

Sikker medicinering på botilbud og midlertidige pladser – når rammerne gør en forskel

Erfaringsopsamling fra projektet Sikker Medicinering 2023-2026, hvor fem botilbud og fem midlertidige pladser forbedrede medicinsikkerheden for borgerne.

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

c/o Frederiksberg Hospital

Vej 8, indgang 1, 1 sal

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

I samarbejde med Helsefonden.

Layout: Ulla Korgaard, designeriet.com

Forsidefoto: Henriette Anette Kristiansen

ISBN 978-87-994830-8-2

Maj 2026

Indhold

1	Resumé	5		
2	Indledning	8		
	Baggrund	9		
	Om projektet	10		
	Formål	10		
	Organisering	10		
	Projektets opbygning	11		
3	Resultater	12		
	Overordnet mål for projektet	13		
	Medicinsikkerhed	13		
	Modtagelse af medicin	14		
	Dispensering	14		
	Dosisdispensering	15		
	Administration	15		
	Generelt	18		
	Understøttelse af sikker administration	18		
	Tilpasse tidspunkt for administration til borgers rytme	18		
	Anvende devices til tidstro dokumentation af administreret medicin	18		
	Anbefalinger til robust administration af medicin	20		
	PN-medicin	21		
	Anbefalinger til robuste arbejdsgange i forbindelse med PN-medicin	20		
4	Samarbejde og ledelse	22		
	Samarbejde på tværs af faggrupper	23		
	Samarbejde kolleger imellem	23		
	Samarbejde mellem lokal ledelse og forbedringsteamet	24		
	Når hverdagen slår knuder	25		
5	Metode	27		
	Collaborative-modellen – læringsfællesskaber	27		
	Læringstræf	28		
	Lokale læringstræf	29		
	Forbedringsmodellen	30		
	Anvendelse af Forbedringsmodellen	31		
	Hvad vil vi opnå? – Vælg et mål	32		
	Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? – Anvend data	33		
	Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?	35		
6	Ændret kultur og læring	36		
7	Fysiske rammer	38		
	Ændringer i de fysiske rammer	39		
8	Kommunikation om projektet	45		
	Intern kommunikation	46		
	Ekstern kommunikation	47		

9	Kompetenceudvikling	48
	Viden om medicinsikkerhed	49
	Viden om at skabe sikre arbejdsgange	49
	Uddannelse som forbedringsagent	49
10	Implementering og fastholdelse	50
	Eksempler	51
11	Anbefalinger til varig effekt og spredning	54
12	Konklusion	55
13	Litteraturliste	57
14	Bilag	59
	Bilag 1: Medicinproces, samlet	60
	Bilag 2: Årsagsanalyse	61
	Bilag 3: Eksempel på årsagsanalyse	62
	Bilag 4: Patientsikkerhedskalender	63
	Bilag 5: Driverdiagram	64
	Bilag 6: PDSA-skema	65
	Bilag 7: Poster International Forum on Quality and Safety in Healthcare, 2026	66

“Sejren er, når vi
sammen lykkes, og
vi alle løfter i flok”

Resumé **1**

Resumé

Sikker Medicinering er et toårigt projekt, der blev gennemført fra august 2023 til februar 2026. Helsefonden har finansieret projektet, og det er gennemført i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Formålet med projektet var at nedbringe antallet af medicineringsfejl på botilbud og midlertidige pladser og dermed øge medicinsikkerheden for borgerne på de deltagende enheder varigt. Dette ville desuden kunne føre til en væsentlig forøgelse af borgernes værdighed og medarbejdernes sikkerhed og tryghed.

Sikker Medicinering skulle forbedre medicinsikkerheden på botilbud og midlertidige pladser ved at:

- understøtte implementeringen af sikre arbejdsprocesser og arbejdsgange i forhold til medicinering ved anvendelse af Forbedringsmodellen.
- forbedre de fysiske forhold omkring medicineringsprocessen
- kompetenceudvikle personalet i forhold til medicin og medicineringsprocessen

I projektet deltog fem botilbud og fem midlertidige pladser fra i alt otte kommuner og en region. Indsatser til at indfri formålet har været at skabe kompetenceudvikling i sikker medicin håndtering og i at skabe sikre og stabile arbejdsgange, herunder at styrke det tværfaglige samarbejde.

Færre medicinfejl

Her er et udsnit af de resultater, botilbuddene og de midlertidige pladser har opnået:

- 220 dage uden dispenseringsfejl hos Egebo, midlertidige pladser, i Middelfart Kommune
- 95 % af den administrerede medicin bliver dokumenteret til tiden på midlertidige pladser i Ringkøbing-Skjern Kommune

- Fra 9 manglende effektevalueringer af PN-medicin i oktober 2024 til ingen i november 2024 hos Egebo, midlertidige pladser, i Middelfart Kommune
- Fra 28 % til 5 % manglende registreringer af givet medicin på de midlertidige pladser Blomstergården i Slagelse Kommune.
- Fra 4 utilsigtede hændelser med forveksling af borgeres medicin, den ene med indlæggelse som konsekvens, til ingen forvekslinger af medicin i projektperioden – i stedet for 0 indlæggelser i projektperioden på botilbuddet Skelbakken i Region Sjælland.

Disse resultater er eksempler på målbare forbedringer. Resultaterne vidner om, at både botilbud og midlertidige pladser har fået indsigt i at følge data og dermed kender deres udgangspunkt og kan implementere tiltag. Det er en forudsætning for at kunne skabe forbedringer. Også efter projektets afslutning. På en række andre områder er der arbejdet systematisk og skabt en ny normal:

Ændret kultur

Der er opbygget en ændret læringskultur, hvor der er sket en øget læring af de rapporterede utilsigtede hændelser. Særligt i begyndelsen af projektperioden, har der været en dialog om, at indsatserne i projektet ikke handler om noget nyt, afledt af projektet, men allerede eksisterende opgaver forbundet med medicinering. Det har været meningsgivende og en øjenåbner for enhederne at få afdækket egne arbejdsgange for derefter at kunne arbejde med indsatser til forbedringer.

