

# Medicin i socialpsykiatriske botilbud

## Delrapport 2: Surveyundersøgelsen

September 2008



Center for Kvalitetsudvikling  
Region Midtjylland  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Århus N.



**Medicin i socialpsykiatriske botilbud**  
**Delrapport 2: Surveyundersøgelsen**

Rapporten er udarbejdet af:

Region Midtjylland

Center for Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Århus N

Seniorkonsulent Knud Ramian

E-mail: Knud.Ramian@stab.rm.dk

Tlf.: 87 28 49 30

Bestillingsnr.: 165

© Center for Kvalitetsudvikling



# Forord

Hermed foreligger et diskussionsoplæg til temadage vedrørende kortlægning af den medicinske behandling i de socialpsykiatriske botilbud.

Diskussionsoplægget tager sigte på at fremlægge emner til videre diskussion blandt de socialpsykiatriske medarbejdere og beboerne på de socialpsykiatriske botilbud. Dette for videre frem at kortlægge medicinbehandlingen samme steder.

I oktober 2007 er udarbejdet en første delrapport. Denne kortlagde medicinbehandlingen på de respektive botilbud på grundlag af indhentede tilsynsrapporter fra de daværende amter og på basis af indhentede skriftlige retningslinier fra de berørte botilbud. Den delrapport danner basis for de spørgsmål, der er grundlaget for dette diskussionsoplæg.

Kortlægningen af medicinbehandlingen på de socialpsykiatriske botilbud er aftalt med Socialministeriet, det der er det nuværende Velfærdsministerium. Center for Kvalitetsudvikling har forestået opgaven. Dette diskussionsoplæg er udarbejdet af konsulent cand. mag. Hanne Norring Chone og konsulent cand. oec. Erik Møller Knudsen.



# Indholdsfortegnelse

<b>Resumé .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Indledning .....</b>	<b>9</b>
1.1. Undersøgelsens tilblivelse .....	9
1.2. Baggrund .....	9
1.3. Formål .....	9
1.4. Rapportens disposition.....	9
1.5. Kortlægningens metode og datagrundlag .....	10
Afgrænsning af undersøgelsens respondentgruppe.....	11
<b>2. De undersøgte socialpsykiatriske afdelinger .....</b>	<b>13</b>
2.1. Botilbudstype, beboersammensætning og behovssammensætning .....	13
2.2. Sammenhængen mellem beboernes alder og plejebehov .....	14
2.3. Botilbuddenes størrelse og antal medarbejdere .....	15
2.4. Personalegrupper og medicin håndtering .....	16
<b>3. Medicinhåndtering: Instrukser og kurser .....</b>	<b>19</b>
3.1. Instrukser og medicinkurser .....	19
3.2. Medicinkurser og viden om psykofarmaka.....	19
3.3. Fejl i medicinhåndtering og/eller -ordination .....	22
<b>4. Opbevaring af beboernes medicin.....</b>	<b>25</b>
4.1. Eget medicinskab i eget hjem – eller hvad? .....	25
4.2. Centrale medicinrum .....	26
<b>5. Samarbejdet mellem socialpsykiatriske medarbejdere og ordinerende læger .....</b>	<b>29</b>
5.1. Ansvarsfordelingen mellem læger og socialpsykiatriske medarbejdere .....	29
5.2. Kompetencefordelingen .....	30
5.3. Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og de ordinerende læger ....	30
<b>6. Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og beboerne.....</b>	<b>33</b>
6.1. Samarbejdet mellem beboere og medarbejdere om medicin.....	33
6.2. Selvbestemmelse versus medarbejderadministration af .....	34
beboerens medicinske behandling og beboerens tilstand .....	34
6.3. Den pædagogiske opgave .....	35
<b>7. Gode og dårlige erfaringer med medicinhåndtering.....</b>	<b>37</b>
7.1. Gode erfaringer .....	37
7.1.1. Medicininstrukser.....	37
7.1.2. Medicinopbevaring .....	38
7.1.3. Medicindosering.....	38
7.1.4. Medicinkurser.....	40
7.1.5. Medicinpædagogik .....	41
7.1.6. Tvivlsspørgsmål.....	42
7.1.7. Fejlfinding .....	42
7.2. Mindre gode erfaringer .....	43
7.2.1. Medicininstrukser og -kurser .....	43
7.2.2. Samarbejdet mellem beboere og medarbejdere.....	43
7.2.3. Fejlkilder og -finding .....	44
<b>8. Sammenfatning og afslutning.....</b>	<b>47</b>





## Resumé

Center for Kvalitetsudvikling er af Socialministeriet blevet bedt om at gennemføre en kortlægning af den medicinske behandling på de socialpsykiatriske botilbud, dvs. de botilbud der efter kommunalreformen kan henføres til Servicelovens § 107 og § 108. Det kan bemærkes, at § 107 omhandler midlertidige ophold og § 108 længerevarende ophold.

Baggrunden for undersøgelsen er bl.a. den debat, der har været ført i medierne omkring medicin håndtering på det psykiatriske område. Det har her været anført, at sindslidende blev givet mere antipsykotisk medicin end de officielle anbefalinger, har fået forkert medicin – eller den rette medicin, men i forkert dosering.

Denne delrapport er baseret på en spørgeskemaundersøgelse. I november 2007 blev der sendt et spørgeskema ud til 240 afdelings- eller gruppeledere i de respektive socialpsykiatriske botilbud. 129 af spørgeskemaerne blev besvaret, hvilket giver en svarfrekvens på 54,2 %, hvilket må siges at være tilfredsstillende. De indkomne svar må derfor antages at være repræsentative for undersøgelsens målgruppe. De indkomne svar fordeler sig på 13 % på botilbud efter § 107, 76 % på § 108 og 10 % efter både § 107 og § 108. Dvs., at botilbud efter § 108 typisk danner baggrund for datamaterialet. Det har netop været hensigten med undersøgelsen at lægge vægten på botilbud med længerevarende ophold.

Formålet med den aktuelle spørgeskemaundersøgelse er at kortlægge de omtalte botilbuds enkelte afdelingers praksis omkring medicin håndtering og beskrive afdelingernes generelle opfattelse af opgaven omkring den medicinske behandling og den medicinpædagogiske indsats. Formålet er også at skabe oversigt over variationer i praksis omkring medicin håndteringen på landsplan, samt give de enkelte botilbuds afdelinger mulighed for at uddybe deres praksis samt pege på områder, hvor der i lyset af deres erfaringer i særlig grad er behov for at sætte fokus på praksis.

Efterfølgende vil delrapportens hovedemner blive gennemgået.

### **Botilbuddene rummer mennesker med meget forskellige behov**

I det udsendte spørgeskema er der spurgt til forskellige karakteristika ved det pågældende botilbud. Der er spurgt til alder og behov vedrørende beboerne. Det viser sig, at de pågældende botilbud hverken kan karakteriseres ved beboernes alderssammensætning eller behov. Hovedparten af botilbuddene er blandede mht. beboernes baggrund.

42 % af de indkomne besvarelser angiver, at de har både ældre, yngre og unge sammen, 26 % at ældre og yngre er sammen og 12 % at yngre og unge er sammen. Kun undtagelsesvist er der tale om botilbud, hvor kun én aldersgruppe er repræsenteret. Hvad angår behovssammensætningen viser der sig noget tilsvarende. 38 % af de adspurgte angiver både svært sindslidende, plejekrævende og misbrugere som grundlag for deres beboere, 34 % som svært sindslidende og misbrugere. Dvs., at hovedparten af botilbuddene er blandede mht. beboernes behov. Dog angiver 21 % af botilbuddene kun gruppen af svært sindslidende som værende beboernes baggrund.

Botilbuddenes størrelse mht. antallet af ansatte under den pågældende gruppe/afdelingsleder er der også spurgt til. Hovedparten af botilbud må siges at være forholdsvis små. Det viser sig, at 87 % af de repræsenterede botilbud har op til 30 medarbejdere. Kun undtagelsesvist er der tale om forholdsvis store botilbud. 4 % af gruppe-/afdelingslederne angiver således at have 81 ansatte og derover.

### **De fleste medarbejdere deltager i medicinhåndteringen**

I spørgeskemaet er der specifikt spurgt til, hvor stor en andel af de ansatte, der medvirker ved medicinhåndtering og ved injektiongivning. Det viser sig, at hovedparten af de ansatte medvirker ved medicinhåndteringen. 80 % af botilbuddene angiver således, at over 70 % af de ansatte medvirker ved denne. Hvad angår injektionsgivningen er det antal ansatte, der medvirker lavere. Her viser det sig, at på 70 % af botilbuddene er det op til 50 % af medarbejderne, der medvirker hertil. Ses der derudover på, hvilke medarbejdere, der medvirker ved de forskellige faser af medicinhåndteringen, da er plejere og pædagoger underrepræsenterede, når det omhandler afmåling/ophældning af medicin og injektiongivning.

### **Medicinhåndtering: Instrukserne er gode, men fejl kan ikke undgås**

I de forskellige regelsæt vedrørende botilbuddenes medicinhåndtering stilles krav om, at der skal ligge forskellige instrukser vedrørende medicinhåndtering. Lederne angiver i vidt omfang, at de lever op til de pågældende krav.

Det viser sig, at der til trods herfor ofte forekommer fejl i medicingivningen. 76 % af de adspurgte tilkendegiver, at der er opstået fejl over de seneste 12 måneder. 34 % angiver endvidere, at de pågældende fejl ikke er tilbagemeldt til den behandlende læge. Og de pågældende fejl hører for 41 procents vedkommende hjemme i administrationen og 30 % i dispenseringen.

Gruppe-/afdelingslederne opgiver, at medarbejderne i vidt omfang er tilstrækkeligt informeret om de anvendte lægemidlers virkning og bivirkning. Der kan dog måles en vis usikkerhed, da 28 % af de adspurgte har svaret 'både og' til spørgsmålet. Gruppe-/afdelingsledernes opfattelse af om medarbejderne forstår medicinens virkninger og bivirkninger har ikke nævneværdig sammenhæng med, om medarbejderne har været på medicinkursus.

### **Der er mange udgaver af sikker opbevaring**

I det udsendte spørgeskema er der spurgt til, om gruppe-/afdelingslederne mener, at medicinen opbevares forsvarligt på deres afdeling. Det svarer 91 % ja til. Spørges der derudover, om der er fuld klarhed over, hvem i afdelingen – inkl. beboerne, der har adgang til medicinen svarer alle ja. I nogle af afdelingerne har beboerne eget medicinskab. Det omhandler 54 % af de adspurgte, og af dem opgiver 61 %, at beboeren har nøgle til det pågældende skab.

At der alligevel er problemer med opbevaringen, viser de indkomne kommentarer til emnet. Der er således rapporteret om tyveri af medicin og ord som "pengeskab", "sikkerhedsboks" og "stålskabe" er gennemgående i kommentarerne.

68 % af de adspurgte angiver, at der opbevares medicin i centrale medicinrum. På et spørgsmål om, hvorvidt dette rum er indrettet så medicin kan ophældes uden fejl svarer 70 % ja, 20 % både og 11 % nej. I de indkomne kommentarer til dette spørgsmål siges som eksempler: "for småt og placeret i fællesarealet, hvilket betyder uro og forstyrrelser", "kan ikke arbejde uforstyrret" og "mangler bedre lys og oversigtsforhold".

Sammenkædes medicinopbevaring med botilbuddenes karakteristik af beboerne viser der sig en klar sammenhæng. Både beboernes sygdomsgrad og misbrug har betydning for den måde opbevaringen sker.

### **Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og ordinerende læger**

Det kan konstateres, at der er en klar fordeling af ansvar mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og læger om medicin håndteringen. Dette spørgsmål svarer 92 % af de adspurgte ja til. Spørges der til, om der er en klar kompetencefordeling mellem de pågældende to grupper mht. observation af bivirkninger og andre problematikker i forbindelse med medicineringen, falder ja-procenten. Her svarer 85 % ja. Spørges der derefter til, om der er et godt samarbejde mellem de to grupper falder ja-procenten igen. Her svarer 77 % ja. Og endelig falder ja-procenten igen, når der spørges til, om man er tilfreds med den tilbagemelding, man får fra lægerne. Nu svarer kun 66 % ja.

### **Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og beboerne**

Med den nye Servicelov, hvor der lægges vægt på individualiseret indsats i selvstændig bolig, vil beboeren kunne have ansvar for sin medicin og administrere sin medicinindtagelse eller modsat nægte at indtage medicinen. I botilbuddene har beboeren imidlertid også adgang til fagpersoner og tilbud om støtte til at administrere alle forhold omkring medicin. Det indebærer også, at medarbejderne på botilbuddene i højere grad en tidligere må forholde sig til, hvad der kan kaldes den medicin-pædagogiske opgave.

