

Implementering af fælles medicinkort er vanskeligt

Selina Christensen, Line Due Jensen, Susanne Kaae, Kirsten Laila Vinding & Janne Petersen

Uoverensstemmelser i patienters medicinlister opstår især ved sektorovergange, f.eks. fra hospital til plejehjem, og i flere studier har man påvist et behov for at mindske medicineringsfejlene og dermed øge patientsikkerheden [1]. Et tiltag hertil er det fælles medicinkort (FMK) [2]. Formålet med FMK er at give et samlet overblik over patienternes aktuelle medicinering i en national database [3]. FMK er støttet af Anvendt Borgernær Teknologi-fonden med 200 mio. kr. til implementering og suppleres af regionernes egne midler. Implementeringen bestod bl.a. af undervisning af ca. 6.000 læger og etablering af et netværk af lokale forandringsagenter: de lægelige FMK-ambassadører [4]. Organisationsforskning viser, at effekten af en planlagt forandring afhænger af både formålet med forandringen og implementeringsprocessen, som fører frem mod forandringen [5]. En anerkendt multifasemodel for implementeringsprocesser er *John P. Kotters* ottetrinsguide [6], som kan inddeles i faser før og under implementering samt forankring af forandringen (Figur 1).

Formålet med dette studie var at undersøge implementeringen af FMK ved at anvende Kotters model til at identificere barrierer for implementeringen.

METODE

Undersøgelsen var opdelt i to studier. I studie 1, som var et tværsnitstudie på et hospital i Region Hovedstaden, blev brugen af FMK undersøgt, og studie 2 var en barrierescreening for samme. I studie 1 blev der inkluderet patienter i perioden 5.-19. marts 2012, hvilket var tre måneder efter indførelsen af FMK. Der blev indsamlet informationer om opdatering, afstemning og frigivelse i FMK ved udskrivelsen af patienter over 65 år (se Figur 2 for begrebsforklaring). Eksklusionskriterierne var cancerbehandling, konfusion, ukontaktbarhed, terminal tilstand, døvhed eller manglende dansk kundskaber. Studiet er godkendt af datatilsynet.

Studie 2 bestod af kvalitative semistrukturerede interview til afdækning af implementeringsbarrierer på tre hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland i perioden 30. april-20. juni 2012. Informanterne var brugere af FMK. Syv overlæger, en afdelingslæge, en 1. reservelæge, en introlæge fra hhv. medicinske afdelinger og geriatriske afdelinger samt en klinisk farmaceut, fordelt med minimum tre for hvert sygehus, blev interviewet, hvorefter mætningsgraden var opnået i forhold til nye informationer.

Informanterne blev udspurgt i gruppeinterview og individuelle interview. Aldersfordelingen på informanterne var 27-59 år.

FMK i Region Hovedstaden blev lukket den 16. april 2012 pga. fejl i overførslen af data fra den elektroniske patientmedicinering (EPM) [8]. Informanterne fra Region Hovedstaden anvendte således ikke FMK på interviewtidspunktet, men de havde gjort erfaringer med brugen af systemet i ca. fire måneder.

Der blev taget udgangspunkt i en emneinddelt interviewguide, som tidligere var anvendt til undersøgelse af EPM-brug. Emnerne i interviewguiden var: behovet for FMK, implementering, praktisk brug, motivation og ansvarsfølelse. Førsteforfatteren foretog samtlige interview, og interviewene blev optaget på diktafon og transskriberet. Forforståelsen var, at implementeringen af FMK ville føre til færre medicineringsfejl. Interviewanalysen tog udgangspunkt i

