl.
- Øget samarbejde om afhentning af medicin til hjemmeplejen – bedre information om, hvad der skal hentes – samt udlevering af medicin, der ikke er i blisterpakninger.

Kompetencer til datadrevet forbedringsarbejder, der afkræfter antagelser om problemer

- Det er afkræftet, at mange borgere udskyder deres medicinindtag til, efter hjemmeplejen er gået.
- Det er afkræftet, at mange borgere ikke afhenter deres dosisdispenserede medicin.
- Det er afkræftet, at der bliver tabt meget medicin i forbindelse med dispensering og medicinadministration.

Kompetencer til selvstændigt og kontinuerligt forbedringsarbejde udviklet

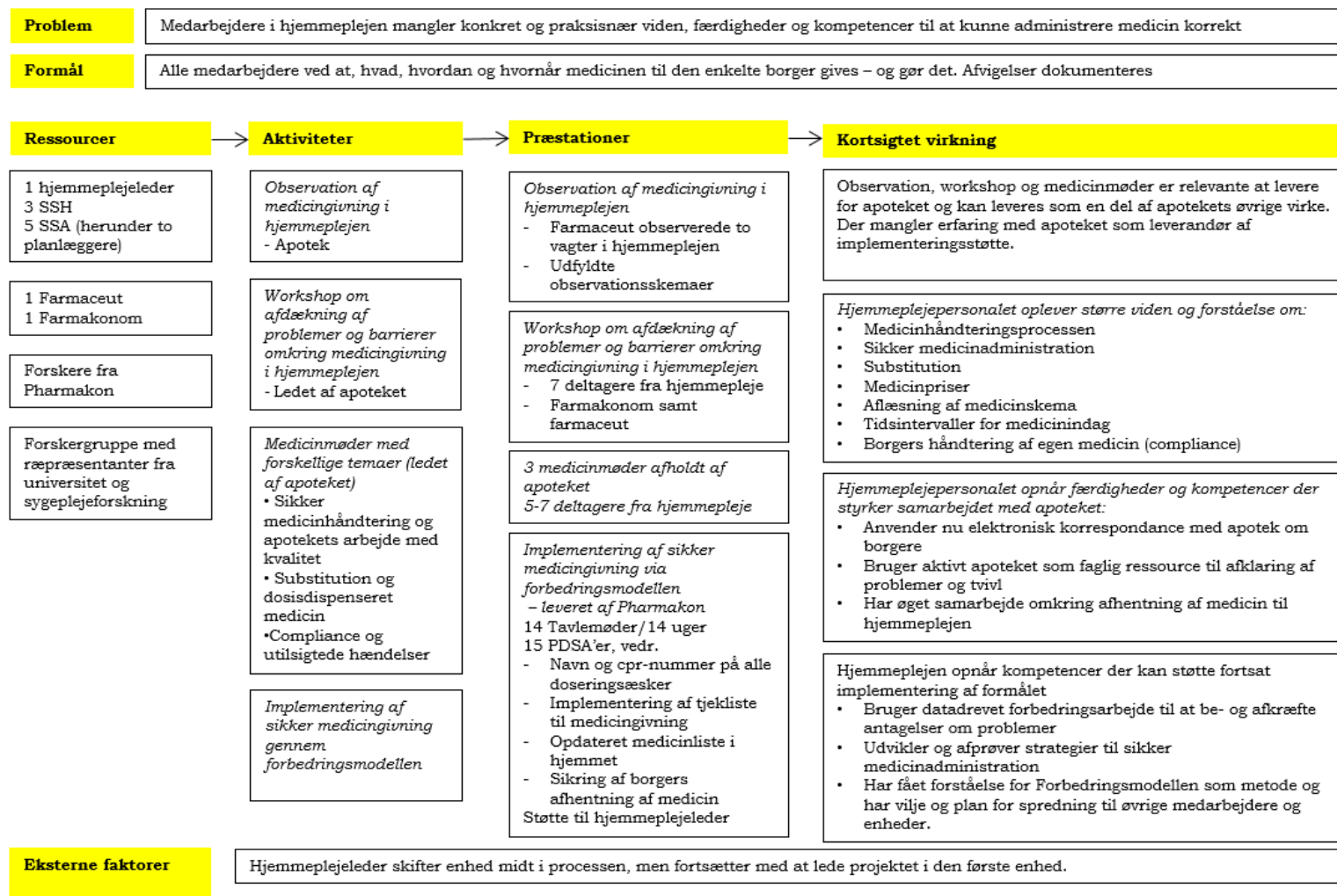
- Der er udviklet en metode for, hvordan cpr-numre kommer på alle doseringsæsker.
- Der er bemærkning på køreliste, når en borger skal mindes om at hente medicin.
- Tjekliste til medicinadministration er delvist implementeret.