### **Der er klarhed over selvbestemmelsen, men det er ikke altid nok**

I det udsendte spørgeskema er der spørgsmål om samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og beboerne. Det viser sig, at 99 % af gruppe-/afdelingslederne siger ja til, at der er klarhed på det enkelte botilbud over, hvilke beboere der selv må tage egen medicin. Et fald i ja-procenten til 92 ses, når der spørges til om der er klarhed over fordelingen af ansvarsområdet mellem beboerne og medarbejderne omkring medicin håndteringen, og endnu et fald i ja-procenten til 88 ses, når der spørges til, om der er et godt samarbejde mellem medarbejderne og beboerne om medicin håndteringen. Dvs., at de fleste gruppe-/afdelingsledere er tilfredse med de pågældende forhold.

### **Der er mange dilemmaer omkring selvbestemmelsen**

Spørges imidlertid til, om der er oplevet dilemmaer mellem medarbejdernes opgave, som den der administrerer medicin og beboeres selvbestemmelse, svarer 66 % ja. Og spørges til, om det er målsætningen på de respektive botilbud, at så mange som muligt af beboerne selv skal kunne tage deres medicin, svarer kun 44 % ja, mens 31 % siger både og, og 25 % svarer nej. Svarene på dette spørgsmål har, viser det sig, sammenhæng med botilbuddets karakter. Ja-procenten er således lavere, når der er tale om beboere der er plejekrævende, hjerneskadede og/eller demente.

Der er også er spurgt til, om de respektive botilbud over de seneste 12 måneder har oplevet, at der er beboere, der ikke har villet tage deres medicin. Til dette svarer 91 % af gruppe-/afdelingslederne ja. En analyse af ovenstående svar viser derfor, at samarbejdet mellem medarbejderne i botilbuddet og beboerne om medicineringen er vigtig, at det er vigtigt at få dette belyst og at pointere, at den medicin-pædagogiske opgave er et væsentligt emne.

På spørgsmålet om medicinens virkninger og bivirkninger drøftes med beboerne på botilbuddet svarer 84 % af gruppe-/afdelingslederne ja. Spørges imidlertid til, om der har været afholdt kurser i medicingivning for beboerne svarer 76 % nej.

### **Gode og dårlige erfaringer med medicinhåndtering**

Sidst i det udsendte spørgeskema har gruppe-/afdelingslederne kunnet komme med egne uvildige kommentarer med gode og dårlige erfaringer med medicinhåndteringen. De kan sammenfattes i de efterfølgende hovedemner.

#### **Gode erfaringer**

##### ***Medicininstrukser***

Det påpeges her, at der skal være systematik og struktur omkring medicinhåndteringen og at instrukserne skal være skrevet i et klart sprog. Der er lagt vægt på, at der er kompetenceskemaer på den enkelte medarbejder, at der udpeges ansvarlige medarbejdere, at en og samme person står med ansvaret i hver vagt, at så få som muligt har ansvaret for dosering og bestilling, og at den hovedansvarlige skal have ansvaret for nyankomne medarbejdere og at disse bliver hørt i deres medicinviden og -forståelse, inden de må udlevere medicin.

##### ***Medicinopbevaring***

Der henvises til positive erfaringer med opbevaring af medicin i medicinskabe i egen lejlighed. Det giver beboeren større ejerskab og indsigt i medicinens virkninger og bivirkninger og anledning til fælles refleksion mellem medarbejder og beboer. Der er eksempler på, at når medicinen indtages i eget hjem minimeres risikoen for fejlmedicinering.

##### ***Medicindosering***

Mange fremhæver at ophældning af medicin altid kontrolleres af to personer, at det er vigtigt med ro, at én i afdelingen er medicinansvarlig, at der er klarhed og enkelhed over, hvem der gør hvad, at det er godt med en procedure for bestilling af medicin, og endelig at der er gode erfaringer med dosispakning af medicin fra apoteket.

##### ***Medicinkurser***

Generelt fremhæves behovet for medicinkurser og oplæring af medarbejderne, hvilket også kan ske internt, men det påpeges også, at der skal være egen ansvarlighed fra medarbejdernes side for selv at søge viden og opdatere denne.

##### ***Medicinpædagogik***

Det understreges, at det er vigtigt at lytte til beboernes oplevelser. Det er dem, der mærker, om medicinen virker eller skal ændres. Det siges, at det er vigtigt aldrig at "snyde" medicinen i beboerne, det er vigtigt med et godt samarbejde med beboerne, og at der skal være en stor åbenhed herom. Beboerne skal kontrollere dosis før indtagelse og med-

virke til at undgå fejl. Medarbejderne skal stille deres faglighed til rådighed for beboerne, og beboerne skal vejledes og undervises. I forhold til beboerne er nøglebegreberne "dialog", "tillid" og "ansvar". Andre nævner undervisning af beboere i medicinens virkning og bivirkning.

### ***Fejlfinding***

Det fremhæves, at det er vigtigt at fejl rapporteres, og at der er åbenhed omkring at lære af egne og andres fejl.

### **Mindre gode erfaringer**

Som generelle betragtninger nævnes nomineringen på botilbuddene, øget medicinering af beboere med psykiatriske lidelser og det stigende antal beboere med sukkersyge, hvor der henvises til for lidt supplerende behandling med kost og anden livsform.

### ***Medicininstrukser og -kurser***

Der er mindre gode erfaringer med at have for mange medarbejdere og/eller faggrupper til at håndtere medicin. Dertil fremhæves, at der er mindre gode erfaringer med at ikke-sundhedsfagligt personale giver medicin, og at især pædagoger har behov for undervisning, da de ikke er uddannede inden for somatisk sygdom.

### ***Samarbejdet mellem beboere og medarbejdere***

Det siges, at hvor der ikke kommunikeres, relationen mangler og medarbejderne siger fra, opstår der konflikter med medicin. Der henvises til, at det er svært at rumme beboere, der ikke vil have medicin, frem til at det 'vælter'. Der er eksempler på beboere, der laver aftaler med læger uden om medarbejderne på botilbuddet. Nogle beboere opgiver at samarbejde med psykiatere, der ikke lytter til beboerens behov og ønsker.

### ***Fejlkilder og -finding***

Det nævnes, at det er en kilde til fejlmedicinering, hvis andre faggrupper end sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter administrerer medicinen. Der henvises til procedurer vedrørende udskrivning af beboere fra sygehuset, hvor der henvises til fejl, hvis procedurer videregives mundtligt. Og der henvises til fejl, når medicin stilles på bakken til samtlige beboere.

### **Spørgsmål til drøftelse**

Kortlægningen har rejst en række spørgsmål. De er formuleret som spørgsmål om, hvad der fungerer i praksis. De er gengivet i det følgende i en ikke prioriteret orden. Det er forventningen at de opfølgende konferencer skal bistå med at prioritere de mest centrale spørgsmål og antyde mulige svar.

### ***Beboersammensætningen***

*Hvad betyder den store spredning i beboernes alder og plejebehov for medicinhåndtering og medicinpædagogik på botilbuddene?*

*Hvad kan spredningen i beboersammensætningen betyde for beboernes opfattelse af medicinhåndteringen?*

*Hvordan følger man reglerne, når mennesker er meget forskellige?*

## **Faggrupper**

*I hvilken udstrækning er det formålstjenstligt at de forskellige medarbejdergrupper deltager i alle faser af medicinhåndteringen?*

*Hvilke holdninger kan beboerne have til de forskellige faggruppers opgaver omkring medicin?*

*Hvordan kan de forskellige faggrupper bedst samarbejde om opgaver, der er knyttet til den medicinske behandling?*

*Hvilken betydning har forskellige former for arbejdsdeling omkring medicin mellem faggrupperne?*

*Har pædagogerne en fagspecifik funktion i forhold til medicinpædagogik?*

## **Håndtering**

*Hvordan klarer "Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler" sig i mødet med de faktiske forhold i de socialpsykiatriske botilbud?*

*Hvordan kan medicininstrukser tage hensyn til forskellige grupperes forskellige behov?*

*Hvordan har beboeren indflydelse på, hvordan medicinen opbevares?*

*Hvordan sikrer man, at de medarbejdere, der skal tage ansvaret for medicinophældning og udlevering til beboerne har optimale arbejdsvilkår?*

## **Fejl**

*Hvordan finder man ud af, hvornår niveauet for fejl er 'for meget'?*

*I hvilket omfang meddeles fejl i medicinhåndteringen til den behandlende læge?*

*Hvordan kan man på botilbuddene bedst lære af sine fejl?*

*Hvordan kan man sikre, at fejlfinding og den efterfølgende læring bevares og videreføres til nye medarbejdere?*

*Hvordan informeres beboerne om fejl, fejlrapportering og læringen af dem?*

## **Uddannelse og information**

*Hvordan sørger man for at medarbejderne er tilstrækkeligt informerede i forhold til de anvendte lægemidler? Skal alle involverede vide lige meget?*

*Hvilke politikker/regler om medarbejderuddannelse har vist sig nyttige?*

*Er der forskel på faggrupperne?*

*Hvilke ønsker og krav har beboerne til medarbejdernes uddannelse?*

*Hvem skal fastlægge kravene til medarbejdernes uddannelses- eller vidensniveau?*

*Hvilken form for undervisning omkring lægemidler virker bedst?*

*Hvad kan man gøre for at vikarer og elever har den fornødne viden om de aftaler, der er indgået omkring medicin og selvadministration?*

*Hvor meget må temaet lægemidler fylde i efteruddannelserne?*

## **Samarbejdet med de ordinerende læger og andre**

*Hvordan sikrer man det bedste samarbejde med de ordinerende læger?*

*Hvordan kan de ordinerende læger bedst varetage deres ansvar?*

*Hvordan delegerer lægerne bedst opgaverne?*

*Hvad man kan gøre for at få arbejdsdelingen mellem botilbud og de ordinerende læger til at fungere bedst muligt?*

*Hvad kan man gøre, hvis arbejdsdelingen mellem ordinerende læge og botilbud ikke er tilfredsstillende?*

*Hvordan kan man informere de pårørende om lægemidler, medicinhåndtering og aftaler om medicinhåndtering?*

*Hvad kan man konkret gøre ved overgange f.eks. udskrivning for at undgå fejl omkring medicinering?*

### **Samarbejdet mellem beboere og personale**

*Tilbud om støtte til administration: Hvordan skaber man balancen mellem støtte og kontrol?*

*Hvordan sikres det, at medarbejdere ikke bliver for rigide i deres holdninger – at få mange forskellige mennesker med svære sindslidelser til at tage den ordinerede medicin kræver megen tolerance og rummelighed af de medarbejdere, som skal finde mange kunstneriske måder at forholde sig forskelligt til de mange forskellige beboere?*

*Hvordan kan man lave aftaler om medicinhåndtering for meget plejekrævende beboere eller beboere med et meget svingende funktionsniveau?*

### **Medicinpædagogik**

*Hvad kan gøre for at medicin ikke bliver et fokus – men et redskab i beboernes liv?*

*Hvad skal et bosteds medicinpædagogik indeholde?*

*Hvordan lærer mennesker at omgås deres medicin? Hvad ved vi om, hvad der virker?*

*Hvem påtager sig det pædagogiske ansvar omkring medicinen?*

### **Selvbestemmelsen**

*Hvor er selvbestemmelse vigtigst?*

*Hvad kan beboerne forvente i praksis, hvis der er en målsætning om, at beboerne selv tager deres medicin?*

*Hvordan håndteres dilemmaer mellem beboeres selvbestemmelse og de socialpsykiatriske medarbejders opgave i den medicinske behandling?*

*Hvordan kan medarbejderne både på den ene side sikre, at medicinen opbevares sikkert og på den anden sikre, at beboeren selv føler ejerskab og ansvar for den medicin han/hun er nødt til at indtage?*

### **Samspillet mellem beboerne**

*Hvordan kan beboere bedst støtte hinanden?*

*Hvordan kan man bedst sikre at de "svage" beboere ikke får stjålet deres medicin?*

*Hvordan skaber man balance mellem beboernes selvbestemmelse og retssikkerhed i egen bolig, når man lever i et miljø, hvor selvadministration kan føre til, at andre misbruger medicinen?*

*Hvad kan man gøre for at medicinen ikke styrer beboernes hverdag?*

### **Psyko-education**

*Hvordan udnyttes psyko-education til læring om medicin? Hvad ved vi om, hvad der fungerer?*

*I hvilken udstrækning kan medicinhåndtering/-indtagelse være et fælles tema, der tages op på beboermøder og som fælles undervisning? Skal det være individuelt?*

*I hvilket omfang er der behov for, at beboerne kan tilbydes kurser/undervisning i lægemidler og omgangen med dem?*

*Hvordan give depotmedicin med respekt?*

*Hvordan nøde medicin i beboere og samtidig bevare den gode relation?*



# 1. Indledning

## 1.1. Undersøgelsens tilblivelse

Denne undersøgelse er blevet til, efter at det tidligere Center for Evaluering, der nu er en del af Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, af Socialministeriet er blevet bedt om at gennemføre en kortlægning af den medicinske behandling på de socialpsykiatriske botilbud efter Servicelovens § 92 og § 93. Det er de botilbud, der efter kommunalreformens gennemførelse pr. 1. januar 2007 kan henføres til Servicelovens § 107 og § 108.