Tværfagligt samarbejde

Igennem projektperioden er der løbende sket en ændring i det tværfaglige samarbejde og en klar ændret anvendelse af de pædagogiske, social- og specialpædagogiske og sundhedsfaglige kompetencer. Ændringerne har vist sig ved dialogen om den fælles opgave og en ændret tværfaglig forståelse af betydningen af at anvende begge kompetencer. Ændringerne er understøttet af udsagn fra deltagere i projektet, hvor de i høj grad fremhæver det styrkede tværfaglige samarbejde som noget, der har haft stor betydning.

Viden om medicinering

Enhederne har modtaget undervisning ved et lokalt apotek med anvendelse af undervisningsmateriale, der er udviklet af Apotekerforeningen. Undervisningsforløbet på fem dage har indeholdt undervisning i generelle principper ved medicinering og undervisning målrettet borgerne på den enkelte enhed. Gennem undervisningen er kompleksiteten i medicinering blevet tydelig, og den fælles viden har medvirket til en fælles platform.

Viden om sikre arbejdsgange ved brug af Forbedringsmodellen

Efter at have afdækket de lokale arbejdsgange for processerne omkring medicinering har enhederne ved at benytte Forbedringsmodellen sat lokale mål, afprøvet ændringer i lille skala og fulgt de iværksatte forbedringer gennem data. De største områder i medicineringsprocessen er dispensering og administration, hvor administration af medicin spiller en særlig rolle, da det involverer alt personale og foregår alle dage: hverdage, weekender og helligdage – hele døgnet. Det har været nyt for enhederne at kende egne data og derved at gå fra “synsninger” til viden – i stedet for til fakta.

Viden om fysiske forholds betydning for medicineringsprocessen

Det er særligt for projektet, at der er afsat midler til optimering af de fysiske rammer. Udgangspunktet er, at de fysiske rammer typisk ikke er indrettet til at dække de behov, der er for borgerne, hvad angår sikker medicinering. Ændringerne i de fysiske rammer er først gennemført, efter at hver enhed havde afdækket problemet og afprøvet ændringerne. Ændringerne har bl.a. været i form af indkøb af medicinborde og medicinvogne og ændringer i eksisterende lokaler til opbevaring af og dispensering af medicin.

Alle indsatser er beskrevet i denne erfaringsopsamling, der afsluttes med anbefalinger til andre enheder, der ønsker at gå i gang med at skabe robuste arbejdsgange omkring medicineringsprocessen. Et særligt afsnit er dedikeret til betydningen af de fysiske rammers betydning for sikker medicinering, og hvordan de fysiske rammer kan forbedres med relativt få midler.

“Det var svært at få
personalet med – da
de selv så problemet,
vendte det“

Indledning

2

Indledning

I projektet Sikker Medicinering har fem botilbud og fem midlertidige pladser fra otte kommuner og en region arbejdet med at højne sikkerheden ved håndtering af borgernes medicin i perioden 2023-2026.

Indsatsen er sket ved at understøtte enhederne i at skabe stabile arbejdsgange for medicinering og ved at øge viden om medicinering gennem kompetenceudvikling. Et hovedelement i projektet har været at afdække de eksisterende fysiske rammers betydning for sikker medicinering.

Projektet er gennemført i et tæt samarbejde mellem den lokale tovholder, det lokale forbedringsteam, den lokale leder og Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!). Projektet har haft en dedikeret styregruppe med deltagelse fra KL, Danske Ældreråd, Apotekerforeningen, Helsefonden og PS!. Lokalt har det haft stor betydning, at teamet har haft et tæt samarbejde med alle kolleger. Det har været gennemgående, at der er tale om en projektperiode – men at der ikke er tale om nye tiltag, men eksisterende opgaver forbundet med medicinering. Det nye for enhederne i projektet har været at få afdækket egne arbejdsgange, sætte lokale mål og følge udviklingen gennem data og afprøvninger. Kompetenceopbygning er sket gennem lokale læringstræf og to fælles læringstræf. Læringstræffene har derudover understøttet viden-deling og netværk på tværs af enhederne.

Projektledelsen har samarbejdet med Apotekerforeningen, som har givet deltagerne en grundlæggende viden om medicinering, som i projektperioden har bidraget med at omsætte til praksis. Projektet har vist, at de to ting tilsammen – viden om medicinering og sikre arbejdsgange – har dannet et godt fundament for medicinsikkerheden. For mange medarbejdere har det været en øjenåbner at få afdækket praksis ved at gennemgå egne arbejdsgange og på den baggrund finde frem til de sikre arbejdsgange, gennem brug af afprøvninger og ved at følge data.

I denne erfaringsopsamling vil vi fortælle om de resultater og erfaringer, som enhederne har opnået undervejs. Vi beskriver organiseringen og de metoder, der er anvendt.

I afsnittet “Resultater” dykker vi ned i noget af det forbedringsarbejde, der har fundet sted i projektperioden. Vi giver eksempler på lokale resultater, og hvordan de er opnået.

Vi fortæller om erfaringerne med og betydningen af de fysiske rammer – vist med før- og efterbilleder af de fysiske rammer med en kort beskrivelse af de eksisterende problemer og de ændringer, der er gennemført.

Ambitionen med denne erfaringsopsamling er at inspirere andre enheder til arbejdet med sikker medicinering og sætte lys på betydningen af de fysiske rammers betydning for sikker medicinering. Vi håber, at den flotte arbejdsindsats fra projektets enheder, og de erfaringer, de har opnået, dermed kan komme andre borgere til gavn.

Baggrund

Borgere på botilbud og midlertidige pladser er en særlig sårbar gruppe, der ofte er storforbrugere af lægemidler, og hvor korrekt medicinering er af vital betydning, mens fejl i medicineringen omvendt kan have store negative konsekvenser for det enkelte menneske, for medarbejderne og også lægge øget pres på sundhedsvæsenet i relation til medicinrelaterede indlæggelser.

Generelt set sker der i dag et stort antal utilsigtede hændelser i forbindelse med håndteringen af medicin. Der er behov for en systematisk indsats for at forbedre medicinsikkerheden på de midlertidige

pladser og på botilbud. I denne sammenhæng har de fysiske rammer en særlig betydning i forhold til medicinsikkerheden, da indretningen oftest ikke er tilpasset beboernes behov med hensyn til medicinering.