Kompetencer til implementering opbygget - vilje til og plan for spredning

- Hjemmeplejeleder har et ønske om at fortsætte forbedringsarbejdet. Hun har leder og medarbejders opbakning.
- Hjemmeplejeleder har en plan for spredning til øvrige vagthold og enheder.

4.2.4 Virkningsevaluering for pilotafprøvning og implementeringsfase

Et overblik over resultaterne af pilotafprøvningen og implementeringsfasen er præsenteret i nedenstående virkningsevalueringsskema, der indeholder problem, formål samt de ressourcer, der var til rådighed i projektet; de aktiviteter, der er gennemført; de præstationer, der er opnået, og som fortæller noget om, i hvilken grad pilotafprøvningen blev gennemført som tiltænkt, samt resultatet af pilotafprøvning og implementeringsfase på kort sigt.



Figur 4 Virkningsevaluering, pilotafprøvning og implementeringsfase

Kapitel 5 - Diskussion

5.1 Diskussion af projektets problemstillinger

5.1.1 Kortlægning af problemer med medicinering i hjemmeplejen

Problemer med medicinering i hjemmeplejen blev afdækket dels ved observationer i hjemmeplejen i to kommuner, dels gennem utilsigtede hændelser registreret af hjemmepleje og apotek, dels gennem dansk litteratur med samme fokus. Intentionen med denne kildetrialgning var at validere observationerne og at gøre problemafdækningen mere fyldestgørende. Der blev afdækket problemstillinger i alle de faser af medicinhåndteringen, som hjemmeplejen er involveret i. Gennem observationerne blev der afdækket flest problemer i medicindispenserings- og administrationsfasen. Dette kan have noget at gøre med, at det dels er de faser, som der er observeret på - men kortlægningen af problemer med medicinhåndtering i hjemmeplejen stemmer overens med de problemstillinger, der er fundet i tilsvarende undersøgelser - dels i hjemmepleje, dels på plejehjem og på botilbud^(9, 11, 12, 13, 19, 29, 31).

En del af formålet med observationerne var at afdække hjemmeplejens uerkendte behov for indsats. Igennem involveringen af hjemmeplejen i afdækningen af problemstillinger havde de ikke blik for de problemer, der handlede om manglende eller mangelfuld efterlevelse af retningslinjer for korrekt medicinhåndtering.

5.1.2 Udvikling af indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen"

Involvering af brugerne var udgangspunktet for design af indsatsen. Udviklingsfasen var baseret på to metoder inden for brugerdriven innovation, og deri ligger et valg i forhold til, at indsatsen er baseret på udviklingskonsulenternes fortolkning af brugernes erkendte og uerkendte behov. Indsatsen er designet af udviklingskonsulenterne på denne baggrund, og brugerne fik lov at kommentere udkastet til indsatsen en gang undervejs. Der var som udgangspunkt også lagt op til, at borgere kunne være inddraget som brugere. Da valget faldt på arbejdsgange ved medicinadministration som fokus for interventionen, blev dette perspektiv fravalgt. Hvis indsatsen havde haft fokus på opfølgning på borgerens helbred og trivsel, så havde det været relevant at inddrage borgere.

Det er primært hjemmeplejens behov, der har været fokus på i afdækning af behov og design af indsats. Leverandørperspektivet har haft størst fokus, da apoteket kommenterede udkastene til indsatsens manual og støttematerialer.

I vægtningen mellem hvordan brugernes erkendte og uerkendte behov indgik i den indsats der blev designet blev der forsøgt en ligelig vægtning mellem at imødekomme ønskerne fra hjemmeplejen, tænke hvad der var praktisk muligt at levere for et apotek samt taget hensyn til at der også måtte være et fokus på implementering af sikre arbejdsgange omkring medicinadministrationen.

Ud fra de problemstillinger, der blev afdækket i kortlægningen, blev der valgt at designe en indsats med fokus på, at hjemmeplejens medarbejdere skulle have viden, færdigheder samt på sigt udvikle kompetencer, der kunne støtte dem i at nå deres mål om sikker medicinadministration. Fokus i indsatsen var således på konkret og praksisnær viden i forhold til målsætningen. Modellen for indsatsen lægger imidlertid op til, at indholdet kan tilpasses andre behov.