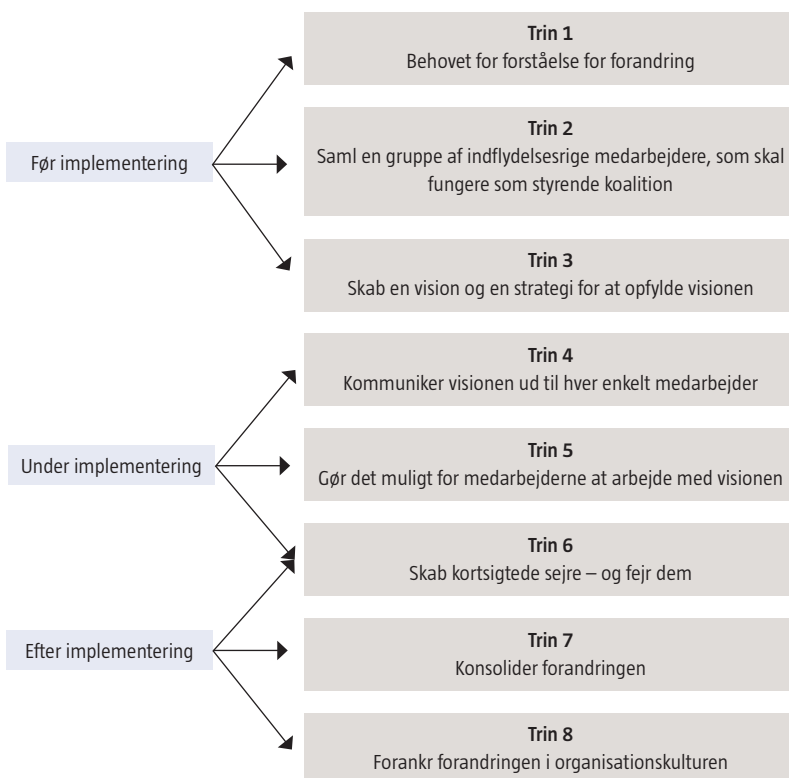
UDVIKLINGS-ARTIKEL

Klinisk Forskningscenter,
Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V04130239

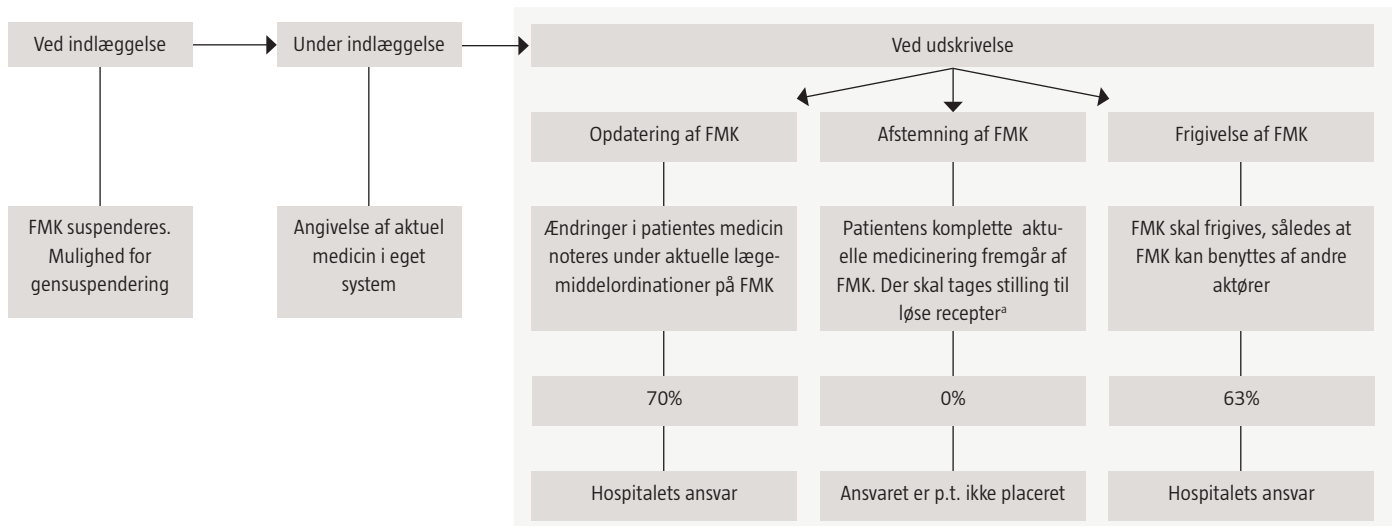
FIGUR 1

Kotters forandringsteori er inddelt i otte trin. Af figuren fremgår det, hvornår de forskellige trin skal indtænkes i implementeringsprocessen.



FIGUR 2

Begreber og arbejdsgange ved brug af fælles medicinkort (FMK) og ansvarsfordeling for de forskellige arbejdsgange på hospitalet. Opdatering af FMK betyder, at ændringer i patientens medicinering opdateres i FMK. Afstemning af FMK betyder, at der tages stilling til patientens nuværende medicinering. Frigivelse af FMK betyder, at FMK igen bliver tilgængelig efter suspendering. Suspendering af FMK sker ved indlæggelse [7]. Der skal aktivt klikkes på de omtalte funktioner i FMK. Resultater fra studie 1 af andel af arbejdsgange, som var gennemført ved udskrivelse, er angivet i procent (n = 40).



a) Løse recepter defineres i [7] som »recepter, der ikke er tilknyttet en aktuell lægemiddelordination på FMK«.

Steinar Kvaales tre fortolkningsniveauer [9]. Informanternes udsagn vurderedes ud fra en bredere forståelsesramme, og Kotters forandringsteori blev anvendt som referenceramme [6] (Figur 1). Analysen er foretaget af en af forfatterne og diskuteret med medforfatterne.