Sundhedsvæsnet har ændret sig markant de senere år, hvilket bl.a. viser sig ved, at der er sket en opgaveglidning fra hospitaler til midlertidige pladser, idet borgere udskrives hurtigere og ofte har flere og multiple sygdomme. De nye typer af opgaver, som bl.a. de midlertidige pladser forventes at varetage, stiller store krav til både indretning og kompetencer. Her er tale om områder, der typisk ikke har stor bevågenhed, upåagtet at området involverer mange borgere.

Om projektet

I samarbejde med Helsefonden har Dansk Selskab Patientsikkerhed med projektet Sikker Medicinering arbejdet på at skabe større medicinsikkerhed på midlertidige pladser og botilbud i Danmark. Projektet har været ledet af en styregruppe med deltagelse af KL, Danske Ældreråd, Apotekerforeningen, Helsefonden og PSI. Helsefonden har finansieret projektet med en bevilling på 5 mio. kroner.

Projektet er opstartet i 2022 og gennemført på fem botilbud og fem midlertidige pladser i perioden august 2023 til februar 2026. Dansk Selskab for Patientsikkerhed har stået for gennemførelse af projektet i samarbejde med de 10 deltagende enheder, der er udvalgt efter en ansøgningsproces. Disse otte kommuner og én region har deltaget i projektet:

- **Botilbud:** Assens, Horsens, Middelfart og Silkeborg Kommuner samt Region Sjælland
- **Midlertidige pladser:** Allerød, Hvidovre, Middelfart, Ringkøbing-Skjern, Slagelse Kommuner.

Formål

Formålet var at nedbringe antallet af medicineringsfejl på botilbud og midlertidige pladser og dermed øge medicinsikkerheden for borgerne på de deltagende enheder varigt.

Forbedringen af medicinsikkerheden på botilbud og midlertidige pladser skulle ske ved at:

- understøtte implementeringen af sikre arbejdsprocesser og arbejdsgange i forhold til medicinering ved anvendelse af Forbedringsmodellen.
- forbedre de fysiske forhold omkring medicineringsprocessen
- kompetenceudvikle personalet i forhold til medicin og medicineringsprocessen

Organisering

I forbindelse med ansøgningen til projektet har hver enhed valgt en lokal tovholder og et tværfagligt team til at understøtte opgaven i samarbejde med nærmeste leder og kollegerne på enheden.

Tovholder

Hver enhed har udpeget en tovholder, der har haft til opgave at sikre drift og anvendelse og forankring af indsatserne på enheden. Dette er sket i et samarbejde med et team og den lokale leder.

Lokalt team

Det var en del af projektet, at der blev nedsat et team, der i samarbejde med tovholder sikrede fremdrift i indsatserne og var ambassadører for projektet i samarbejde med tovholder. Det blev anbefalet, at teamet blev bredt sammensat af frontlinjepersoner, der er en del af praksis, gerne med repræsentation af flere vagtlag. Fra projektets begyndelse har det været anbefalet, at teamet mødtes med tovholder i en planlagt regelmæssig mødekadence, typisk hver 14. dag, efter aftale med nærmeste leder – og – at have aftale med vagtplanlægger om betydningen af aftalerne.

Lederens rolle

Opgaven for den lokale leder har været at sikre ledelsesmæssig opbakning til projektet, herunder at der allokeres de nødvendige ressourcer, og at lederen er nysgerrig på og undersøgende på hvad der skal til for at teamet kan skabe fremdrift, afdække barrierer og også hvilke succeser, der skal fejres.

Projektets opbygning

Projektperioden begyndte med, at der på hvert botilbud og midlertidige pladser blev foretaget en indledende gennemgang og analyse af eksisterende arbejdsgange for medicinering.

I løbet af den 2,5-årige periode har de deltagende enheder fået:

- Kompetenceudvikling i medicinhåndtering.
- Kompetenceudvikling inden for patientsikkerhed og forbedringsarbejde.
- 2 fælles læringstræf; 1-dagsarrangementer, hvor ledere og medarbejdere fra de deltagende botilbud og midlertidige pladser mødes. Læringstræffene har bestået af undervisning i Forbedringsmodellen, deling af erfaringer og mulighed for at arbejde med lokale indsatser.
- 5 lokale læringstræf med besøg fra PS! pr enhed til at understøtte implementeringen af nye arbejdsgange og anvendelse af forbedringsmodellen. Forud for hvert lokalt læringstræf har enhederne indsendt en statusrapport til PS! På besøgene har ledere og medarbejdere fået mulighed for at få vejledning og sparring på de lokale tiltag.

“Måden vi
kommunikerer på nu
er: Jeg kan, vi kan, vi
vil forbedre os i et
godt samarbejde”

Resultater **3**

Resultater

Vi vil i dette afsnit beskrive hovedresultater fra projektet, samt hvordan botilbuddene og de midlertidige pladser er nået dertil.

Erfaringer og resultater fra Sikker Medicinering er indsamlet gennem aktiviteterne i projektet: Dels gennem de to fælles læringstræf og de storyboards, som hver enhed har udfyldt forud herfor, og dels de lokale læringstræf, hvor hver enhed forinden har udfyldt en statusrapport, hvor der er beskrevet status på egne resultater

Overordnet mål for projektet

Det overordnede formål med projektet var at skabe medicinsikkerhed. Der er udarbejdet lokale mål for indsatserne i medicineringsprocessen.