Der er afprøvet personalerettede interventioner for lignende problemstillinger i plejesektoren^(12,13,29). I disse tilfælde har kompetenceløft af personalet i form af undervisning haft et større fokus. Det er oplagt at kombinere nogle af disse undervisningsforløb med indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen", da dette formodentlig vil give personalet en bredere baggrundsviden og forståelse for medicinering. Det er ikke lykkedes at finde lignende internationale undersøgelser, hvor et apotek har leveret en indsats rettet mod personalet i hjemmeplejen.

5.1.3 Indsatsens implementérbarhed

Hjemmeplejens vurdering af deres udbytte af den apoteksleverede indsats og apotekets vurdering af deres erfaring med at levere indsatsen tyder på, at den er implementérbar i begge kontekster.

Der er ikke lavet en vurdering af omkostningerne ved levering af indsatsen eller hjemmeplejens vilje- og evne til honorering af indsatsen, da dette ligger uden for rammerne af undersøgelsen. Ud fra en vurdering af apoteks og hjemmeplejes tidsregistreringer og deres oplevede tidsforbrug tyder det på, at indsatsen kan leveres med et ressourceforbrug, der er rimeligt.

Der blev ikke opnået nogen erfaring med, hvordan apoteket kan bidrage til den løbende implementering af nye arbejdsgange. Derfor kan der ikke siges noget om, hvorvidt indsatsen inklusive implementeringstøtte ved brug af forbedringsmetoden kan leveres fra et apotek.

Deltagerne kunne imidlertid godt se muligheder for, hvordan apoteket kunne bidrage til implementering – blandt andet ved at efterspørge data og yde sparring til den der leder forbedringsarbejdet. Kadencen med ugentlige tavlemøder á 15 minutter, ser dog ikke ud til at være implementérbar i forhold til apotekets øvrige opgaver, og en løbende støtte ved brug af forbedringsmodellen, leveret fra et apotek skal derfor videre undersøges.

Under normale omstændigheder må implementering af nye arbejdsgange også ledes af en internt i organisationen, hvorfor apotekets rolle kun vil give mening som understøttende og konsulterende.

5.1.4 Vurderet effekt af pilotafprøvning og implementeringsfase

Indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" blev afprøvet i en undergruppe af en hjemmeplejeenhed. En farmakonom og en farmaceut fra det lokale apotek var leverandører af indsatsen. Hjemmeplejen oplevede et godt udbytte af indsatsen. I evalueringen giver de udtryk for at have opnået ny og øget viden og forståelse om emner relateret til medicinadministration. Den nye viden og forståelse har ført til ændringer i hjemmeplejens arbejdsgange som følge af implementeringsfasen. Således har indsatsen resulteret i et løft af hjemmeplejens kompetencer i relation til sikker medicinadministration.

Samtidig giver hjemmeplejen udtryk for, at der er en god sammenhæng mellem indsats og implementeringsfase. Implementering gennem forbedringsmodellen bør ses som en proces, der er igangsat i løbet af projektperioden. Det er en metode, der tager tid at forankre i organisationen, og stabile forandringer ses derfor ikke med det samme. Det, at hjemmeplejen har valgt at fortsætte med at anvende metoden, skal ses som et positivt resultat, der vil gøre, at hjemmeplejen vil blive ved med at få udbytte af indsatsen i tiden fremover. Men det betyder samtidig, at der ikke kan ses en endelig implementering af hjemmeplejens mål om, at "*Alle medarbejdere ved, at, hvad, hvordan og hvornår medicinen til den enkelte borger skal gives – og gør det. Afvigelser dokumenteres*".

Erfaringerne fra dette projekt stemmer overens med erfaringerne fra patientsikkerhedsprojektet I Sikre Hænder, hvor forbedringsmodellen også bliver anvendt til implementering af sikker medicinadministration^(29, 32), og hvor medarbejderne i ældreplejen og på botilbud på tredje år fortsat arbejder hen i mod en implementering af deres målsætning.

5.2 Diskussion af design og metode

Evalueringen af problemafdækning, pilotafprøvning og implementeringsfase er udelukkende baseret på kvalitative datakilder så som interview og referater, der dokumenterer indsats og implementering. Datamaterialet er righoldigt og giver et godt indblik i problemer angående medicin håndtering, samt hvordan afprøvning og implementering foregik, og hvilket udbytte deltagerne oplevede. Større volumen i forhold til deltagere i hjemmeplejen og længden af implementeringsfasen ville muliggøre kvantitativ dataindsamling. Dette lå dog udenfor projektets økonomiske og tidsmæssige rammer.