RESULTATER

I dataindsamlingsperioden for studie 1 blev 117 patienter over 65 år indlagt, af disse blev 58 ekskluderet i henhold til kriterierne. Samtykke fra 14 patienter blev ikke indhentet pga. udskrivelse. For fire patienter kunne data ikke anvendes, idet FMK var ændret af en ekstern læge, og en patient udgik pga. udskrivelse efter lukning af FMK. Der blev således indsamlet data fra i alt 40 patienter, og resultaterne ses i Figur 2.

Studie 2 viste fire overordnede barrierer for brug af FMK: motivation, tekniske problemer, tidsforbrug og kompetencer.

Halvdelen af lægerne var ikke motiverede for at bruge FMK og fortalte, at de kun brugte FMK af pligt. En FMK-ambassadør udtalte: »Altså, jeg vil sige, det er en belastning, som ikke giver mig noget. Altså i forhold til det jeg selv giver, så er det minimalt, hvad jeg selv får ud af det«. Det blev af flere nævnt, at brugen af FMK burde være obligatorisk, da frigivelsen ellers afhæng af den enkeltes samvittighed. En udtalte: »Man skal ikke være blåøjet og tro, at lægerne bruger

noget, der ikke er påtvunget. Det her system det kommer kun til at virke, hvis det er noget, lægerne bliver tvunget til at bruge«. Som begrundelse blev det nævnt, at tiden med patienterne var vigtigere. Nogle fandt det ligegyldigt at anvende FMK, så længe brugen ikke var fuldt implementeret nationalt. Flere af lægerne mente ikke, at FMK ville få effekt på hverken patientsikkerhed, genindlæggelser, fejlmedicinering eller ville spare tid ved medicinanamnesen. En leders holdning til FMK blev afspejlet i den generelle holdning på afdelingen. Alle mente dog, at ideen med en national medicindatabase var rigtig, men ikke i den nuværende form. Tekniske problemer som serverkapacitet forhindrede lægerne i at anvende FMK til opdatering, hvorfor FMK forblev suspenderet efter udskrivelsen. Fejlmeddelelser ved opdateringen af FMK blev af næsten samtlige læger i undersøgelsen nævnt som en betydelig barriere, da meddelelsen ikke blev understøttet med beskrivelse af problemet.

Mangel på tid blev også angivet som årsag til, at FMK ikke blev anvendt ved alle udskrivelser. Der var dog stor variation i tidsforbruget ved udskrivelsen af medicinske patienter, varierende fra 2-3 minutter og helt op til 60 minutter.

Manglende kompetencer blev identificeret som en barriere, da lægerne ikke mente, at de havde kompetencerne til at forholde sig til samtlige aktuelle lægemiddelordinationer, især uden for eget speciale.

Det blev f.eks. fundet urimeligt at skulle tage stilling til psykofarmaka, hvis det lå uden for eget speciale. En nævnte, at han ikke ville gøres ansvarlig for ordinationer af nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer eller benzodiazepiner, hvis han blot havde fortsat en anden læges ordination. Det ville kræve indsigt i journaloplysninger, som ikke var gjort tilgængelige. Manglende viden og begrebsforvirring var også et problem. Flere kendte ikke funktionen gensuspendering, og kun en enkelt vidste, hvad en afstemning indebar.

Manglende retningslinjer eller kendskab til FMK blev også set som en barriere med usikkerhed om forventning til den enkelte læges ansvar. Alle læger i undersøgelsen udtrykte, at de praktiserende læger burde være ansvarlige for den samlede medicinering og afstemningen af FMK, og at det kun i særlige tilfælde burde være hospitalslægens ansvar.

Med Kotters forandringsteori som reference ser vi trin 1 som efterlevet, ved at visionen for FMK var klar: Der er et behov for en øget patientsikkerhed, og forandringen understøttes af store investeringer. Teoriens andet trin med FMK-ambassadører, der dedikerede underviste i brugen af FMK, var søgt gennemført. På pilotafdelingen var FMK-ambassadører succesfulde interne forandringsagenter, der blev bakket op af en velvillig ledelse. Om dette afspejles i selve anvendelsen af FMK, kan dog ikke afdækkes, da data for frekvensen ikke er undersøgt. De øvrige trin mener vi ikke er opnået, idet visionen for formålet med FMK ikke blev genfundet hos lægerne.