Medicinsikkerhed

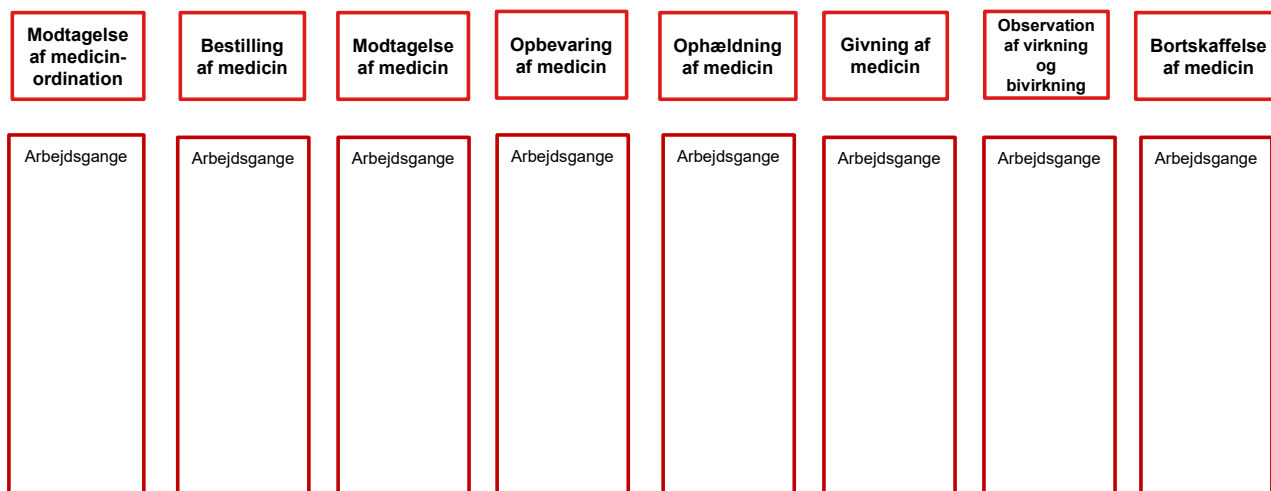
Alle enheder har forholdt sig til hvert trin i medicineringsprocessen, og for hver proces udarbejdet en arbejdsgangsanalyse efterfulgt af en årsagsanalyse. Alle enheder har arbejdet med arbejdsgange for dispensering og administration.

For at få overblik over arbejdsgange er nedenstående skabelon anvendt (bilag 1).

Oversigten over de forskellige trin i medicineringsprocessen har bidraget til at give deltagerne overblik over kompleksiteten i den samlede medicineringsproces fra medicin er ordineret, til medicinrester eventuelt skal kasseres. Gennemgangen af hvert trin har afdækket variationer i arbejdsgange. Oversigten er anvendt gennem hele projektperioden og har medvirket til løbende at se på de enkelte processer.

Principperne i hvert element af den samlede medicineringsproces har indgået i den generiske undervisning fra apotekerne. Se mere under Kompetenceudvikling på side 49.

Medicinprocessen



Bilag 1.

Modtagelse af medicin

Efter ordination og bestilling af medicin skal der være en arbejdsgang med en sikker proces for, at den medicin som apoteket leverer, kommer rettidigt ud til borgeren, til det lokale enhed/hus, så borgeren får medicinen rettidigt, og den nødvendige medicin til dispensering den efterfølgende dag bliver placeret på rette sted.

Eksempel på modtagelse af medicin fra Allerød Kommune

På midlertidige pladser i Allerød er en del af midlerne til optimering af de fysiske rammer anvendt til at ændre lågen til skabet, hvor medicin fra apoteket bliver leveret, til en glaslåge, så det er synligt for alle, om medicinen er modtaget fra apoteket.

Eksempel på modtagelse af medicin fra Ringkøbing Skjern Kommune

På midlertidige pladser i Ringkøbing-Skjern har levering af medicin fra apoteket afledt en aftale med apoteket, så det er tydeligt, hvilken medicin der skal modtages af de midlertidige pladser, og hvilken medicin der skal modtages på det tilstødende plejehjem. Ændringen i arbejdsgangen medvirker til at undgå forsinkelse i medicineringen begge steder.

Dispensering

Processen for dispensering har hos alle enheder været en indsats. Enhederne har ændret organisering af dispensering, afhængig af resultater af arbejdsgangsanalyse.

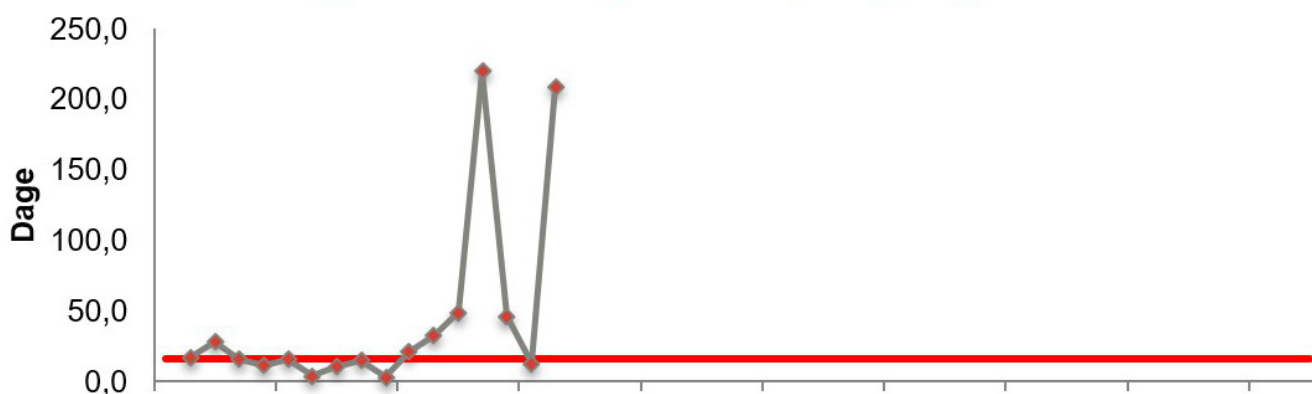
Dispensering, i oversigten kaldet ophældning af medicin. Der er tale om en afgørende proces som led i at sikre, at den rette borger kan få den rette medicin. Det er velkendt, at der er risiko for fejl, hvis processen sker med forstyrrelser, eller hvor de fysiske rammer hindrer en sikker arbejdsgang.

Alle ti enheder har ændret proces for dispensering. I Hvidovre Kommune var processen i gang ved påbegyndelse af projektet. Der er tale om ændrede arbejdsgange gennem indretning af et andet lokale til brug for dispensering, en ændret lokation for dispensering eller indretning af skab, hvor borgernes dispenserede medicin opbevares.

Fotos og beskrivelser af ændringer i fysiske rammer fremgår på side 40-45.

3

Dage mellem dispenseringsfejl, Egebo



Antal dage mellem dispenseringsfejl hos Egebo, midlertidige pladser, i Middelfart Kommune. Denne dataindsamling er påbegyndt efter Egebo havde afdækket, at de kendte forstyrrelser kom fra personalet. Ændringen indebar, at dispensering blev flyttet til et lokale, der var adskilt fra andre opgaver med en lukket dør og et skilt på døren. Efter 220 dage uden dispenseringsfejl, var der en manglende opdatering af FMK, der medførte en dispenseringsfejl.