I et udviklingsprojekt med høj grad af brugerinvolvering er den endelige indsats uforudsigelig, og det lagde i sidste ende et pres på projektets ressourcer og tidsplan. Det betød, at der manglede tid

og ressourcer til at opkvalificere apotekspersonalet til at varetage implementeringsfasen, hvorfor den blev varetaget af udviklingskonsulenterne. Der er derfor ingen erfaring med apoteket som leverandør af implementeringsstøtte. Det er ikke realistisk at forvente, at apoteket kan deltage i ugentlige tavlemøder, men man kan sagtens forestille sig, at apoteket kan have en anden rolle i implementeringsfasen, eksempelvis som støtte til hjemmeplejens leder eller som en konsulent, der aktivt efterspørger data med regelmæssige intervaller.

Der er stort set ikke fundet sammenlignelig international litteratur, hvor lignende indsatser er leveret af apotek til hjemmepleje. På baggrund af de lovende resultater fra denne pilotafprøvning og manglen på forskning, der understøtter disse resultater, er der et stort behov for yderligere forskning, der kan belyse potentialet for implementering af sikker medicinadministration i hjemmeplejen.

Kapitel 6 - Konklusion

Problemstillinger med kvalitet og sikkerhed i medicineringen ses i alle faser af medicin-håndteringsprocessen i hjemmeplejen. Der blev identificeret flest problemer med medicin-administration. De omhandlede manglende administration af medicin og efterlevelse af retningslinjer for korrekt medicinadministration.

På baggrund af hjemmeplejens ønsker blev der udviklet en apoteksleveret indsats, der omfattede apotekets observationer af hjemmeplejens medicinbehandling i hjemmet, en apoteksledet workshop med hjemmeplejen til afdækning af problemer og mulige løsninger med medicinbehandling, samt medicinmøder med behovstilpasset fokus. Herudover lægger indsatsen op til en implementeringsfase, hvor arbejdsgange for medicinbehandling forbedres.

Indsatsen kaldet "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" blev afprøvet i en hjemmeplejeenhed. En farmakonom og en farmaceut fra det lokale apotek leverede indsatsen og udviklingskonsulenter leverede støtte til implementeringsfasen i hjemmeplejen.

Hjemmeplejen oplevede, at den apoteksleverede del af indsatsen gav dem viden, færdigheder og fokus på medicinadministration, hvilket understøttede udviklingen af reelle kompetencer og forbedringer i arbejdsgange i implementeringsfasen.

Den apoteksleverede indsats gav et øget samarbejde mellem hjemmepleje og apotek og førte til ændring af arbejdsgange og kommunikationsveje parterne imellem.

Det er oplagt at kombinere indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" med et decideret kompetenceudviklingsforløb for plejepersonalet. Der er tidligere udviklet og afprøvet kompetenceudviklingsforløb, der vil kunne anvendes til formålet.

Indsatsen "Sikker medicinadministration i hjemmeplejen" har potentiale til at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden i hjemmeplejen. Der er behov for større undersøgelser, der kan bekræfte de positive resultater, der er fundet i denne pilotafprøvning.