DISKUSSION

FMK blev ikke anvendt systematisk ved udskrivelser: Ingen patienter fik afstemt FMK, 70% fik opdateret FMK, mens kun 63% fik frigivet FMK. Formålet med medicinafstemning er at sikre, at medicinoplysninger overgives korrekt. Hvis patienternes medicin ikke er afstemt, kan fejl i medicineringen overføres, hvilket kan resultere i lægemiddelrelaterede utilsigtede hændelser. Vores screening viste barrierer som motivation, tekniske problemer, tidsforbrug og kompetencer. Lægerne manglende motivation var begrundet i manglende opbakning fra ledelsen, og i at de ingen fordele så for arbejdsgange eller patientsikkerhed. Alle informanter havde oplevet øget tidsforbrug og tekniske problemer, der forhindrede deres brug af FMK. Manglende faglige og tekniske kompetencer var en gennemgående barriere, herunder at blive overdraget ansvaret for en patients samtlige lægemiddelordinationer. Et fund, der understøttes af et nyligt publiceret indlæg i Dagens Medicin, hvor FMK kritiseres [10].

FMK blev lukket i Region Hovedstaden pga. tekniske problemer, som må forventes løst inden genåbningen, men det er en fejltagelse at tro, at dette var

den eneste barriere for implementeringen, og at vi dermed blot mangler de sidste trin inden en forankring. I stedet må ledelserne revurdere strategien og skabe en lokalvision for FMK, som er gyldig for lægerne speciale og deres arbejdsgange.

Vi valgte at anvende metodetriangulering for at belyse problemerne med FMK fra forskellige perspektiver. Dataindsamlingen i studie 1 blev foretaget, inden FMK lukkede i Region Hovedstaden, hvilket giver unikke data, og i studie 2 er der interviewet læger med forskellige erfaringsniveauer, hvilket afdækker barriererne for FMK fra flere vinkler.

Resultaterne fra studie 1 er fra et hospital, og det kan ikke udelukkes, at andre hospitaler har en anden frekvens i brugen af FMK. Data i studie 2 stammer udelukkende fra medicinske afdelinger, og der kan derfor ikke konkluderes i forhold til f.eks. kirurgiske afdelinger.

Ifølge Kotter [6] er en succesfuld implementering afhængig af, at formålet med forandringen giver mening for den enkelte medarbejder. Det er derfor nødvendigt, at FMK får effekt på fejlmedicineringer og patientsikkerhed, hvilket igen kræver et fuldt implementeret FMK på tværs af sektorer. Når FMK genåbnes i Region Hovedstaden i efteråret 2013, vil dette stadig ikke være opnået, og det er dermed op til den enkelte afdelingsledelse at sikre sin implementering af FMK. Lokalt betyder dette, at ledelserne må træde et skridt tilbage i implementeringsprocessen og inddrage medarbejderne inden det næste trin.

KORRESPONDANCE: Line Due Jensen, Klinisk Forskningscenter, Afdeling 056, Hvidovre Hospital. E-mail: line.due.jensen@regionh.dk

ANTAGET: 18. juni 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 12. august 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Linda Andresen, Klinisk Forskningscenter, Hvidovre Hospital, takkes for inspiration og konstruktiv kritik. Jeanette Wassar Kirk, Klinisk Forskningscenter, Hvidovre Hospital takkes for sparring og konstruktiv kritik.

LITTERATUR

1. Tomsen DV, Bjeldbak-Olsen M. Sikker medicinering gennem tværsektoriell medicin afstemning. Ugeskr Læger 2012;174:2276-9.
2. Lisby M, Nielsen LP, Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type, and potential clinical consequences. Int J Qual Health Care 2005;17:15-22.
3. Statens Serum Institut. Fælles Medicinkort. 2013. www.ssi.dk/Sundhedsdataoig/National%20Sundheds-it/Faelles%20Medicinkort.aspx (18. mar 2013).
4. Koncern IT. FMK ambassadørorganisation. 2011. http://vis.dk/system/files/fmk_ambassadoerorganisation.pdf (18. mar 2013).
5. Armenakis AA, Bedeian AG. Organizational change: a review of theory and research in the 1990s. J Manag 1999;25:293-315.
6. Kotter JP. Leading change. Boston: Harvard Business School Press, 1996.
7. National sundheds-it. Vejledning til FMK-online. www.ssi.dk/Sundhedsdataoig/National%20Sundheds-it/Faelles%20Medicinkort/~/_media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NationalSundhedsit/Faelles-Medicinkort/ForSundhedsprofessionelle/Vejledning%20til%20FMK-online.aspx (10. apr 2013).
8. Region Hovedstaden. Hovedstaden stopper brugen af Fælles Medicinkort. 2012. www.regionh.dk/topmenu/Nyt_Presse/Nyheder/Arkiv/Hovedstaden+stopper+brugen+af+Faelles+Medicinkort.htm (18. mar 2013).
9. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag, 1996.
10. Nyhuss P. Fælles Medicinkort er et umuligt og ufærdigt system. DagensMedicin.dk. 2013. www.dagensmedicin.dk/opinion/debat/almen-praksis/falles-medicinkort-er-et-umuligt-og-ufardigt-system/ (18. mar 2013).