Dosisdispensering

Dosisdispensering er aktuel hos borgere i stabilt forløb. Det er således ikke aktuelt hos borgere på midlertidige pladser. Også på botilbud er der variation i antal borgere på dosisdispensering – afhængig af borgernes tilstand. Antal borgere på dosisdispensering varierer fra 0 borgere til 13 af 36 borgere.

Anbefalinger til robust dispensering

- Gennemfør arbejdsgangsanalyse for dispensering
- Afdæk hvorvidt de fysiske rammer understøtter/ har indbyggede barrierer for en arbejdsgang for sikker dispensering ved at anvende arbejdsgangsanalyse med fokus på de fysiske rammer
- Planlæg tidspunktet for dispensering på et passende tidspunkt på dagen, som aftales gennem dialog med kolleger
- Skab en struktur, der sikrer, at det er kendt for kolleger, hvornår der dispenseres, fx på oversigtstavle
- Lav en aftale om, at man ikke har telefon med, når man dispenserer, og hvilken kollega der passer telefonen
- Opbevar dispenseret medicin hos borger på en måde, der medvirker til sikker administration af medicin
- Følg processen med data
- Få opbakning fra lokal leder, der er tæt på opgaven.

Værktøjer som arbejdsgangsanalyse kan findes på patientsikkerhed.dk/viden/forbedringsmetoder.

Administration

Alle enheder har arbejdet med denne del af medicineringsprocessen. Administration af medicin er en tværfaglig opgave, der involverer alt personale døgnet rundt. Opgaven indebærer, at alt personale har viden om principper for korrekt administration. Opgaven har flere steder medført ændret organisering.

Administration af medicin, i oversigten kaldet 'givning af medicin', er en proces, der involverer alt personale og adresserer behovet for, at alt personale kender til principper for administration af medicin. Administration af medicin er en udpræget tværfaglig opgave. Enhederne har gennemført arbejdsgangsbeskrivelser og årsagsanalyse, og data er fulgt løbende.

En væsentlig del af administration af medicin er, at der kvitteres for administration af medicinen, og at der kvitteres tidstro. Det er en både enkel og omfattende arbejdsgang at få til at fungere – omfattende, da processen omfatter alt personale døgnet igennem og praktiske forhold har betydning. Se side 20 for anbefalinger til andre.

Det har gjort indtryk...

Hvor meget fokus på sikker medicinering har forbedret vores fokus på tidstro registrering

Udsagn fra Assens og Hvidovre Kommuner:

Hvordan kan I vide, at borgeren har fået sin medicin, hvis der ikke er blevet kvitteret?

– Det er lige præcis derfor, at vi er optaget af netop det at kvittere for medicinen. Der kan godt komme sådan en tese blandt medarbejderne, der hedder, at det vigtigste må være, at borgeren har fået sin medicin. Problemet er bare, at der kan opstå en usikkerhed om, hvorvidt borgeren har fået sin medicin. Det er det, vi prøver at gøre opmærksom på ved at øge fokus på at få kvitteret på tidspunktet, hvor man udleverer medicinen.

(Fra artikel på patientsikkerhed.dk)

Det er jo egentlig hele humlen i det her; vi var ikke gode nok til at kvittere for ydelsen, så man vidste ikke, om medicinen var givet eller ej. Og i værste fald kan det jo betyde, at en borger får dobbelt dosis – eller slet ingen dosis.

(Fra artikel på patientsikkerhed.dk)