## 1.2. Baggrund

Baggrunden for undersøgelsen er blandt andet den debat, der har været ført i de landsdækkende medier omkring medicin håndtering på det psykiatriske område generelt og i socialpsykiatriske botilbud i særdeleshed. I debatten har det blandt andet været fremført, at sindslidende er blevet givet mere antipsykotisk medicin end de officielle anbefalinger, har fået forkert medicin – eller den rette medicin, men i forkert dosering.

Dette har blandt andet givet anledning til bekymring fra familier, der frygtede for deres sindslidende pårørendes liv. Debatten har ført til, at Sundhedsstyrelsen indskærpede medicinvejledningen over for de ordinerende læger. Det har imidlertid også ført til, at samarbejdet mellem hospitaler, praktiserende læger og de socialpsykiatriske botilbud kom under et kritisk lys, og at der blev sat fokus på, hvordan man på de socialpsykiatriske botilbud administrerer opgaven med medicin håndtering. Det sidste er denne delrapports 2's emne.

## 1.3. Formål

Formålet med den aktuelle spørgeskemaundersøgelse, der danner oplæg til denne anden delrapport, er at kortlægge de omtalte botilbuds enkelte afdelingers praksis omkring medicin håndtering og beskrive afdelingernes generelle opfattelse af opgaven omkring den medicinske behandling. Formålene er derudover også at give botilbuddene anledning til selv at reflektere over medicin håndteringen og sammenhængen mellem den medicinske behandling og den øvrige indsats – herunder især den medicinpædagogiske indsats – i forhold til beboerne i botilbuddene.

Formålet er derudover også at skabe overblik over eventuelle variationer i praksis omkring medicin håndtering på landsplan, give de enkelte botilbuds afdelinger mulighed for at give en uddybende beskrivelse af deres praksis omkring medicin håndtering samt pege på områder, hvor der i lyset af deres erfaringer i særlig grad er behov for at sætte fokus på praksis.

## 1.4. Rapportens disposition

Denne delrapports kapitel 2 er en redegørelse for, hvem vi har undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen. Hvilken type afdelinger på botilbuddene har besvaret spørgeskemaet. Hvilke målgrupper dækker de forskellige afdelinger på botilbuddene, og hvilke faggrupper gør hvad i forhold til medicin håndtering og pædagogik?

I kapitel 3 gennemgås de skriftlige instrukser, der foreligger på afdelingerne med henblik på at kortlægge indholdet i de lokale medicin håndteringsinstrukser og se nærmere på afdelingsledernes syn på sammenhængen mellem eventuelle fejl i afdelingens medicin håndtering og dens skriftlige instrukser. I kapitlet indgår også en vurdering af, hvorledes afdelingerne opbevarer beboernes medicin.

Kapitel 4 er en gennemgang af, hvem og hvordan botilbuddet opbevarer beboernes medicin: Centralt på botilbuddet eller i den enkelte beboers hjem.

Kapitel 5 er en redegørelse for afdelings-/gruppeledernes vurdering af samarbejdet mellem de ordinerende læger og botilbuddets medarbejdere.

I kapitel 6 ser vi på botilbuddets – afdelingernes – medicin pædagogiske praksis: På samarbejdet mellem medarbejderne og beboerne vedrørende medicin håndtering og -givning, på kurser i medicin håndtering – for medarbejderne, for beboerne, og for de to grupper sammen.

Sluttelig sammenfatter vi i kapitel 7 de gode og dårlige erfaringer med medicin håndtering, som de ledere, der har besvaret spørgeskemaerne, har vurderet, at det er vigtigt at viderebringe.

### ***Diskussionspunkter***

De enkelte kapitler afsluttes med en række diskussionspunkter, der er udledt af respondenternes besvarelser og af bearbejdelsen af spørgeskemaerne. Formålet med diskussionspunkterne er, at de sammen med de konkrete beskrivelser af problemstillinger, som medarbejdere og beboere medbringer til undersøgelsens næste fase – 2 temadage, kan fungere som grundlag til og inspiration for temadagenes dialogmøder.

## **1.5. Kortlægningens metode og datagrundlag**

Datagrundlaget bag denne delrapport er hentet fra en anonym spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaet blev sendt ud medio november 2007 og er blevet besvaret i perioden fra medio november og frem til medio december 2007.

Spørgeskemaet blev sendt ud til 240 afdelings- eller gruppeledere i socialpsykiatriske botilbud efter Servicelovens § 107 og § 108. To spørgeskemaer kom retur med adressaten ubekendt, hvilket giver 238 mulige svar. 129 af afdelings- eller gruppelederne har besvaret skemaet, hvilket giver en svarfrekvens på 54,2 %. Svarfrekvensen må dermed anses for at være så stor, at de indkomne svar, og dermed kortlægningen er repræsentativ for undersøgelsens målgruppe.

I spørgeskemaet har der været enkelte baggrundsspørgsmål. De adspurgte er blevet bedt om, at angive, hvilken type botilbud, de repræsenterer. De adspurgte fordeler sig således: 13 % på botilbud efter § 107, 76 % efter § 108 og 10 % angiver både § 107 og § 108 som grundlag for det botilbud, hvor de er ansat. Det kan derfor konstateres, at botilbud efter § 108 typisk danner baggrund for datamaterialet. Et enkelt botilbud har i øvrigt opgivet sig som værende et "særtilbud".

### ***Afgrænsning af undersøgelsens respondentgruppe***

Serviceovens § 107 omhandler "midlertidige ophold, mens § 108 omhandler "længerevarende ophold". Det kan bemærkes, at det har været hensigten i denne undersøgelse, at vægten netop skulle lægges på botilbud omhandlende "længerevarende ophold". Det har imidlertid ikke været muligt kun at tage denne kategori med, da grænsen mellem, hvilke paragraffer man arbejder efter, nogle steder har været flydende. Netop af denne grund er der botilbud efter § 107, der også er blevet medtaget i undersøgelsen, selv om dette ikke oprindeligt har været hensigten.



## 2. De undersøgte socialpsykiatriske afdelinger

Kapitel 2 er en redegørelse for, hvem vi har undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen. Her præsenteres data, der viser, hvorledes de socialpsykiatriske afdelinger på botilbuddene, der indgår i spørgeskemaundersøgelsen, ser ud: Beboere såvel som medarbejdere. Hvilke målgrupper dækker de forskellige afdelinger på botilbuddene, og hvilke faggrupper gør hvad i forhold til medicin administration og pædagogik?

Hvert afsnit indledes eller følges af tabeller, der viser besvarelsernes kvantitative fordeling. De kvantitative data suppleres i nogle afsnit med citater eller sammenskrivninger fra spørgeskemaernes åbne besvarelser.

### 2.1. Botilbudstype, beboersammensætning og behovssammensætning

76 % af de botilbud, der danner baggrund for undersøgelsens data er § 108 botilbud, hvor beboernes ophold er "længerevarende. 13 % er § 107, hvor beboerne efter service-lovens definition er på "midlertidigt ophold". 10 % angiver både § 107 og 108 som botilbuddets grundlag, mens et enkelt botilbud har opgivet sig som værende et "særtilbud".

Tabel 1. Botilbudstype

	Botilbudstype efter paragraf i serviceloven
§ 107	13
§ 108	76
§ 107 & § 108	10
Anden botilbudstype	1
I alt i %	100
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>127</b>

Som det fremgår af nedenstående tabel 2, som repræsenterer svarene fra 110 afdelings- eller gruppeledere, er det kun i få tilfælde, at botilbuddene huser "rene alderskategorier". Det drejer sig om 5 % af tilbudene, der har ældre beboere (over 50 år) og 4 %, der har unge beboere (18-34 år). Det vil sige, at det kun for 20 % af de besvarende botilbud gælder, at de kendetegnes ved beboernes aldersgruppe. På 12 % af botilbuddene bor unge og yngre sammen, på 26 % har de ældre og yngre beboere boende sammen, mens der er 42 % af botilbuddene, hvor alle aldersgrupper er repræsenterede.

Tabel 2. Beboernes alderssammensætning på botilbuddene

	Beboernes alderssammensætning på botilbuddene
Ældre (over 50 år)	5
Yngre (35-49 år)	4
Unge (18-34 år)	11
Ældre og yngre sammen	26
Ældre og unge sammen	2

Yngre og unge sammen	12
Ældre, yngre og unge sammen	42
I alt i %	100
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>110</b>

I tabel 3 præsenteres beboernes behov for hjælp og støtte. 117 af afdelings- eller gruppeledere har svaret på spørgsmålet desangående. Som i ovenstående tabel er det kun på få botilbud, at beboerne klart kan kategoriseres. 21 % af afdelings- eller gruppelederne opgiver svært sindslidende som beboernes grundlag for plejebenhov, og 1 % opgiver plejekrævende som grundlag for beboerne. I dette tilfælde omhandler det demente beboere. Ellers fordeler beboerne sig med 34 % af botilbuddene som svært sindslidende og misbrugere, og i 38 % som svært sindslidende, plejekrævende og misbrugere. Det betyder, at det typiske botilbud, der er repræsenteret i denne undersøgelse, har beboere med flere karakteristika på en gang.

Tabel 3. Beboernes behovssammensætning på botilbuddene

	Beboernes behovssammensætning på botilbuddene
Svært sindslidende	21
Plejekrævende	1
Misbrugere	0
Svært sindslidende og plejekrævende	6
Svært sindslidende og misbrugere	34
Plejekrævende og misbrugere	1
Svært sindslidende, plejekrævende og misbrugere	38
I alt i %	100
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>117</b>

## 2.2. Sammenhængen mellem beboernes alder og plejebenhov

For at undersøge, om der i spørgeskemabesvarelserne findes data, der kan vise, om der er et mønster i, hvordan aldersgrupperne fordeler sig i behovskategorierne har vi lavet en krydstabel: Nedenstående tabel 4.

Tabel 4. Sammenhængen mellem beboernes alder og plejebenhov

	Svært sindslidende	Svært sindslidende med plejekrav	Svært sindslidende med misbrug	Misbrug og plejekrævende	Svært sindslidende, plejekrævende med misbrug	Total i %	Antal besvarelser (n)
Ældre (over 50 år)	(-)	29	(-)	(-)	5	4	4
Yngre (35-49 år)	(-)	14	5	(-)	2	4	4
Unge (18-34 år)	33	(-)	10	(-)	(-)	8	8
Ældre og yngre	42	29	13	100	32	26	27

sammen							
Ældre og unge sammen	(-)	14	3	(-)	(-)	2	2
Yngre og unge sammen	8	(-)	23	(-)	5	12	12
Ældre, yngre og unge sammen	17	14	46	(-)	57	45	46
Total i %	100	100	100	100	100	100	(-)
<b>Antal Besvarelser (n)</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>44</b>	<b>(-)</b>	<b>103</b>

Der anes flere svage tendenser i tabellen, selvom man skal være varsom med fortolkninger af sammenhænge, da der i nogle af cellerne er relativt få besvarelser.

I tabellen ses det, at i kategorien svært sindslidende med plejekrav er botilbud med ældre over 50 år og yngre mellem 35 og 49 år overrepræsenteret. Helt unge beboere figurerer ikke i denne kategori.

I kategorien svært sindslidende med misbrug er botilbud, hvor unge og yngre bor sammen, overrepræsenteret i henhold til den relative fordeling.

Tabellen viser dog ikke de store sammenhænge og fordelingerne centrerer sig om de kategorier, hvor alle tre alderskategorier og alle tre behov er medtaget.

Generelt kan det konstateres at de medvirkende botilbud har alle aldersgrupper med alle de nævnte problematikker og de heraf følgende plejebehov boende.