Referenceliste

- 1 Thomsen LAa, Frøkjær B, Herborg H, Rossing C. Konsekvenser af lægemiddelrelaterede problemer. Hillerød: Pharmakon; 2012.
- 2 Knudsen P, Rossing C. Dokumentationsdatabasenotat Notat vedrørende ældre. Pharmakon, Hillerød; 2007.
- 3 El Souri M, Agine J, Egsgaard J, Herborg H, Kjærsgaard J, Pedersen K, Pultz K, Riise M, Rossing C, Søndergaard B. Bedre medicinanvendelse på plejehjem. Et implementeringsprojekt. Hillerød: Pharmakon; 2012. ISBN 978-87-91598-59-3.
- 4 Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Thomsen LA. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. Et udviklings- og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. Hillerød: Pharmakon; 2010.
- 5 Bonnichsen B, Glintborg D. Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer hos ældre + 65 årige brugere af antipsykotika på plejehjem og i hjemmeplejen i Allerød, Hillerød og Slangerup kommune. Hillerød: Frederiksborg Amt, Forebyggelsesrådet; 2006.
- 6 Hellebek A, Dam B, Marinakis C, Glintborg D, Povlsen K, Thomsen LA, Petersen MN, Lisby M, Nielsen ML, Thirstrup S, Blicher T, Melskens M. Rapport om lægemidler involveret i alvorlige utilsigtede hændelser. København: Lægemiddelstyrelsen; 2011.
- 7 700.000 danskere er polyfarmacipatienter.[11 Apr 2013.]
http://www.apotekerforeningen.dk/pdf/Analyser2012/Polyfarmacipatienter_analyse.pdf.
- 8 Thomsen LAa, Frøkjær B, Herborg H, Rossing C. Konsekvenser af lægemiddelrelaterede problemer. Hillerød: Pharmakon; 2012.
- 9 Sygeplejefaglig indsats over for hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt. En rapport om resultater og udfordringer til medicin håndtering i hjemmesygeplejen. Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning; 2010.
- 10 I Trygge Hender. Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. 2013.
<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Riktig+legemiddelbruk+i+hjemmetjenesten.1241.cms>.
- 11 Medicinering i hjemmeplejen og i plejebolig – identifikation af utilsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag. København: Patientombuddet; 2012.
- 12 Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Thomsen Linda AA. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. – Et udviklings- og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. Pharmakon 2010.
- 13 El-Souri M, Agine J, Egsgaard J, Herborg H, Kjærsgaard J, Pedersen K, Pultz K, Riise M, Rossing C, Søndergaard B. Bedre medicinanvendelse på plejehjem – et implementeringsprojekt. Pharmakon 2012.
- 14 Dam P, Herborg H, Pultz K, Radin M, Rossing C. Det Gode Ældrelev – medicinering og medicinindtagelse. Et innovationsprojekt med Plejecentret Sølund. Danmarks Apotekerforening, Nørrebro Apotek & Pharmakon 2011.
- 15 Dam P, Hansen S, Herborg H, Rossing C. Afprøvning af elektroniske medicinhuskere

til ældre borgere - en indsats leveret af hjemmepleje og apotek. Esbjerg Kommune og Pharmakon 2013.

- 16 Rosted, Jørgen, "Brugerdreven innovation – resultater og anbefalinger", FORA og Danmarks Erhvervsråd (2005) samt Wise, Emily & Høgenhaven, Casper: "User-driven innovation – context and cases in the Nordic region", Nordic Innovation Centre, Oslo 2008
- 17 Fangen K, Sellerberg A. Mange ulike metoder. Gyldendal Akademisk 2011: 1,1.
- 18 Kristiansen S, Krogstrup HK. Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik. Hans Retzels Forlag 1999.
- 19 Christensen M, Juul Nielsen A. Utsigtede hændelser i hjemmesygeplejen. En pilotundersøgelse på to regionale hjemmeplejekontorer. DSI 2006.05.
- 20 Medicinering i hjemmeplejen og plejebolig – identifikation af utsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag. Patientombuddet 2012.
- 21 Sygeplejefaglig indsats over for hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt. En rapport om resultater og udfordringer til medicinbehandling i hjemmesygeplejen. Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning 2010.
- 22 Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide. A practical approach to enhancing organizational performance, 2nd ed. Jossey-Bass, 2009.
- 23 Rosendal M, Vedsted P. Gennembrudsmetoden: en metode til at skabe forandring og kvalitetsudvikling. Månedsskr prakt læger; 8;2009:741-9.
- 24 Se eksempelvis www.isikrehaender.dk
- 25 Salter KL, Kothari A. Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. Implementation Science 2014,9:115.
- 26 Uddannelses- og forskningsministeriet. Begreber i kvalifikationsrammen for livslang læring. <http://ufm.dk/uddannelse-og-institutioner/anerkendelse-og-dokumentation/dokumentation/kvalifikationsrammer/begreber> (tilgået december 2015)
- 27 Medicinering i hjemmeplejen og plejebolig – identifikation af utsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag. Patientombuddet 2012.
- 29 Korrekt håndtering af medicin. Et værktøj for plejehjem, hjemmeplejen og bosteder – ansvar, sikkerhed og opgaver. Sundhedsstyrelsen 1.1 2011. <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/9B52FC784C60492882991BF6543431C7.ashx>
- 30 Mygind A, El-Souri M, Pultz K, Rossing C, Thomsen Linda Aa. Kvalitet og sikkerhed I medicineringen på kommunale botilbud – evaluering af et uddannelsesforløb. Pharmakon 2015.
- 31 Medicinering i botilbud og øvrige tilbud til borgere med handicap - identifikation af utsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag. Patientombuddet 2013.
- 32 www.isikrehaender.dk

Bilag 1 Identificerede problemstillinger vedrørende medicinhandling i hjemmeplejen

Nedenstående tabel viser de problemstillinger, der blev identificeret vedrørende medicinhandling i hjemmeplejen. Problemstillingerne er fordelt på de faser i medicinhandlingsprocessen, som hjemmeplejen selv pegede på. Der er angivet, hvilken kilde problemstillingen stammer fra: observationer i Hillerød eller Roskilde Kommune, utilsigtede hændelser (UTH'er) registreret af apotek eller hjemmepleje eller rapporteret i Dansk Patient Sikkerheds Database.