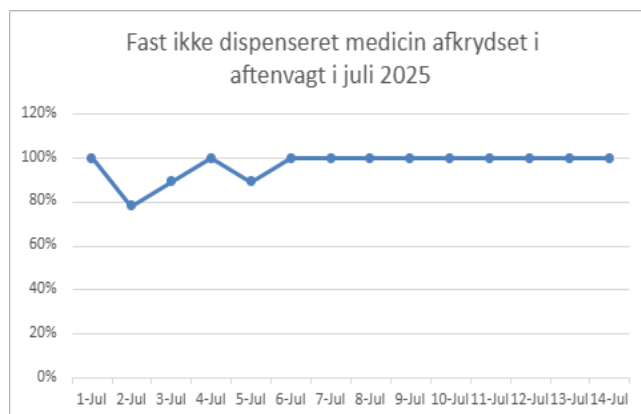
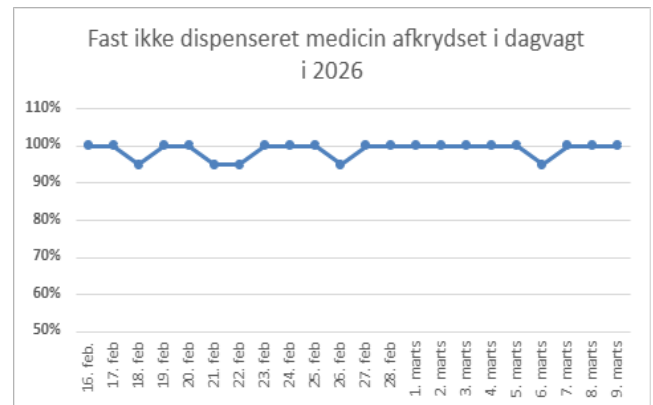
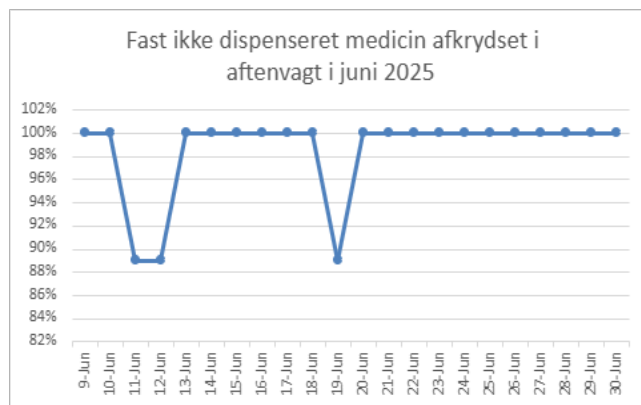
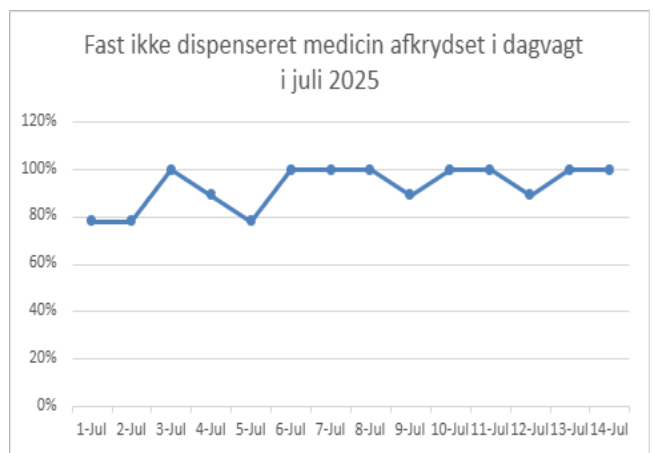
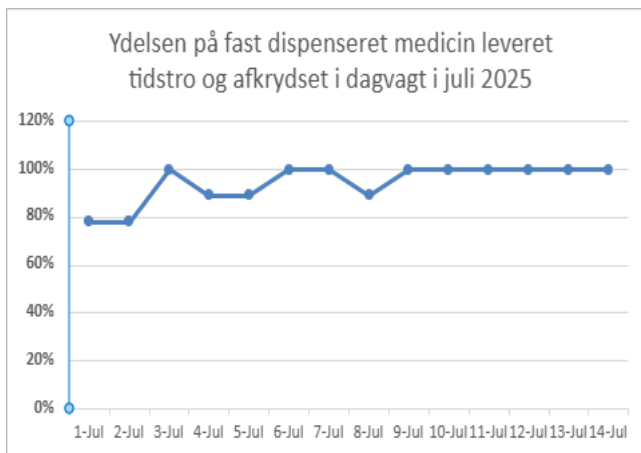
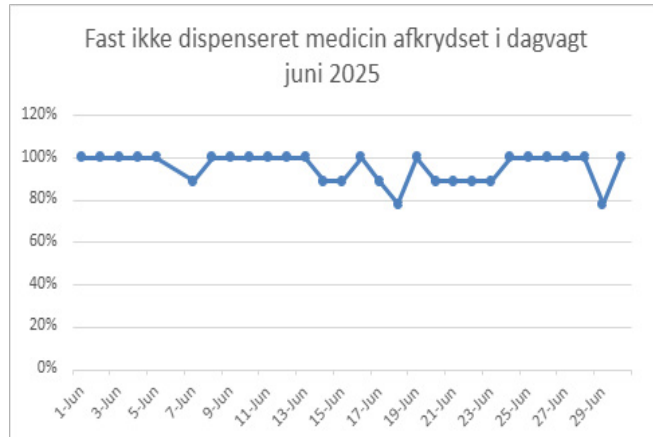
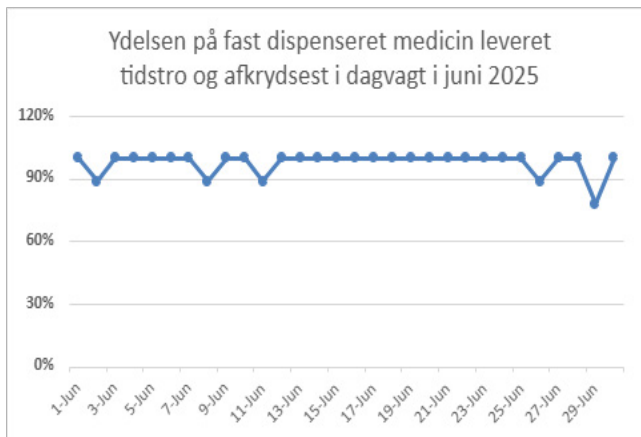
Eksempel på medicingivning fra Hvidovre Kommune

Svendebjerghave i Hvidovre Kommune har valgt at have én medicinansvarlig, der i dagvagt og aftenvagt har ansvar for administration af medicin. Denne organisering er påbegyndt foråret 2025. Valget af den medicinansvarlige træffes ved vagtens begyndelse, evt. dagen før. Valget træffes ud fra en samlet vurdering af dagens opgaver sammenholdt med det personale, der er på arbejde. Opgaven som medicinansvarlig er beskrevet, og rollefordelingen mellem medicinansvarlig og kontaktperson er beskrevet. På det fælles læringstræf, fem måneder før projektets afslutning, var der spørgsmål til, om der ikke var tale om at genindføre rundepleje. På baggrund af beskrivelsen for opgaven og kriterierne for, hvem der er den medicinansvarlige i hver vagt, er det ikke opfattelsen fra teamet, lederen eller kollegerne, men at der er tale om en arbejdsgang med stor effekt.

Data afspejler effekten af den ændrede arbejdsgang. På side 17 ses eksempler på data fra to måneder i 2025, der viser høj målopfyldelse. Data er gentaget i februar og marts 2026 (tre uger), hvor målopfyldelsen alle dage er over 90 %, og flere dage er på 100 %. Arbejdsgangen fortsætter og implementeres på de tre øvrige afdelinger.

Visning af data fremgår af overskrift på grafer, dels dispenserbar medicin i dagvagt og aftenvagt, og tilsvarende ikke dispenseret medicin i dagvagt og aftenvagt. Data fra juni 2025 er suppleret med data fra februar – marts 2026.

Data på tidstro kvittering for administration fra Svendebjerghave



Eksempel på medicingivning fra Ringkøbing-Skjern Kommune

Midlertidige pladser i Ringkøbing-Skjern Kommune følger korrekt tidstro administration af medicin til borgerne med et mål på 100 %. Fra projektets start er der indført brug af patientsikkerhedskalender til visning af dagens administration. Denne visning er kendt af personalet og følges på daglig basis. Tovholder følger ligeledes data ud fra rådata ved en gennemgang pr. uge af alle administrationer. Rådata viser, at 95 % af den administrerede medicin bliver dokumenteret til tiden.