### **Diskussionspunkter**

- *Hvad betyder den store spredning i beboernes alder og plejebehov for medicin-håndtering og medicinpædagogik på botilbuddene?*
- *Hvad kan spredningen i beboersammensætningen betyde for beboernes opfattelse af medicinadministrationen?*
- *Hvordan kan medicininstrukser forholde sig til forskellige gruppers forskellige behov?*

## **2.3. Botilbuddenes størrelse og antal medarbejdere**

I dette afsnit præsenteres de undersøgte botilbuds størrelse og antal medarbejdere.

Som det fremgår af nedenstående tabel, der viser, hvor mange medarbejdere de enkelte tilbud har ansat, er hovedparten af de botilbud, der er repræsenteret i denne undersøgelse, forholdsvis små tilbud. 22 % har op til 10 ansatte, 49 % mellem 11 og 20 ansatte og 15 % mellem 21 og 30 ansatte. Dermed har 87 % af de repræsenterede botilbud op til 30 ansatte. Der er dog også forholdsvis store botilbud repræsenteret. Der er 2 botilbud, hvor afdelings- eller gruppeledere har opgivet mellem 81 og 90 ansatte, og der er to botilbud, hvor antallet af ansatte er over 91.

Tabel 5. Botilbuddenes størrelse i forhold til antal ansatte.

Antal ansatte (inkl. deltidsansatte)	Frekvens	Antal i %	Kumulativ procent
1-10 medarbejdere	28	22	22
11-20 medarbejdere	62	49	71
21-30 medarbejdere	19	15	87
31-40 medarbejdere	6	5	91
41-50 medarbejdere	3	2	94
51-60 medarbejdere	3	2	96
61-70 medarbejdere	1	1	97
71-80 medarbejdere	(-)	(-)	(-)
81-90 medarbejdere	2	2	98
Over 91 medarbejdere	2	2	100
Total i %		100	
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>126</b>		

## 2.4. Personalegrupper og medicinhåndtering

Det sidste punkt, der skal medtages her, er, hvilke medarbejdere og dermed hvilke faggrupper der gør hvad i forhold til medicinhåndtering og -pædagogik. Vi har undersøgt, hvor stor en del af medarbejderne der medvirker ved medicinhåndteringen. Dernæst har vi set på, hvor stor en andel af dem, der deltager i medicinhåndteringen, der også er med til at give injektioner med depotmedicin. Sluttelig har vi undersøgt, hvilken faglig baggrund de forskellige medarbejdere, der deltager, har i forhold til de forskellige opgaver, der er forbundet med medicinhåndtering og -pædagogik.

Den første tabel viser, hvor stor en andel af personalet, der medvirker ved medicinhåndtering.

Tabel 6. Antal ansatte der medvirker ved medicinhåndtering

Antal ansatte (inkl. deltidsansatte), der deltager i medicinadministrationen i pct.	Frekvens	Antal i %	Kumulativ pro- cent
0-10 pct. af medarbejderne	1	1	1
11-20 pct. af medarbejderne	2	2	2
21-30 pct. af medarbejderne	1	1	3
31-40 pct. af medarbejderne	7	6	9
41-50 pct. af medarbejderne	2	2	11
51-60 pct. af medarbejderne	6	5	15
61-70 pct. af medarbejderne	5	4	20
71-80 pct. af medarbejderne	11	9	29
81-90 pct. af medarbejderne	14	11	40
91-100 pct. af medarbejderne	74	60	100
Total i %		100	
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>123</b>		

Som det ses af tabellen af den kumulative procent, er det 20 % af botilbuddene, hvor op til 70 % af medarbejderne medvirker ved medicinhåndtering. Det vil sige, at på 80 % af



botilbuddene er det over 70 % af medarbejderne, der medvirker ved medicinhåndteringen. For 60 % af botilbuddene er det endda over 90 % af medarbejderne, der medvirker ved medicinhåndteringen. Det indebærer, at stort set alle medarbejdere i botilbuddene typisk deltager i administrationen af medicin.

Ses der på den specifikke opgave: injektiongivning – er billedet helt anderledes.

Tabel 7. Antal ansatte der deltager i injektionsgivningen

Antal ansatte (inkl. deltidsansatte), der deltager i Injektionsgivningen i pct.	Frekvens	Antal i %	Kumulativ procent
0-10 pct. af medarbejderne	21	17	17
11-20 pct. af medarbejderne	14	12	29
21-30 pct. af medarbejderne	21	17	46
31-40 pct. af medarbejderne	16	13	59
41-50 pct. af medarbejderne	13	11	70
51-60 pct. af medarbejderne	10	8	78
61-70 pct. af medarbejderne	12	9	88
71-80 pct. af medarbejderne	6	5	93
81-90 pct. af medarbejderne	6	5	98
91-100 pct. af medarbejderne	3	3	100
Total i %		100	
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>122</b>		

Denne tabels kumulative procent viser, at på 70 % af botilbuddene er det op til 50 % af medarbejderne, der deltager i injektiongivning. Det kan dermed konstateres, at injektiongivning typisk foretages af et mindretal af medarbejderne.

I tabel 8 ser vi på, hvorledes de forskellige konkrete opgaver, der følger med forvaltningen af den komplekse opgave med at varetage tilbuddet til beboerne, om hjælp og støtte til at administrere deres medicin – eller i nogle tilfælde, pligten til at varetage opgaven, fordeler sig på personalegrupperne. Vi har set på hvilke faggrupper, der varetager hvilke opgaver. Blandt andet har vi ønsket at undersøge, om fordelingen af opgaver vedrørende medicinhåndtering påvirker den socialpædagogiske kultur, der indrammer opgaven. Eller kan tallene vise noget om baggrunden for de utilsigtede hændelser, der forekommer?

Tabel 8. Opgaverne ved medicinhåndteringen fordelt på personalegrupper

Hvilke personalegrupper medvirker ved følgende opgaver ved medicinhåndteringen?					
	Afmåling/ophældning	Omdeling	Indtagelse	Observation	Injektion
Social- og Sundhedsassistent	121	123	116	121	103
Sygeplejerske	73	73	71	72	68
Plejer	45	65	62	62	4
Pædagog	58	104	94	95	5
Andre	42	82	78	78	9
Antal besvarelser	129	129	129	129	129

Det skal bemærkes, at der i denne tabel vises absolutte tal, dvs. antallet af botilbud, hvor den pågældende personalegruppe deltager i den pågældende opgave.

Ser vi på ovenstående tabels tal, tegner tabellen et billede, der viser hvilke opgaver, de forskellige faggrupper normalt varetager. Først og fremmest ses det, at social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker, dvs. botilbuddets sundhedsfaglige medarbejdere er nøglemedarbejdere i hele medicinhåndteringen og -givningsprocessen, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forordninger.

Dernæst ses det, at plejernes opgave i forhold til medicinhåndtering primært er i forbindelse med omdeling, indtagelse og observation. De deltager også i afmåling og ophældning, men dog ikke i samme udstrækning, og de giver kun i sjældne tilfælde injektion.

Det mest interessante ved ovenstående tabel er dog pædagogernes rolle. Deres opgaver ligger primært i forhold til omdeling, indtagelse og observation. De deltager i mindre udstrækning i afmåling og ophældning, og de giver sjældent injektion. Det ses altså, at de er rimeligt fagspecifikke og må formodes at overlade den konkrete del af medicinhåndteringen, dosering m.v., til de sundhedsfaglige medarbejdere.

### **Diskussionspunkter**

- *Hvilken betydning har forskellige former af arbejdsdeling omkring medicin?*
- *Hvilken uddannelsespolitik omkring medicin giver de bedste resultater? Er der forskel på faggrupperne?*
- *Hvad er beboernes holdning til, at de forskellige faggrupper har opgaver omkring medicin?*
- *Har pædagoger/sundhedspersonale en fagspecifik funktion i forhold til medicinpædagogik? Kan/bør de fungere som banebrydere og fortrop i forhold til de medicinpædagogiske problemstillinger, der forekommer på botilbuddene?*

### 3. Medicinhåndtering: Instrukser og kurser

I kapitel 3 gennemgås de skriftlige instrukser, der foreligger på afdelingerne med henblik på at kortlægge indholdet i de lokale medicinhåndteringsinstrukser. Derudover ses der på, hvorledes eksterne medicinkurser vurderes, og hvor meget de benyttes. Slutteligt ses der på sammenhængen mellem instrukser, kurser i medicinhåndtering og fejladministration.

#### 3.1. Instrukser og medicinkurser

I det udsendte spørgeskema er der spurgt til, om de i de forskellige regelsæt krævede instrukser foreligger på botilbuddet. Det er her 5 instrukser, der kan være tale om. Ja-procenten til, om de foreligger, fremgår efterfølgende:

	Ja
Instruks for identifikation af beboer og medikament	93 %
Instrukser for medicinhåndtering	97 %
Instrukser så medicinhåndtering kan foretages korrekt ved udskrivning	77 %
Instrukser for samarbejde med behandlende læge	86 %
Instrukser for relevante optegnelser over medicinhåndtering	94 %

Som det fremgår, foreligger de krævede instrukser i vidt omfang. Dog ligger svarprocenten for instrukser ved udskrivning lavt, her er der 16 %, der har svaret nej, og ved instrukser for samarbejdende læge har 10 % svaret nej.

I spørgeskemaet er afdelings- eller gruppelederne også blevet spurgt til, om man vurderer, at instrukserne er udarbejdet, så medarbejderne forstår dem. Dette svarer 95 % ja til. Og man er blevet spurgt til, om medarbejderne følger de udarbejdede instrukser. Her har 91 % svaret ja. Som det ses af ovenstående, er det blandt afdelings- og gruppeledere en markant vurdering, at deres medarbejdere både forstår og følger afdelingernes instrukser for medicinhåndtering og administration.

For at få uddybende data i forhold til de kvantitative data har vi bedt respondenterne om at kommentere deres svar. Af kommentarerne fremgår, at man i nogle botilbud er opmærksomme på, at der foreligger skriftlige instrukser, men at der ikke er helt nok fokus på formidlingen af dem, dvs. på at delagtiggøre alle medarbejderne, herunder især nyanstattede medarbejdere, i indholdet i instrukserne. En anden pointe, der nævnes, er at "brugergruppen gør, at der hele tiden er ændringer".

#### 3.2. Medicinkurser og viden om psykofarmaka

Vi har spurgt lederne, om de udover at udarbejde instrukser for medicinhåndtering også sender deres medarbejdere på medicinkursus. Dertil svarer 47 % ja, mens 53 % svarer nej.

Vi har også bedt lederne vurdere, om de mener, at medicinkurset/-kurserne giver medarbejderne tilstrækkelig viden om medicinhåndtering. Kun 2/3 af de adspurgte, dvs. 86 re-

spondenter, har besvaret spørgsmålet. 50 respondenter svarer ja, 34 svarer både, og mens 2 besvarer spørgsmålet negativt.

En gennemgang af kommentarerne til spørgsmålet lader antydningssvis vise, at baggrunden for den manglende interesse for medicinkurser er, at der på adskillige botilbud løbende foregår en intern oplæring i medicinhåndtering, der modsvarer stedets interne instrukser. Antydningssvis ses der også et manglende kendskab til eksterne medicinkurser. Der peges derudover på, at der kun sjældent udbydes kurser i medicinhåndtering i socialpsykiatrien.

Som nævnt i kapitel 2 s. 19 og 20 kan det konstateres, at de forskellige personalegrupper ikke i samme omfang medvirker ved alle faser i medicinhåndteringen, hvor eksempelvis plejere og pædagoger i mindre omfang end social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker medvirker ved afmåling og ophældning af medicin. Det kan også konstateres, at kun knap halvdelen af afdelings- eller gruppelederne har haft medarbejdere på medicinkursus.

Dertil kommer, at det, som nedenstående tabel 9 viser, kan konstateres, at en væsentlig andel (28 %) af afdelings- og gruppelederne kun delvist er tilfredse med deres medarbejders viden om medicinens virkninger og bivirkninger.

Tabel 9. Afdelings- eller gruppeledernes vurdering af medarbejdernes information om medicinens virkning og bivirkning

	Er dine medarbejdere tilstrækkeligt informeret om de anvendte lægemidlers virkning og bivirkning?
Ja	71
Både og	28
Nej	1
I alt i %	100
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>124</b>

Der er i undersøgelsen set på sammenhængen mellem medarbejdernes forståelse for virkninger og bivirkninger af medicinen og på deres deltagelse på medicinkurser. Har medicinkurserne den virkning, at det er de steder, hvor medarbejderne har været på kursus, der er bedst forståelse for medicinen?

Nedenstående tabel viser, at der ingen sammenhænge er. Fordelingerne er stort set det samme ligegyldigt om medarbejderne har været på medicinkursus eller ej.