Oversigt over kilder, der er benyttet til kortlægning af problemstillinger vedrørende medicinering i hjemmeplejen:

Hovedkilder:

Observationer: Er observeret af forskere, sygeplejestuderende eller farmakonom.
UTH hjemmepleje: Er registreret af hjemmeplejen som utilsigtet hændelse vedrørende medicin.
UTH apotek: Er registreret af apoteket som utilsigtet hændelse vedrørende hjemmeplejen.
Workshop 2.

Supplerende kilder:

Kilde 1: Utilsigtede hændelse i hjemmesygeplejen. En pilotundersøgelse på to regionale hjemmeplejekontorer. DSI 2006.
Kilde 2: Medicinering i hjemmeplejen og plejebolig – identifikation af utilsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag. Patientombuddet 2012.
Kilde 3: Sygeplejefaglig indsats overfor hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt. En rapport om resultater og udfordringer til medicinhandling i hjemmesygeplejen. Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning 2010.

Af kolonnen Hyppighed fremgår, hvor mange gange en given problematik er identificeret. De skriftlige kilder indgår med en hyppighed på 1, også selvom der i kilden er identificeret flere tilfælde af problemet.

Der er stor forskel på, hvordan problemstillinger er identificeret igennem observationerne, og hvordan de er identificeret og beskrevet i de tre skriftlige kilder. I to af kilderne indgår udelukkende utilsigtede hændelser (kilde 1 og 2), mens der i den sidste kilde også indgår problemstillinger, der ikke karakteriseres som utilsigtede hændelser. De identificerede problemstillinger i kilde 3 har således samme karakter som de problemstillinger, der er identificeret gennem observationerne i projektet, mens de utilsigtede hændelser i kilde 1 og 2 har samme karakter som de utilsigtede hændelser, der blev registreret af apotek og hjemmepleje. Inddelingen af problemstillinger er inspireret af WHO's kategorisering af utilsigtede hændelser. Men da kortlægningen også dækker problemstillinger, der ikke kan kategoriseres som utilsigtede hændelser, har der været behov for at tilføje kategorier om samarbejde og observation af borgers trivsel.

Der er stor forskel på, hvordan og i hvilken detaljeringsgrad problemstillingerne er kategoriseret i de tre skriftlige kilder. Og brugen af de tre skriftlige kilder til kortlægning af problemer med medicineringen i hjemmeplejen skal således ses som et supplement til de problemstillinger, der blev identificeret i projektet.

Emne	Problemstilling	Hyppighed	Kilde
Ordination Recepthåndtering Håndtering af dosiskort	Manglende udtrapningsplan for vanedannende medicin.	2	Kilde 1 Kilde 3
	Hjemmeplejen bestiller dosisdispensering hos lægen, apoteket effektuerer, men rullen bliver ikke afhentet.	2	Observationer UTH Apotek
	Borgeren har mange ordinationer liggende på serveren, fordi hjemmeplejen mangler overblik over, hvad der ligger.	1	Observationer
	Pårørende skal hente medicin på apoteket, men de ved ikke, hvad de skal hente.	2	Observationer UTH Apotek
	Ved manuel dispensering kunne lægen evt. skrive minus blisterpakninger på recepten, så det er lettere for hjemmeplejen at dosere.	1	Observationer
	Hvem sørger for at bestille flere kanyler/holder øje med, hvornår der skal bestilles?	1	Observationer
	Ordblinde: en fordel at få samme præparat hver gang (dvs. minus substitution), da medicinen genkendes på udseende.	1	Observationer
	Problemer med medicinbestilling.	2	Kilde 1 Kilde 2
Modtagelse	Dosispakket medicin: Der mangler en dag/eller et tidspunkt i rullen.	1	UTH Apotek
	Dosispakket medicin: Medicinskema og det trykte på dosisposen tjekkes op mod hinanden, men tabletterne tælles ikke efter	1	Observationer
	Dosispakket medicin: Hjemmeplejen ringer og siger, at der er fejl i poserne. Der er ikke overensstemmelse mellem dosiskort og dosisposer. Det viser sig, at dosiskort hos patienten ikke er opdateret.	1	UTH Apotek
	Manglende lægemiddel i dosispakken.	1	UTH hjemmepleje
Opbevaring	Intet navn på doseringsæsker.	2	Observationer
	Intet navn på medicinkasser.	1	Observationer
	Hvad afgør, om medicinen skal være aflåst hos nogle borgere og ikke hos andre?	1	Observationer
	Doseringsæsker sløve – doser kan glide rundt, og lågene kan falde af.	2	Observationer