Målet i Ringkøbing-Skjern Kommune er korrekt tidstro administration af medicin til borgerne med et mål på 100 %. Her vist gennem en patientsikkerhedskalender, hvor et rødt kryds er udtryk for en enkelt administration, der ikke er kvitteret tidstro. Visning gennem rådata viser, at der er en målopfyldelse på 95 %.

Eksempel på medicingivning fra Allerød Kommune

På de midlertidige pladser i Allerød Kommune var målet 90 dage med 90 % kvittering for ikke dispenserbar medicin. Målet på 90 % kvittering for ikke dispenserbar medicin var med målopfyldelse efter tre måneder.

De samlede data for tre måneder viser en målopfyldelse – samlet set for tre måneder: februar, marts og april 2025:

- For dagvagt: 85 %
- For aftenvagt: 96 %.

Indsatsen for tidstro dokumentation er synlig i personalestuen og italesættes dagligt ved morgenmøde og triage. På vagtplanen er der en rød prik ud for dem, der skal lave audit i både dag- og aftenvagt. Auditeringen går på skift i hele personalegruppen, så alle føler ejerskab.

Patientsikkerhedskalenderen hænger synligt i personalestuen. Hvis der har været en rød dag, har alle bemærket denne på kalenderen, hvilket har givet en dialog om, hvorfor den dag netop blev rød. Aftenvagter har "tættere" kommunikation personalet imellem, da de er tre på job og er afhængige af hinanden.

Der holdes to "opsamlingsmøder". Aftenholdet har løbende dialog om aktiviteter, så alle ved, hvor hinanden er ift. opgavefordeling. Når der er vikarer, gør de faste aftenvagter meget ud af at "gennemgå" medicinen med vikar/afløsere, for at vikarer ved, hvordan man kvitterer, og om der hos en given borger skal gives ikke dispenserbar medicin.

Kolleger oplever, at det klart har givet et større ansvar og ejerskab, at alle på skift har skullet udføre medicinaudit.

I aftenvagt har de oftest siddet sammen til deres opfølgingsmøder og gennemgået medicinmodulet for kvitteringer af ikke dispenserbar medicin.

På baggrund af resultater og erfaringer fortsættes dataindsamling på både dispenserbar og ikke dispenserbar medicin.

Eksempel på medicingivning fra Karlslunde i Region Sjælland

Hos botilbuddet Karlslunde i Region Sjælland har de ændret praksis til administration af medicin sker inde hos borger, i stedet for i fællesrummet. Efter ændringer har der i projektperioden ikke været utilsigtede hændelser med forveksling af medicin. Før projektperioden var der fire utilsigtede hændelser på to år – den ene med indlæggelse som konsekvens.

Generelt

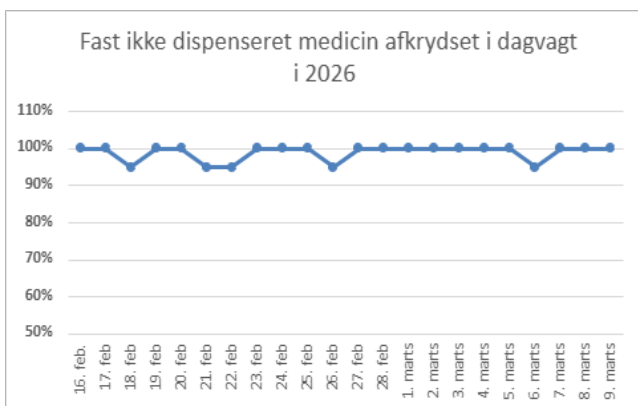
Eksemplerne er knyttet til ændringer i de fysiske rammer. Ændringerne i de fysiske rammer bidrager til en sikker arbejdsgang for administration i form af:

- Opbevaring af den dispenserede medicin hos borger
- Enkel arbejdsgang for at administrere medicin hos borgeren
- Overblik i skabet hvor den dispenserede medicin opbevares inde hos borgeren
- Enkel arbejdsgang for at dokumentere tidstro hos borger for administration af med

Understøttelse af sikker administration

Sidedoseringer, 'ikke-dispenserbar medicin', som en del af administration

Det har været en opgave for stort set alle enheder at sikre, at 'ikke-dispenserbar medicin' – kaldet sidedoseringer – bliver givet, og at administration af sidedoseringer bliver dokumenteret. Udfordringen er, at denne type af medicin, fx øjendråber, ofte opbevares et andet sted end dispenseret medicin og således er omfattet af andre arbejdsgange end at administrere dispenseret medicin. Derudover er det en arbejdsgang, der er vanskelig at følge med data, da det ikke er synligt, om der fx er givet øjendråber, eller om en salve er påsmurt.



Hvidovre Kommunes seneste data på fast ikke-dispenseret medicin.

Hvidovre Kommune har ved afslutning af projektperioden indsamlet data på tidstro kvittering af ikke-dispenserbar medicin. Data ligger fortsat på målopfyldelsen og er afledt af arbejdsgang for medicinansvarlig både dagvagt og aftenvagt, her vist for dagvagt. Se også side 17.

Tilpasse tidspunkt for administration til borgers rytme

Særligt på botilbud har der vist sig behov for at tilpasse tider for administration af medicin til borgeres rytme, hvilket har betydning for borgeren og betyder, at dokumentation af administreret medicin kan ske tidstro. Her er tale om en tværfaglig opmærksomhed, typisk i form af at pædagogisk personale gør opmærksom på en uhensigtsmæssig arbejdsgang hos borgeren, af betydning for borger og for tidstro dokumentation.

Anvende devices til tidstro dokumentation af administreret medicin

Enhederne anvender forskellige devices til brug for tidstro dokumentation af administreret medicin i form af telefoner og iPads. Udfordringen med at have tidstro dokumentation er generelt, at personalet fortæller, at medicin er givet, men ikke dokumenteret tidstro. Begrundelserne er flere og handler om: 'Glemte det', 'havde ikke telefon/iPad med ind til borger', 'der er ikke plads til at lægge iPad på stuen', 'iPad var ikke opladet' og 'der er ikke net dækning hos borgeren'.

Udsagnene kommer frem ved en arbejdsgangsanalyse og en efterfølgende årsagsanalyse. Udsagn kan analyseres, og konkrete indsatser kan iværksættes, fx afklare hvor der i givet fald er manglende netdækning. På den måde kan det forebygges, at der skabes historier, der faktisk er anderledes.