**Tabel 10. Sammenhængen mellem medicinkurser og viden om medicins virkning og bivirkning**

	Medarbejderne <i>ER</i> tilstrækkeligt informeret om virkning og bivirkning ved de anvendte lægemidler	Medarbejderne er <i>BÅDE OG</i> informeret om virkning og bivirkning ved de anvendte lægemidler	Medarbejderne er <i>IKKE</i> tilstrækkeligt informeret om virkning og bivirkning ved de anvendte lægemidler	Total forståelse for virkninger i %
En eller flere medarbejdere <b>har</b> deltaget i medicinkursus indenfor det sidste år?	76	24	0	100
<i>Ingen</i> medarbejdere deltaget i medicinkursus indenfor det sidste år?	66	33	2	100
I alt i %	71	29	1	100
<b>Antal besvarelser</b>	<b>86</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>122</b>

En gennemgang af informanternes kommentarer til spørgsmålet viser, at der er mange forskellige løsninger på spørgsmålet vedrørende medarbejdernes oplæring i medicinbehandling. Eksempler er sidemandsoplæring, løbende instrukser, kurser med udefrakommende lægemiddelskonsulenter/psykiatrikonsulenter. Kommentarerne viser også, at lederne har en forventning om, at den enkelte medarbejder selv holder sig opdateret om medicins virkninger og bivirkninger via lægemiddelkataloger, psykiatrifondens lægemiddelinformation, håndbøger, net-doktor og/eller Sundhed.dk.

### **Diskussionspunkter**

- *Hvordan sørger man for at medarbejderne er tilstrækkeligt informerede i forhold til de anvendte lægemidler? Skal alle involverede vide lige meget?*
- *Hvilken form for undervisning omkring lægemidler virker bedst?*
- *Hvilke ønsker og krav har beboerne til medarbejdernes uddannelse?*
- *Hvilke politikker/regler om medarbejderuddannelse har vist sig nyttige?*
- *Bør myndighederne forholde sig medarbejdernes uddannelses- eller vidensniveau?*
- *Hvor meget må temaet lægemidler fylde i efteruddannelserne?*
- *Kan der afholdes fælles kurser for medarbejdere og beboere?*

### 3.3. Fejl i medicinhåndtering og/eller -ordination

97 % af afdelings- eller gruppelederne siger ja til, at der i personalegruppen er klarhed over, hvem der må dispensere medicin, og 98 % svarer ja til, at der er klarhed over, hvem der må administrere medicin. På et spørgsmål om, hvorvidt man generelt vurderer, at medarbejderne foretager medicinhåndtering korrekt, svarer 98 % ja.

Alligevel viser svarene på spørgsmål vedrørende fejl i medicinhåndteringen over de seneste 12 måneder på de respektive botilbud, at der på 76 % af botilbuddenes afdelinger har været fejl. Tabel 10 viser opgørelsen:

Tabel 11. Antal botilbud med fejl i medicinhåndteringen

Er der opstået fejl i medicingivningen over de seneste 12 måneder?	
Ja	76
Nej	22
Ved ikke	3
I alt i %	100
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>123</b>

Det kan altså konstateres, at der på 76 % af de respektive botilbud har været fejl i medicingivningen set over de seneste 12 måneder. Hvorvidt fejlene da tilbagemeldes til behandlende læge fremgår af følgende tabel.

Tabel 12. Tilbagerapportering til behandlende læge af fejl

Er den/de fejl da alle blevet tilbagemeldt til den behandlende læge?	
Ja	61
Nej	34
Ved ikke	6
I alt i %	100
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>89</b>

Det kan konstateres, at hovedparten af botilbuddene tilbagerapporterer om fejlene. Det er således 61 % af fejlene, der tilbagerapporteres. Det kan imidlertid også konstateres, at 34 % af fejlene ikke bliver tilbagemeldt.

Hvordan fejlene fordeler sig på de enkelte led i medicingivningen, viser følgende tabel.

Tabel 13. Fejl i medicinhåndteringen fordelt efter, hvor de finder sted

Fejlene fordelt på...:	
A. Ordination	11
B. Transskription og dokumentation	20
C. Dispensering	30
D. Administration	41
I alt i %	100
<b>Antal fejl (n)</b>	<b>155</b>

Det kan konstateres, at de krævede instrukser i vidt omfang er udarbejdede, og det vurderes, at instrukserne forstås af medarbejderne, og at medarbejderne foretager medicin-

håndteringen korrekt. Dette er afdelings- eller gruppeledernes vurdering. Det skal imidlertid tilføjes, at det er ledelsens ansvar, at instrukserne foreligger, og når man spørger de ansvarlige for, at instrukserne foreligger, og om instruksen er udarbejdet så den forstås, ligger det vel også i "kortene", at man får en høj svarprocent i ja-rubrikken.

Svarene på spørgsmålene viser imidlertid, at kravene til instrukser givet gennem bekendtgørelserne af afdelings- eller gruppelederne vurderes at være opfyldt. Efter eget udsagn lever man op til sit ansvar. Det kan imidlertid også konstateres, at antallet af afdelinger på botilbuddene, hvor fejl i medicinhåndteringen opstår, ligger så højt som 76 % af de berørte afdelinger. Ses på, hvor fejlene er opstået er det typisk i dispenseringen og administrationen. Tallene viser her, at det for 30 procents vedkommende er i dispenseringen og for 41 procents vedkommende er i administrationen, fejlene ligger. Det er netop i de to led i kæden, der typisk hører hjemme i botilbuddene.

### **Diskussionspunkter**

- *Hvordan finder man ud af, om fejlniveauet er 'blevet for højt'?*
- *I hvilket omfang skal fejl i medicinhåndteringen meddeles til den behandlende læge?*
- *Hvordan kan man på botilbuddene bedst lære af sine fejl?*
- *Hvordan informeres beboerne om fejl, fejlrapportering og læringen af dem?*
- *Hvordan håndteres beboeres oplevelse af utryghed i forbindelse med medicinering?*
- *Hvad kan der gøres for, at resultatet fejlfinding og den efterfølgende læring bevares og videreformidles til nye medarbejdere?*
- *Hvilke personalegrupper er mest i risikozonen for at begå fejl?*





## 4. Opbevaring af beboernes medicin

I kapitel 4 ser vi på opbevaring af medicinen på botilbuddene, hvor beboerne ifølge Lov om Social Service befinder sig eget hjem. Har beboerne eller botilbuddet ansvaret for opbevaringen af beboernes medicin?

I den forbindelse har vi set på sammenhængen mellem svarene på dette spørgsmål og beboerens psykiske/øvrige helbredsmæssige tilstand. Emnet kan forekomme perifert i forhold til resten af denne undersøgelse, men det enkelte botilbuds holdning til, hvor og hvordan de opbevarer beboernes medicin, fortæller noget om botilbuddets medicinpædagogik.

### 4.1. Eget medicinskab i eget hjem – eller hvad?

Der er i spørgeskemaet spurgt til, om afdelings- eller gruppelederne mener, at medicinen opbevares forsvarligt. Dette svarer 91 % ja til, 8 % svarer både og 1 % svarer nej. Spørges der til, om der er fuld klarhed over, hvem i afdelingen – inkl. beboerne, der har adgang til medicinen, svarer alle ja. Men kommentarerne fra de afdelings- og gruppeledere, der har valgt at kommentere deres svar, peger på en del vanskeligheder omkring opbevaring af medicin.

Nedenstående tabel 14 viser, hvor mange steder medicinen opbevares i eget hjem.

Tabel 14. Opbevaring af medicin

	Har en eller flere af beboerne i din afdeling eget medicinskab?	Har nogen/nogle af beboerne nøgle til eget medicinskab?*)
Ja	54	61
Nej	46	40
I alt i %	100	100
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>128</b>	<b>69</b>

\*) Kun besvaret af ja-sigerne i første kolonne.

Tabellen viser, at på over halvdelen af afdelingerne opbevarer beboerne selv deres medicin. Men ledernes kommentarer til spørgsmålet viser, at der er problemer med sikkerheden. Især er der problemer med tyveri af medicin i hjemmene. Ord som "pengeskab", "sikkerhedsboxe", og "stålskabe" og er gennemgående i kommentarerne. En leder har skrevet, at de i hans/hendes afdeling opbevarer medicinen i et aflåst skab hos beboeren, men skabet kan brydes op af medbeboere, derfor skal de nu til at udføre en metalkasse med lås.

Tabel 15 viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem beboernes grad af sindslidelse, deres plejebehov og misbrug og deres mulighed for selv at opbevare og administrere egen medicin. Af tabellen ses, at især misbrug har indflydelse på forholdet.

Tabel 15. Sammenhængen mellem medicinskab i eget hjem og beboerens tilstand/behov for pleje

	En eller flere beboere har eget medicinskab	Der er ingen beboere, der har eget medicinskab	Total i %	Antal besvarelser (n)
Svært sindslidende	79	21	100	24
Plejekrævende	100	(-)	100	1
Misbrugere	(-)	(-)	(-)	(-)
Svært sindslidende og plejekrævende	57	43	100	7
Svært sindslidende og misbrugere	43	58	100	40
Plejekrævende og misbrugere	(-)	100	100	1
Svært sindslidende, plejekrævende og misbrugere	54	47	100	43
Total i %	55	45	100	
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>(64)</b>	<b>(52)</b>		<b>116</b>

## 4.2. Centrale medicinrum

Som det ses i ovenstående afsnit og i tabel 15, viser tallene i tabel 16 også at for botilbuddet betyder det at have sindslidende beboere, der også har et misbrug, problemer i forhold til opbevaring af beboernes medicin. Også beboerens sygdomsgrad og deres heraf følgende komplekse problemstillinger spiller ind. Tyveri er ikke så markant et problem fra de centrale medicinrum, som når medicinen opbevares i eget hjem. Til gengæld er der problemer, som ledernes kommentarer, der følger under tabellen, viser, når medicinen skal opbevares i et centralt rum. Problemer, der hænger sammen med muligheden for at håndtere medicin håndteringen sikkert.

Tabel 16. Sammenhængen mellem central opbevaring af medicin og beboernes tilstand/behov

	I afdelingen opbevares der medicin i et centralt rum	I afdelingen opbevares der ikke medicin i et centralt rum	Total i %	Antal besvarelser (n)
Svært sindslidende	63	38	100	24
Plejekrævende	(-)	100	100	1
Misbrugere	(-)	(-)	(-)	(-)
Svært sindslidende og plejekrævende	71	29	100	7
Svært sindslidende og misbrugere	80	20	100	40
Plejekrævende og	100	(-)	100	1

misbrugere				
Svært sindslidende, plejekrævende og misbrugere	59	42	100	41
Total i %	68	33	100	
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>(77)</b>	<b>(37)</b>		<b>114</b>

Ca. halvdelen af respondenterne har svaret, at de på deres botilbud har centrale medicinrum, hvor medicinen opbevares og ophældes. Enkelte har svaret at rummet ikke fungerer, og den resterende del af respondenterne har ikke besvaret spørgsmålet. Men ser vi på kommentarerne, peger de i overvejende grad på mangelfulde forhold:

*"Meget lille rum med mange afbrydelser".*

*"For småt og placeret i fællesarealet, hvilket betyder uro og forstyrrelser".*

*"Der er meget lidt plads til ophældning af medicin i medicinrummet".*

*"Forstyrrelser, 'gennemgangsrums', dårlig plads".*

*"Kan ikke arbejde uforstyrret".*

*"Mangler bedre lys og oversigtsforhold".*

Alle disse kommentarer peger i retning af forhold, hvor det vil være menneskeligt at fejle, under ophældning af medicin.

På den positive side viser kommentarerne, at der er afdelinger, hvor man har gode lyse medicinrum med ro og mulighed for at lukke døren, rum der udelukkende benyttes til medicinopbevaring og -ophældning. Der er steder, hvor en kollega efter ophældning kontrollerer det ophældte medicin, og der er steder, hvor det hele foregår hjemme hos beboeren.

Et spørgsmål er, om der på botilbuddene opbevares medicin i et centralt medicinrum. Dette svarer 68 % af afdelings- eller gruppelederne ja til og 32 % nej til. På et spørgsmål om, hvorvidt medicinrummet er indrettet, så medicin kan ophældes uden fejl, svarer 70 % ja, 20 % både og 11 % nej.

### **Diskussionspunkter**

Hvordan kan medarbejderne både på den ene side sikre, at medicinen opbevares sikkert og på den anden side sikre, at beboeren selv føler ejerskab og ansvar for den medicin han/hun er ordineret?