	Risiko for forveksling af doseringsæsker, dage, ægtepar mv.	2	Observationer DPSD
Medicin- dispensering (Ophældning)	Medicin ikke dispenseret.	2	UTH hjemmepleje Kilde 2
	For lidt medicin dispenseret (manglende præparat, eller for lidt til at dække perioden).	2	UTH hjemmepleje Kilde 2
	Fejl i medicinafstemning – manglende overensstemmelse mellem ordinationer fra ambulatorium, sygehus og omsorgsjournal.	1	Kilde 3
	Hygiejne i forbindelse med dispensering.	1	Observationer
	Medicin, der ikke er indtaget, genbruges ved næste dispensering.	1	Observationer
	Behov for dosisdispensering.	1	Observationer
	Behov for kvalitetssikret lægemiddelanvendelse (Medicingennemgang).	1	Observationer
	Manglende dokumentation samt retningslinjer for dokumentation.	2	Observationer Kilde 1
	Proceduren for, når medicinliste, etiket og borger siger noget forskelligt om dosis af medicinen.	1	Observationer
	Medicin, der er taget ud af originalemballagen.	1	Observationer
	Manglende medicin i borgers doseringsæske – har borger selv taget den, eller er de ikke dispenseret?	1	Observationer
	Medicinskema bortkommet ude hos borger.	1	Observationer
	Panodil i fast dosering ikke dispenseret.	1	Observationer
	Hvordan følges op, hvis borgeren ikke er hjemme på dispenseringstidspunktet?	1	Observationer
Ved dispensering er alle rum i doseringsæsken fyldt op, også for den pågældende morgen, hvilket giver risiko for dobbeltdosering, hvis næste vagt tror, medicinen ikke er givet/taget.	1	Observationer	

	Uoverensstemmelse mellem medicinliste, der ligger hos borgeren, og den medicinliste, der er udskrevet på dagen.	2	Observationer Kilde 2
	Ikke-aktuel medicin forefindes hos borgeren. Medicin, der ikke anvendes mere, skal destrueres (fx forkerte styrker, udgået medicin).	1	Observationer
	God idé med hjælpemidler til at trykke tabletter ud af blisterpakninger.	1	Observationer
	Medicin tilbage i æsken ved ny dispensering. Kasserer, men der oprettes UTH'er.	1	Observationer
	Ved dispensering findes al medicinen frem. Pakninger lægges væk, efterhånden som de doseres; der bør ikke være noget tilbage, når der er dispenseret ifølge medicinskema. Opfølgning på evt. "rester" – er det til selvmedicinering, fx Magnesia efter behov, eller forkert styrke eller?	1	Observationer
	Medicin ikke dispenseret.	1	Kilde 2
	Forkert tidspunkt/frekvens.	1	Kilde 2
	Medicin ikke seponeret.	1	Kilde 2
	Forkert præparat dispenseret.	1	Kilde 2
Medicin- administration (Medicिंगivning)	Medicinlister tages ikke frem ved administration.	5	Observationer
	Der gives medicin, selvom borgeren ikke er visiteret til dette.	1	Observationer
	Det fremgår ikke af medicinlisterne, om medicin er dosisdispenseret, og om der evt. er sidedoseret medicin.	1	Observationer
	Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet.	1	Kilde 1
		1	Kilde 2
		14	UTH hjemmepleje
		4	Observationer
	Tabletter i doseringsæske ikke talt efter manuelt, inden medicinen administreres.	1	Observationer
Knusning af tabletter. Hvad er retningslinjen, og hvordan kan man sikre, at tabletterne er taget, når man ikke bliver og ser, at yoghurten bliver spist op?	1	Observationer	