Hvordan har beboeren indflydelse på, hvordan medicinen opbevares?

Hvad kan man gøre, hvis dynamikken i beboergruppen fører til forskellige former for misbrug?

Hvilken rolle spiller samarbejdet med ordinerende læge omkring opbevaringen af medicin?

Hvordan sikrer man de medicinansvarlige medarbejdere gode arbejdsvilkår?



## 5. Samarbejdet mellem socialpsykiatriske medarbejdere og ordinerende læger

I det følgende ses på samarbejdet mellem medarbejderne i botilbuddene og lægerne. Hvad angår lægerne kan der være tale om både behandlende læge, psykiater og vagtlæge. Samarbejdet beskrives i følgende tabel, der viser svarene på de enkelte stillede spørgsmål.

Tabel 17. Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og lægerne

	Ja	Både og	Nej	I alt %	Antal besvarelser (n)
Vurderer du, at der er klarhed over fordelingen af ansvarsområdet mellem dine medarbejdere og eksempelvis læge, psykiater og vagtlæge vedrørende medicinhåndteringen?	92	8	0	100	127
Vurderer du, at der er en klar kompetencefordeling mellem dine medarbejdere og eksempelvis læge psykiater og vagtlæge vedrørende observation af bivirkninger og andre problematiske tilstande som følge af medicinering?	85	14	1	100	128
Er der et godt samarbejde mellem dine medarbejdere og eksempelvis læge, psykiater og vagtlæge vedrørende medicinhåndteringen?	77	22	2	100	125
Er du tilfreds med den tilbagemelding, du eller dine medarbejdere har fået fra eksempelvis læge, psykiater og vagtlæge om beboernes medicinindtag og eventuelle ændringer i ordinationer?	62	33	6	100	123

### 5.1. Ansvarsfordelingen mellem læger og socialpsykiatriske medarbejdere

Indledningsvis vurderes det, om der er en klar fordeling af ansvar mellem medarbejderne og lægerne om medicinhåndteringen. Hertil svarer 92 % af afdelings- og gruppelederne ja. Dermed kan det konstateres, at afdelings- og gruppelederne vurderer, at fordelingen af ansvar mellem medarbejderne og lægerne er klar. Man ved, hvem der har ansvaret for hvad.

Af kommentarerne til spørgsmålet ses, at dette forhold bl.a. "står klart defineret" i medicininstrukser. En informant fortæller, at afdelingens praksis på området er godkendt af den psykiatriske konsulent. En kommentar peger på medarbejdernes erfaring som en vigtig parameter. Der peges i kommentarerne på, at der typisk vil opstå "tvivl"/"uklarhed" i de tilfælde, hvor en psykiater er den ordinerende læge. Der kan i de tilfælde opstå tvivl om, hvem der har ansvaret for at orientere den praktiserende læge. Det samme gælder i forholdet mellem praktiserende læge og psykiatrisk konsulent.

## 5.2. Kompetencefordelingen

Spørges der dernæst til, om der er en klar kompetencefordeling mellem medarbejdere på botilbuddet og samarbejdspartnere som eksempelvis læge, vagtlæge eller psykiater vedrørende observation af bivirkninger og andre problematikker i forbindelse med medicinering, svarer 85 %, at der er en klar kompetencefordeling. Dermed indikerer tabellens tal, at når der spørges til et konkret forhold vedrørende praksis, falder ja-procenten svagt. Stadig må det dog konstateres, at hovedvægten af svar hører hjemme i ja kategorien.

De medfølgende kommentarer viser dog, at lederne på botilbuddene vurderer, at det er deres medarbejdere, der primært har kompetencen (og anledningen) til at observere beboerne. I tvivlstilfælde tilkaldes lægen. I øvrigt berettes der også om løbende dialog mellem botilbud og læger og psykiatere. På den mere negative side peger en kommentar på at "lægerne ikke altid tager hensyn til, hvorvidt det er sundhedsfagligt eller socialfagligt personale, der modtager beskeder/ordinationer". I værste fald kan dette jo føre til fejlordination.

## 5.3. Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og de ordinerende læger

På spørgsmålet vedrørende kvaliteten af samarbejdet mellem botilbuddets medarbejdere og deres samarbejdspartner svarer 77 % af afdelings- og gruppelederne positivt på spørgsmålet. Igen kan konstateres, at ja-procenten sammenlignet med de foregående to spørgsmål, er lavere. Men stadig er hovedvægten af svar ja. Dvs., at hovedparten af afdelings- og gruppelederne mener, at der er et godt samarbejde.

Kommentarerne til svarene viser klart, hvorfor de positive %-tal endnu engang er faldende. Ifølge flere informanter kniber det med den gensidige information mellem praktiserende læger, vagtlæger og psykiatere. Der fortælles om travlhed blandt psykiatere, og vagtlæger der ikke er villige til at skrive i journal – og i øvrigt ikke er særlig villige til at samarbejde. Det nævnes også, at "udefra kommende læger har svært ved at skelne mellem socialpsykiatri og hospitalspsykiatri". Der er dog også adskillige ledere, der nævner, at samarbejdet "klart er meget bedre, end det har været". Og der gives eksempler på et udmærket samarbejde.

Spørges der til sidst, om man er tilfreds med den tilbagemelding, man får fra lægerne, svarer kun 62 % ja. Igen kan det konstateres, at ja-procenten er faldende i forhold til det første spørgsmål.

Det kan dermed omvendt konstateres at 8 % har svaret nej til, at der er en klar fordeling af ansvar mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og lægerne. 14 % har svaret nej til, at der er en klar fordeling af kompetence, når talen er på observationer af medicinens virkninger og bivirkninger.

Den typiske kommentar til samarbejdet med samarbejdspartnerne i og uden for hospitalspsykiatrien er, at det er vanskeligt at få et samarbejde i stand med den praktiserende læge. Det gælder f.eks. i forbindelse med ændringer i medicin eller dosering. Det gælder

også i de tilfælde, hvor en beboer selv er i kontakt med lægen, men medarbejderne har brug for at vide, hvad der er foregået under konsultationen.

Flere ledere fortæller, at de af sikkerhedshensyn forlanger at få tilbagemeldinger fra hospital, psykiater og læge pr. fax. Dette gælder især ved udskrivning fra en hospitalsafdeling.

Ses på samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og lægerne, da har 22 % af afdelings- og gruppelederne svaret nej til, at det er godt, og ses på den tilbagemelding, man får fra lægerne, har 33 % svaret nej til, at den er tilfredsstillende. Supplerende kan nævnes, at det netop jf. tabel 11, side. 26 kan konstateres, at 34 % af de fejl, der begås i medicinhåndteringen på botilbuddene heller, ikke tilbagemeldes til lægerne.

### ***Diskussionspunkter***

- *Hvad man kan gøre for at få arbejdsdelingen mellem beboerne, botilbuddet og de ordinerende læger til at fungere bedst muligt?*
- *Hvad kan man gøre, hvis arbejdsdelingen mellem beboer, ordinerende læge og botilbud ikke er tilfredsstillende?*
- *Hvad kan man konkret køre ved overgange f.eks. udskrivning for at undgå fejl omkring medicinering?*





## 6. Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og beboerne

For beboerne i de socialpsykiatriske botilbud vil samlivet med den medicinske behandling ofte have en særlig indgribende virkning. Med den nye servicelov, der ophævede institutionsbegrebet og erstattede det med en individualiseret indsats i selvstændig bolig, har beboeren, hvis han/hun ønsker det, fået eget ansvar for sin medicin og kan således både administrere egen medicinindtagelse eller modsat nægte at indtage medicinen. Når den selvstændige bolig, som det gælder denne undersøgelse, er beliggende i et botilbud, har beboeren også adgang til fagpersoner og tilbud om støtte til at administrere alle forhold omkring medicin.

For medarbejderne betyder de nye forhold på botilbuddet, at de i højere grad end tidligere må forholde sig til en medicinpædagogisk opgave, der er mere omfattende end "bare" spørgsmålet om korrekt administration af medicinen.

Serviceloven lægger op til at botilbuddet udarbejder individuelle aftaler/handleplaner med den enkelte beboer og med forskellige grader af medansvar i forhold til den enkelte beboers formåen, behov og ønsker. Efterfølgende kapitel fokuserer på en række af de problematikker, der rejser sig i lyset af ovenstående.

### 6.1. Samarbejdet mellem beboere og medarbejdere om medicin

I nedenstående tabel 18 præsenteres undersøgelsens kvantitative data. Dernæst følger en række kommentarer til de enkelte temaer.

Tabel 18. Samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og beboerne

	Ja	Både og	Nej	I alt %	Antal besvarelser (n)
Er der klarhed over, hvilke beboere i din afdeling der selv må tage egen medicin?	99	0	1	100	127
Vurderer du, at der er klarhed over fordelingen af ansvarsområdet mellem dine medarbejdere og beboerne om medicingivningen?	92	6	2	100	126
Er der et godt samarbejde mellem dine medarbejdere og beboerne om medicingivningen?	88	12	0	100	125
Har du eller dine medarbejdere i din afdeling oplevet dilemmaer mellem beboers selvbestemmelse og din afdelings opgave, som den der administrerer medicin?	66	22	12	100	126
Er det målsætningen i din afdeling, at så mange som muligt af beboerne selv skal kunne tage deres medicin?	44	31	25	100	127

Svaret på ovenstående spørgsmål vedrørende klarhed over, hvilke beboere der selv må tage egen medicin, er, at den er givet. Her svarer 99 % ja. Der er ligeledes en klar fordeling af ansvar mellem medarbejderne og beboerne om medicin håndteringen. Dette spørgsmål har 92 % af afdelings- eller gruppelederne svaret ja til. Omhandler det der-

imod spørgsmålet, om der er et godt samarbejde mellem medarbejderne og beboerne, er ja-procenten lavere. Her har 88 % svaret ja.

Spørges der imidlertid til, om afdelings- eller gruppelederne mener, at der er dilemmaer mellem beboeres selvbestemmelsesret og afdelingens opgave, som den der administrerer medicinen, svarer 66 % ja. Dermed kan det konstateres, at der er et godt samarbejde om medicinhåndtering, men at dette samarbejde samtidig ikke i alle tilfælde er uden problemer.

Spørges der til, om det er målsætningen på den pågældende afdeling, at så mange af beboerne som muligt selv skal kunne tage deres medicin, svarer 44 % af respondenterne ja og 31 % nej. Det kan derfor konstateres, at det langt fra er alle steder, at dette er målsætningen.

I det udsendte spørgeskema er der spurgt til, om man har oplevet, at der er beboere, der ikke har villet tage deres medicin set over de seneste 12 måneder. Dette spørgsmål svarer 91 % ja til og kun 9 % nej. Det kan derfor konstateres, at det er ofte forekommende, at de socialpsykiatriske medarbejdere står med netop denne problemstilling.

Når så mange svarer ja til, at der er et dilemma mellem beboernes selvbestemmelse og botilbuddets opgave som den, der administrerer medicin, og at man ofte står med beboere, der faktisk ikke vil tage deres medicin, betyder det jo også, at samarbejdet mellem de socialpsykiatriske medarbejdere og beboerne om dette emne er meget vigtigt. Det er derfor vigtigt at få dette samarbejde belyst, og det er derfor vigtigt at pointere, at den pædagogiske opgave hos de socialpsykiatriske medarbejdere om netop medicinhåndteringen er et meget væsentligt emne.

## 6.2. Selvbestemmelse versus medarbejderadministration af beboerens medicinske behandling og beboerens tilstand

Hænger dilemmaet vedrørende beboernes selvbestemmelsesret i forhold til medicinindtagning og botilbuddets ansvar for at beboeren forvalter sit liv – og herunder den medicinske behandling – hensigtsmæssigt sammen med graden af beboerens sygdomstilstand? For at undersøge dette forhold nærmere har vi opstillet tallene vedrørende svarene på spørgsmålet, om det er botilbuddets målsætning at beboerne selv skal administrere deres medicin i forhold til hvilken tilstand/behov de beboere, der er tale om, er i. Resultatet ses i nedenstående tabel 19.

Tabel 19. Sammenhængen mellem beboernes tilstand/behov og selvadministration af medicin

	Det er målsætningen at beboerne selv skal tage deres medicin	Det er til dels målsætningen at beboernes selv skal tage deres medicin	Det er ikke målsætningen at beboerne selv skal tage deres medicin	Total i %	Antal besvarelser (n)
Svært sindslidende	46	29	25	100	24
Plejekrævende	(-)	(-)	100	100	1

Misbrugere	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Svært sindslidende og plejekrævende	29	29	43	100	7
Svært sindslidende og misbrugere	46	28	26	100	39
Plejekrævende og misbrugere	(-)	100	(-)	100	1
Svært sindslidende, plejekrævende og misbrugere	44	33	23	100	43
Total i %	44	30	26	100	
<b>Antal besvarelser (n)</b>	<b>(50)</b>	<b>(35)</b>	<b>(30)</b>		<b>115</b>

Af ovenstående tabel ses det, at det kun er i botilbud, hvor beboerne er plejekrævende, hjerneskadede og/eller demente, at det overhovedet ikke er en målsætning, at beboerne selv skal administrere deres medicin. Det er ikke et relevant tilbud. Alle andre steder er det enten helt eller delvist målsætningen.

En gennemgang af kommentarerne viser, at man flere steder tager udgangspunkt i en løbende faglig vurdering af den enkelte brugers ønsker, behov og øjeblikkelige tilstand/ressourcer.

### Diskussionspunkter

- *Hvordan kan man lave aftaler om medicin håndtering for meget plejekrævende beboere eller beboere med et meget svingende funktionsniveau?*
- *Hvordan kan man informere de pårørende om lægemidler, medicin håndtering og aftaler om medicin håndtering?*
- *Misbrug er kontraindiceret i forhold til, at beboerne selv opbevarer og administrerer deres medicin. Der er kommentarer, der peger på sikkerhedsproblematikker i forhold til beboere, der stjæler eller tigger om ekstra medicin.*
- *Hvordan skaber man balance mellem beboernes selvbestemmelse og retssikkerhed i egen bolig, når man lever i et miljø, hvor selvadministration kan føre til, at andre misbruger medicinen?*
- *Hvad kan man gøre for, at vikarer og elever har den fornødne viden om de aftaler, der er indgået omkring medicin og selvadministration?*

### 6.3. Den pædagogiske opgave

Forhold, der direkte vedrører den pædagogiske opgave i medicin håndteringen, fremgår af følgende tabel.

Tabel 20. Den pædagogiske opgave i medicingivningen

	Ja	Både og	Nej	I alt %	Antal besvarelser (n)
Drøftes medicinens virkninger og bivirkninger med beboerne i din afdeling?	84	15	1	100	127
Har der været afholdt kurser i medicingivning for beboerne i din afdeling?	15	9	76	100	127

Denne tabel kan suppleres med et spørgsmål mere, der har været stillet. Der har været spurgt til, om medicin håndtering har været taget op på beboermøder. Her svarer 60 % nej og 33 % ja, mens 7 % har svaret ved ikke.

På basis af ovenstående kan det konstateres, at der er en intensiv drøftelse af medicinens virkninger og bivirkninger med beboerne. 84 % har svaret ja til dette spørgsmål. Det kan dog også konstateres, at når det drejer sig om mere organisatoriske forhold, der kan intensivere samarbejdet, herunder netop at afholde kurser for beboerne eller at tage emnet op på beboermøder, da er nej-procenten væsentligt højere. 76 % svarer nej til, at der har været afholdt kurser for beboerne, og 60 % svarer nej til, at medicin har været et emne på beboermøder.

### **Diskussionspunkter**

- *Hvordan håndteres dilemmaer mellem beboeres selvbestemmelse og de socialpsykiatriske medarbejders opgave i den medicinske behandling?*
- *Hvad betyder det i praksis at have en målsætning om, at beboerne selv tager deres medicin?*
- *I hvilken udstrækning bør medicin håndtering/-indtagelse være et fælles tema, der tages op på beboermøder og som fælles undervisning?*
- *I hvilket omfang er der behov for, at beboerne kan tilbydes kurser/undervisning i lægemidler og omgangen med dem?*

## 7. Gode og dårlige erfaringer med medicin-håndtering

I det følgende sammenfattes afdelings-/gruppeledernes svar på spørgeskemaets to afsluttende spørgsmål, i hvilke vi har spurgt lederne, om de har gode og/eller mindre gode erfaringer med medicin håndtering, som de mener, andre kan have gavn af at læse – og eventuelt lade sig inspirere af.

Derudover er det et håb, at de erfaringer, der her præsenteres, kan bringes yderligere i spil og tilføjes nye aspekter, når såvel fagfolk som beboere fra botilbuddene træffer hinanden ved de dialogmøder, der er planlagt, som rammen om de to landsdækkende temadage om medicin håndtering på socialpsykiatriske botilbud i november måned. På temadagene vil deltagerne få mulighed for at identificere, diskutere og vurdere vigtige dilemmaer og brændpunkter omkring medicin håndtering.

### 7.1. Gode erfaringer

Der har i medierne gennem de seneste år været talt længe og meget højt om dårlig – endog farlig medicin håndtering på socialpsykiatriske botilbud. Kun sjældent dokumenteres og fremvises de gode resultater og erfaringer, der i overvejende grad kan findes på afdelingerne.

Her præsenteres en række af de gode erfaringer med medicin håndtering, der er gjort på de afdelinger/botilbud, der har besvaret vores spørgeskema. Kommentarerne er opstillet under følgende overskrifter:

1. Medicininstrukser
2. Medicinopbevaring
3. Dosering
4. Medicinkurser
5. Medicinpædagogik
6. Tvivlsspørgsmål
7. Fejlfinding

Der vil, i sagens natur, være en vis form for overlapning de enkelte temaer imellem.

#### 7.1.1. Medicininstrukser

Den centrale pointe i de mange eksempler på gode erfaringer med retningslinier, struktur og systematik omkring medicinering og medicin håndtering er, at de fungerer efter hensigten, når de er udførlige. Flere ledere understreger i deres kommentarer vigtigheden af, at botilbuddets medicininstrukser skrives i et sprog som både sundheds- og socialfagligt personale kan forstå og anvende. "Skriv utvetydigt", som en formulerer det, og spørg eventuelt en kollega om det er forståeligt. Ligeledes er der flere, der har understreget, at fokus på medicin håndtering og detaljerede medicininstrukser har højnet kvaliteten af opgaven og reduceret antal fejl.

Derudover har informanterne vedlagt en række eksempler på konkrete instrukser/anvisninger, der har været nyttige, og som vi her har valgt at opstille, som de fremstår i spørgeskemaet:

- *Kompetenceskemaer på den enkelte medarbejder.*
- *Vi har controlling en gang i kvartalet på instrukserne.*
- *Det er vigtigt, at der udpeges ansvarlige medarbejdere, og at man aftaler og udmelder navnene på de personer, der udleverer medicin i dag- og hos aftenvagterne.*
- *At det er en og samme person i hver vagt.*
- *At så få som muligt har ansvaret for dosering og bestilling, og at der til enhver tid er tilgængelige medicinlister.*
- *Den hovedansvarlige skal have ansvaret for, at nyankomne medarbejdere – studerende, afløsere, elever – bliver undervist og hørt i deres medicinviden og -forståelse, inden de må udlevere medicin. Instruktionen gives af afdelingslederen, der har det overordnede ansvar.*
- *Der er på "xx" udarbejdet en bog om medicin håndtering, hvor alle ansatte kan se, hvad de må i forhold til medicin håndtering.*

#### **7.1.2. Medicinopbevaring**

Hvad angår kommentarer vedrørende gode erfaringer med opbevaring af medicinen, deler kommentarerne sig i to hovedemner. Det første omhandler den positive effekt, der tilskrives muligheden for at lade beboerne selv opbevare deres medicin i medicinskabe i egen lejlighed, hvor medarbejderne så kan opmåle/dosere medicinen sammen med beboerne. Ligeledes indtages medicinen i eget hjem. En leder skriver, "det giver større ejerskab og indsigt i medicinens virkninger og bivirkninger og giver ofte anledning til fælles refleksion mellem medarbejder og beboer". Derudover understreger flere, at det minimerer risikoen for fejdosering. Som en leder formulerer det: "Vi har gode erfaringer med at medicin opbevares i medicinskab på beboernes stuer, det har fjernet medicinfejl, som sker ved forveksling med andre beboeres medicin".

Det næste emne, som en del ledere har forholdt sig til, er problemet med, hvorledes botilbuddet skal/kan administrere ansvaret i forhold til medicinadministrationen på botilbud med mange beboere med misbrug. Problemet løses ved, som en leder beskriver det: "I de tilfælde, hvor der har været/er problemer med medicin, opbevares beboernes medicin centralt for at skabe ro omkring ophældning/opbevaring/adgang til medicinen". En anden leder, der beskriver en anderledes og dog lignende problemstilling, skriver: "For enkelte beboere har vi i perioder måttet opbevare medicin på kontoret frem for i lejligheden, enten på grund af sikkerhedsproblemer eller fordi beboerne har brækket deres medicinskab op eller er så ambivalente med medicinen, at det er en belastning for dem at have den i lejligheden. Et eksempel er depotmedicin i køleskabet".

#### **7.1.3. Medicindosering**

Fra opbevaring til dosering. Der er en formodning om, at en del fejl forekommer under ophældningen eller doseringen af beboerens medicin. Alene antallet af kommentarer til emnet peger i den retning. Men der er gode løsninger og erfaringer i forhold til emnet.

Løsningerne er "vel at forstå" forskellige, hvad enten de drejer sig om erfaringer med beboerne og dosering, eller medarbejderne og dosering.

Hvad angår beboerne, er det ord som "dialog", "tillid" og "ansvar", der er nøglebegreber. Som en leder formulerer det: "Dosispakning fra apoteket er godt for nogle. Andre doserer/bestiller og tager selv. Nogle har ikke selv nøglen til deres skab, andre har den ind imellem. Det handler om ansvarlighed og tillid. Vi går altid ind i en dialog og er opmærksomme på magt og tidligere erfaringer med personale og medicin hos beboeren".

Hvad angår medarbejderne, er kernen i de eksempler på gode erfaringer med dosering selvfølgelig metoder/handlinger, der forebygger og forhindrer utilsigtede hændelser. Således skriver en leder: "Når vi ophælder medicin til mange brugere og længere perioder, er det en meget god idé, at en kollega tjekker, at der ikke er fejl". En anden anbefaler, at man laver "et afkrydsningsskema, hvorpå det fremgår, hvilke beboere der skal have medicin, og på hvilke tidspunkter det gives. Og at medarbejdere, som har givet medicin, skriver deres initialer udfor".

Andre anbefaler:

- *Værdiboxe på stuerne, dels med kode eller nøgle.*
- *Undervisning af beboerne i virkning og bivirkninger.*
- *Ophældning kontrolleres altid af 2 personer, uanset om det er doseret af beboer eller medarbejder.*
- *Vi har et lokale, hvor medicinalpersonerne kan dosere i fred og ro.*
- *Vigtigt med ro.*
- *Vigtigt ikke at blive forstyrret ved ophældning.*
- *En i afdelingen er medicinansvarlig.*
- *En af kontaktpersonerne er ansvarlig for medicinen til beboeren.*
- *Opbakning fra de øvrige kontaktpersoner (afløsning i ferier osv.)*
- *Klarhed og enkelthed (hvem gør hvad).*
- *Godt at have en aftalt procedure for bestilling af medicin og mulighed for dokumentation heraf.*
- *Fleksibilitet, der giver beboerne livskvalitet ved, at mange kan håndtere og give medicin.*
- *Vi har rigtig gode erfaringer med at medicinen dosispakkes på apotek.*

#### **7.1.4. Medicinkurser**

Viden om psykofarmaka og dens virkning og bivirkninger er et elementært krav i forhold til medarbejderne. Men, som undersøgelsen viser, er der også fokus på botilbuddene på at hjælpe beboerne til at have den nødvendige viden om deres egen medicin. Således skriver en leder, at undervisningen af beboerne på deres botilbud "varetages af psykiatrisk lægekonsulent, som underviser i medicin for alle beboere på bostedet (virkning/bivirkning for hovedgrupper)". En anden skriver: "Vigtigt at beboerne kan blive vejledt, undervist og få medicin serveret med en meget fleksibel holdning fra medarbejderens side".