	Dosispak givet, selvom indholdet i posen var seponeret.	1	UTH hjemmepleje
	Borgere, der er visiteret til medicingivning, hvor fagpersonalet ikke får set, at borgeren tager sin medicin.	2	Observationer Kilde 1
	Uklart, hvordan de, der skal administrere medicin, får besked om ændringer.	2	Observationer
	Uoverensstemmelser mellem oplyste kompetencer og nedskrevne retningslinjer med hensyn til administration af bestemte lægemiddelformer.	1	Observationer
	Hjælperes manglende adgang til medicininfo via PDA.	1	Observationer
	Procedurer om øjendråber ikke fulgt.	2	Observationer
	Doseringsæsker blevet væk, eller medicin dispenseret i æsker blevet væk.	1	Kilde 1
	Plaster ikke skiftet/ikke taget af ved ny dosering.	1	Kilde 2
Monitorering	Assistenter og hjælpere mangler viden om, hvad de skal observere for i relation til medicin, eller observerer ikke.	14	Observationer Kilde 3
	Registrering af observationer af borgeren – hvornår og hvornår ikke?	2	Observationer
	Manglende opfølgning på borgeres trivsel <ul style="list-style-type: none"> • vægttab • ubehandlede smerter • væskeregnskab. 	7	Observationer
	På mødeplan står: blodsukker, blodtryk, iltmætning, temperatur – er det alt sammen noget, hjemmeplejen skal udføre under besøg?	1	Observationer
	Hvordan observeres, at ben og fødder er hævede, med sår, tæer rød-blå, hvis borger selv sørger for personlig pleje og altid har tøj på, når hjælperen kommer?	1	Observationer
	Er det godt nok at stole på borgerens egen måling af blodsukker? Fx når fødder er hævede, sårfulde og tå rød-blå?	1	Observationer
	Problemer med regulering af behandlingen (<i>ikke specificeret – red.</i>)	1	Kilde 1
	Behandling startet eller nedtrappet for sent.	1	Kilde 1
Borgers håndtering af egen medicin	En borger tager ikke sin medicin, mens hjemmeplejen er der, vil tage den senere.	4	Observationer Kilde 1 Kilde 2
	Omfanget af complianceproblemer er uklart – hvor hyppigt, hvilke lægemidler?	2	Observationer

	Ressourcer hos svage borgere til selv at administrere medicin ved siden af doseringsæskerne.	1	Observationer
	Særlige problemstillinger for svagtseende.	1	Observationer
	Borgere tager selv sovemedicin (1 er medicineret for demens).	2	Observationer
	Manglende overblik over borgerens reelle medicinforbrug – smertestillende, angstdæmpende, sovemedicin.	1	Kilde 3
	Bestilling af nye hjælpemidler – fx katetre eller strimler til blodsukkerapparat. Hvordan er systemet, som sikrer, at der bliver bestilt nyt? Er det borgeren selv, der skal gøre det?	1	Observationer
	Ressourcer hos svage borgere til selv at administrere medicin ved siden af doseringsæskerne.	1	Observationer
	3 Pinex på køkkenbordet, selvom borgeren kun bør tage 2 ad gangen. Ingen opfølgning.	1	Observationer
	Borgeren har ikke viden om egen medicinske behandling.	2	Observationer Kilde 3
	Opfølgning på injektioner: • Skift af nåle, injektionsteknik, opbevaring, stikkeskema, forskellige insulintyper, måling af blodsukker, bestilling af nåle etc.	9	Observationer
	Opfølgning på inhalationer: • Inhalationsteknik, mundskyl, borger ikke i stand til at administrere inhalator.	6	Observationer Kilde 3
	Borger kan ikke administrere øjendråber.	1	Kilde 3
	Borger tager medicin, hjemmeplejen ikke kender til, fx sulfametizol.	1	Observationer
	Patienten overforbruger, bevidst eller ubevidst, sin medicin.	1	Kilde 1
	Patienten har adgang til medicin, der skulle have været låst væk.	2	Kilde 1 Kilde 2
Samarbejde og kommunikation	Triagering • Er der klar ansvarsfordeling mellem hjemmepleje og sygeplejersker? • Hvordan kommer aftenvagternes observationer med? • Hvordan sikres det, at observationer rapporteres? • Bør medicinlister være fremme ved triagering? • Dokumentation af problemstillinger, der er drøftet under triagering – hvem gør det?	1	Observationer

	Behov for tolkning?	2	Observationer
	Retningslinjer for, hvilke beslutninger vedrørende medicinen de enkelte faggrupper har.	1	Observationer
	Manglende kommunikation mellem hjemmeplejen og læge samt læge og speciallæge.	1	Kilde 3
	Hvad bliver der gjort ved de bekymringer, fagpersonalet har?	1	Observationer