De fleste kommentarer drejer sig dog om undervisning og kurser for medarbejderne. Og der er adskillige eksempler på gode erfaringer, som vi her medtager:

- *Der har ikke været udbudt medicinkurser på grund af strukturomlægningen. Vi har derfor lavet et internt medicinkursus til pædagoger, socialpersonale, ergoterapeuter m.fl., som ikke har medicin i deres grunduddannelse.*



- *Alle nyansatte, der skal have med medicindosering at gøre, kommer på et 2-dages medicinkursus, der er specielt lavet til os. Først når de har været på kurset, må de dosere medicin og skrive ind på medicinkort.*
- *Alle medarbejdere uden medicinkompetence (faglig) undervises i de præparater vedkommende må håndtere. De håndterer ikke medicin, før de er undervist.*
- *Vi har ansat 3 medicinressourcepersoner, som i hvert team er ansvarlig for at vejlede/undervise, når de daglige problemstillinger dukker op.*

Andre botilbud holder ikke kurser for deres medarbejdere. Ej heller har de direkte tilbud om undervisning i medicin. Som det kan ses af nedenstående citater, har de andre løsninger på problemstillingen:

- *Behov for viden/input/sparring til den medicinansvarlige sygeplejerske. Ingen kurser, men individuel oplæring.*
- *Intern kursus. Er der medicinfejl registreres det, så vi lærer af det. Der doseres for en uge ad gangen, og der er efterfølgende kontrol tre gange, inden det gives til beboeren.*
- *Der tilbydes ikke kurser. Medarbejdere er selv ansvarlige for at holde sig ajour - også for at kunne håndtere medicin med beboerne.*
- *Ingen undervisning kan stå alene. Der kræves egen ansvarlighed for også selv at opdatere viden og opsøge svar på evt. spørgsmål.*

#### **7.1.5. Medicinpædagogik**

"At dispensere medicin sammen med beboeren kan såvel benyttes til at opbygge en relation som til at støtte beboeren i medansvar i forhold til den ordinerede medicin". Således skriver en leder. En anden skriver, at de på deres botilbud har gode erfaringer med at være "imødekomende over for beboernes oplevelser af medicinindtagelse. Derfor masser af støtte og vejledning - og HUSK at lytte til beboernes oplevelser – det er dem, der mærker, om medicinen virker eller skal ændres – deponeres". Det er en pointe i ovenstående kommentarer: Beboerens oplevelse er i centrum. Det samme gælder fokus på medarbejdernes medicinpædagogiske indsats.

I centrum for den pædagogiske indsats er relationen mellem medarbejder og beboer, som skal bygge på åbenhed og gensidig tillid. Det fremgår tydeligt af kommentarerne med gode erfaringer:

- *Vigtigt aldrig at "snyde" medicinen i beboerne – min erfaring at åbenhed fremmer troværdigheden og tilliden mellem beboere og personale.*
- *Det er vigtigt at have et godt samarbejde med beboerne og stor åbenhed om medicin. Beboerne skal kontrollere dosis før indtagelse og medvirke til at undgå fejl.*
- *Vigtigt at de nærmeste kontaktpersoner stiller deres faglighed til rådighed for beboerne.*
- *Vigtigt at beboerne kan blive vejledt, undervist og få medicin serveret med meget fleksibel holdning fra medarbejdernes side.*
- *Det opleves af medarbejderne, at beboerne er motiverede for den medicinske behandling, hvis de medinddrages og har indflydelse.*

At opgaven ikke altid er nem fremgår også af en del kommentarer. For eksempel nævnes det, at der generelt "uddeles for meget medicin med benzodiazepiner i, som gør, at den socialpædagogiske indsats hæmmes – da erfaringsdannelsen hos beboeren svækkes. Set i sammenhæng med botilbuddenes erfaring med vigtigheden af "at svært sindslidende får stabil medicinsk behandling, da enhver psykose forværrer funktionsniveauet", gør det så meget desto mere udfordrende for medarbejderne at finde socialpædagogiske redskaber i forhold til denne gruppe beboere.

Nogle steder håndterer man problemstillingen ved at lave aftaler med beboeren. Andre steder understreger man igen, at man kan "lade brugerne have så stor indsigt, medansvar og meddelagtighed som muligt" samtidig med, at man klart giver udtryk for, at "medicin er et alvorligt ansvar, så der skal være ro og koncentration omkring dette".

Der er også ledere, der udtrykker sig mere forbeholdent i forhold til opgaven. De skriver for eksempel, at "medarbejderne er og bliver talerør/bindeled mellem beboeren og læge/psykiater osv.". Ligeledes understreger en leder, at man i socialpsykiatrien skal fokusere på den del af opgaven, som man har bemyndigelse til: "Vi er socialpsykiatri, derfor er vores fokus, at medicinbehandling skal foregå via distriktspsykiatrien, der hvor borgeren ikke selv kan håndtere det. I socialpsykiatrien er opgaven at støtte borgeren i stabilt indtag".

#### **7.1.6. Tvivlsspørgsmål**

Hvad angår tvivlsspørgsmål, har to ledere givet eksempler på de gode erfaringer, de har i forhold til at håndtere tvivl. Løsningerne er forskellige og medtages her i al deres forskellighed:

- *Ved tvivlsspørgsmål omkring administration af medicin, har vi etableret kontakt til embedslæge samt det sociale nævn XX, der gerne rådgiver i forhold til beboernes ret til at sige fra. Dette samarbejde fungerer rigtig godt.*
- *Ikke diskutere OM medicinen skal gives, men frit valg på HVORNÅR og HVOR.*

#### **7.1.7. Fejlfinding**

Den lange række af kommentarer, der handler om, hvorledes man på botilbuddenes afdelinger håndterer fejl, tegner et billede af en socialpsykiatri, der er godt i gang med at vende synet på de fejl, der ikke kan undgås at opstå i en travl hverdag, fra det personrettede til det systemorienterede og den lærende organisation. At det ikke helt kan undgås at forholde sig til den enkelte medarbejders varetagelse af medicinadministration ses i nedenstående kommentar, hvor en leder forklarer hvorfor: "At dokumentere fejl i doseringen – medicinbehandling til anvendelse for evaluering af procedure samt dokumentation for, om der er tilbagevendende fejl begået af samme person". En anden leder skriver: "Alle fejl registreres i "kiksebog" (også hvem der har lavet fejlen) og fejlene tages op på ugentligt personalemøde". En tredje: "Vi registrerer fejl internt og tager dem med som læring til personalemøder". Det vil sige, at der ses en vigtig bevægelse fra det sanktionerende til det lærende". Det viser de følgende kommentar, som er en af flere: "Vi har gode erfaringer med åbenhed omkring fejl, at lære af egne og andres fejl".

Hvad angår mere konkrete anvisninger på hændelser/metoder i forbindelse med fejlmedicinering, er der følgende kommentarer:

- *Alle fejl rapporteres til både læge og centerchef.*
- *De seneste 5 år er der 1-2 beboere, der har fået en anden beboers medicin. I de situationer er de udarbejdede instrukser ikke fulgt.*
- *Få en fax eller kopi af den ordinerende læges skrivelse. Hvis det ikke kan lade sig gøre, og det er en vagtlæge i telefonen, så vær to til at høre ord.*

## **7.2. Mindre gode erfaringer**

I dette afsnit præsenteres en række af de mindre gode erfaringer med medicinadministration, der er indsamlet i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen.

Der tages fra de besvarende ledere fat i mange vigtige emner, der vanskeliggør arbejdet med medicin håndteringen på botilbuddene, og som allerede nævnt, vil flere af emnerne hænge sammen med dem, der er fremstillet i afsnit 7.1. med de gode erfaringer. Blandt mindre gode erfaringer nævnes normeringen på botilbuddene, den øgede medicinering af patienter med psykiatriske lidelser, og det stigende antal beboere med sukkersyge. I den sammenhæng nævnes det, at der på botilbuddene foregår "for lidt supplerende behandling via kost og anden livsform".

Som i afsnit 7.1. præsenteres informanternes kommentarer også her i en række underafsnit:

Medicininstrukser og -kurser

Samarbejdet mellem beboere og medarbejdere

Fejlkilder og -finding

### **7.2.1. Medicininstrukser og -kurser**

Vedrørende medicininstrukser nævnes det overordnet, at "uanset hvor mange instrukser man har, vil risikoen for fejlhåndtering og givning af medicin stige med antallet af personer, der har disse opgaver. Som en leder skriver: "For mange kokke fordærver maden". Det kan dermed konstateres, at der er mindre gode erfaringer med at have mange medarbejdere og/eller faggrupper til at håndtere beboernes medicin.

Hvad angår kurser og undervisning, er der mindre gode erfaringer med, at "ikke sundhedsfagligt personale giver medicin uden at være undervist i det". I den forbindelse nævner en anden leder, at "især pædagoger har behov for undervisning, idet de ikke er uddannede inden for somatiske sygdom og ikke har lært ret meget om anatomi og fysiologi.

### **7.2.2. Samarbejdet mellem beboere og medarbejdere**

"Hvor der ikke kommunikeres, relationen mangler og medarbejderne siger fra, opstår der også konflikter med medicin". Sådan skriver en afdelingsleder, og mange socialpsykiatriske medarbejdere vil sikkert nikke genkendende til dette dilemma. Det samme gælder for de næste kommentarer, der handler om beboere med omfattende pleje- og støttebehov: "Det er svært at kontrollere, om udadreagerende beboere tager deres medicin" skriver en respondent. En anden beskriver en mindre god erfaring således: Der er mindre gode erfa-

ringer med "at skulle rumme en beboer, der ikke vil have medicin frem til det vælter for dem".

Det nævnes også som en mindre god erfaring, at "nogle beboere laver aftaler med egen læge uden om psykiatriens medarbejdere". Det vanskeliggør medarbejdernes arbejde med at støtte beboeren i at få den nødvendige medicin.

En leder skriver: "Hos beboere, der ikke ønsker at tage deres medicin, oplever jeg som leder en del frustration i personalegruppen, da vi kan se, at beboerne blot bliver dårligere og skal rimelig langt ud, før man kan indlægge dem. Og det ender ofte med tvangsindlæggelser på røde papirer". Samme leder fortsætter, "omvendt opleves det ubehageligt og demotiverende for beboerne, når de mødes af psykiatere, der ikke lytter til beboernes behov og ønsker i forbindelse med deres medicinske behandling. Nogle beboere opgiver at samarbejde med psykiater, når de oplever dette. Privatpraktiserende psykiatere har i to tilfælde afvist at tage beboere som patienter med begrundelse i, at de bor på et social-psykiatrisk bocenter".

En anden leder, der forholder sig til et vigtigt emne vedrørende samarbejdet mellem beboere og medarbejdere, er den leder, der skriver om pn-medicin: "Jeg synes, det er uheldigt, at der gives så meget PN-(behov-)medicin i botilbuddet. Medicinhåndtering kommer hurtigt til at fylde FOR meget i de faglige drøftelser og i hverdagen i botilbuddet – desværre".

### **7.2.3. Fejlkilder og -finding**

En del respondenter har rapporteret mindre gode erfaringer i forbindelse med at undgå fejl ved medicinhåndteringen. Som et konkret eksempel nævnes det, at "det kan være vanskeligt at vurdere en patient, der ikke har noget kropssprog". Respondentens dilemma er at vurdere, om det betyder "at beboeren ikke vil have sin ugentlige antipsykotiske depotinjektion, hvis han "verfer medarbejderen væk" med sin hånd. I det konkrete tilfælde beskrives løsningen på dilemmaet også. Botilbuddet kontakter beboerens 'egen læge', med henblik på "hjemmebesøg".

Hvad angår kilder til fejl i medicinhåndtering, nævnes det overordnet af flere respondenter, at der "uddannelsesmæssigt er for lille fokus på vigtigheden af at være systematiske i forbindelse med medicinhåndtering".

Derudover nævnes det, at det "formodentlig" er en kilde til fejlmedicinering, hvis "andre faggrupper end sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter administrerer medicinen.

Som endnu et eksempel på en mindre god erfaring beskrives det, at: "største fejlkilde er, hvis husets psykiater ved udskrivning af beboeren fra sygehuset har ændret mange ting vedrørende beboerens medicin og ikke når at skriftliggøre det på udskrivningsdagen. Det giver anledning til fejl, når procedurer videregives mundtligt fra en medarbejder til en anden".

Som et konkret eksempel på håndtering af medicin, der lægger op til fejlmedicinering, nævnes det, at "medicin stillet på bakken til samtlige beboere øger fejlrisikoen".



## 8. Sammenfatning og afslutning

Sammenfattende kan det konstateres, at der på de deltagende botilbud er åbenhed i forhold til at indsamle og videreformidle gode såvel som mindre gode erfaringer med medicinhåndtering.

For det tværfaglige miljø, der er karakteristisk for de undersøgte botilbud, kan denne åbenhed omkring medicinhåndtering generelt og især vedrørende fejl, der hænger sammen med medicinhåndtering, fungere som et vigtigt læringsredskab. Derfor ser vi frem til, at fagfolk og beboere på de kommende temadage i fællesskab kan bearbejde disse og lignende temaer til gavn for de socialpsykiatriske botilbuds beboere, pårørende, medarbejdere, samarbejdspartnere og andre interesserede.