Et eksempel, afledt af en årsagsanalyse, fra Silkeborg Kommune

På et tidspunkt opstod der en historie om, at der ikke er internet på bostedet, og derfor kan man ikke digitalt kontrollere medicinen. Teamet er åbne og siger: "Det må vi da undersøge, om det er rigtigt. Det skal vi da have gjort noget ved, hvis det er tilfældet". De får nogen fra IT ud at måle på det.

Og det viser sig, at der er netdækning på hele bostedet, fortæller hun og fortsætter:

‘De udarbejder et hjælpekort med 3 steps til medarbejderne under overskriften “Hvis du oplever problemer med at logge på, gør følgende...”. På den måde imødekommer de den oplevelse medarbejderne kan have af ikke at kunne logge på, men de giver dem også konkrete muligheder for at løse det selv’.

(Artikel fra patientsikkerhed.dk)

Det har gjort indtryk ...

Det har lettet min arbejdsgang, at jeg/vi har fået personlige iPads. Det gør det muligt at dokumentere tidstro, og når jeg står inde hos borgeren, så bliver observationer beskrevet med det samme

Et eksempel fra Ringkøbing Skjern Kommune ‘Djævlen er i detaljen’. Det erfarne teamet og leder på de midlertidige pladser i Ringkøbing-Skjern Kommune, da det gentagne gange viste sig, at iPads ikke var opladede. Ved et tilfælde fortalte personalet, at der manglede forlængerledninger. En tur til indkøbsafdelingen betød, at det nødvendige antal forlængerledninger var til stede.

Plads til iPad hos borger

Anbringelse af iPad i borgeres bolig er en generel udfordring, da bordplads, typisk i køkkenområdet, anvendes til andre formål af borgeren. I Slagelse Kommune er der uden for hver borgers bolig en hylde, der kan anvendes til opbevaring af iPad, mens man er inde hos borger og efterfølgende dokumentere tidstro.

Her er tale om en enkel ting, der dækker behovet for placering af iPad, og dermed løser behovet for at kunne placere iPad og dermed også muligheden for tidstro dokumentation.



På midlertidige pladser i Slagelse Kommune har de fået opsat hylder uden for borgernes boliger, som iPaden kan stilles på.

Løsninger med medicinborde hos borger, bl.a. hos Allerød og Middelfart Kommuner, giver muligheden for at placere iPad på medicinbordet, mens man er inde hos borgeren.

Anbefalinger til robust administration af medicin

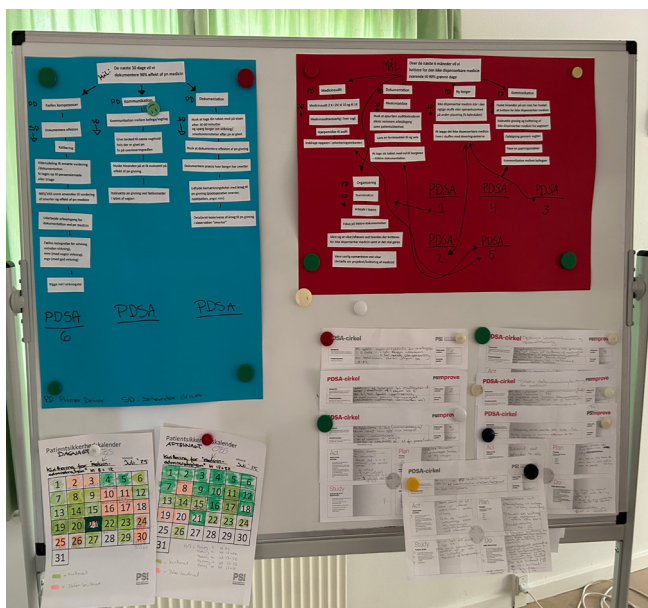
- Afdæk arbejdsgange for administration af medicin
- Afdæk arbejdsgange for dokumentation af administreret medicin
- Gennemfør en årsagsanalyse (se bilag 2 og 3) til afdækning af årsager for manglende tidstro dokumentation
- Hav en elektronisk device til hver medarbejder
- Hvis kvittering af administreret medicin sker ved brug af iPad – hav et naturligt sted at placere iPad hos borger
- Følg processen med data
- Få opbakning fra lokal leder, der er tæt på opgaven.

Værktøjer som arbejdsgangsanalyse kan findes på patientsikkerhed.dk/viden/forbedringsmetoder.

PN-medicin

I de sidste måneder af projektperioden har flere enheder taget fat på at kvalificere opgaven med dokumentation af PN-medicin (medicin der tages efter behov). Kendt praksis er, at behov for pn-medicin og den givne medicin dokumenteres, men der er inkonsistens i beskrivelse af effekten af given medicin. Karlslunde i Region Sjælland gik i gang tidlige, da manglende effektvurdering viste sig tidligt i projektperioden.

På baggrund af et kendt problem med effektvurdering af pn medicin, blev det aftalt at anvende tid på et lokalt læringstræf i Allerød Midlertidige pladser til at afdække problemet, sætte et mål og udarbejde et driverdiagram for effektvurdering af PN-medicin.



Driverdiagram for pn-medicin (rødt papir) indgår i kvalitetstavlen i Allerød Kommune.

Eksempel på PN-effekt evaluering fra Middelfart Kommune

Egebo i Middelfart Kommune lavede en plan for at følge PN-effektvurdering, som er beskrevet herunder. Planen holdt – Egebo gik fra 9 manglende effektvurderinger i oktober 2024 til ingen i november 2024. Den beskrevne indsats blev efterfølgende hjulpet af en funktion i Nexus Mobil, gennem adviseringer på manglende effektvurdering. I tilfælde, hvor effekt ses senere, fx ved afføringsmiddel, oprettes en opgave i Nexus. Det er kendt, at Nexus Mobil ikke er en entydig løsning, men at der er tale om, hvilke funktioner der er tilgængelige/tilkøbt.

- Oprette opgave til næste vagtlag hvis pn medicin skal evalueres af dem.
- Daglig opfølgning af alle vagtlag i Nexus under pn medicin
- Informere kollegaer omkring arbejdsgang i Nexus
- Der føres pt patientsikkerhedskalender

Plan for at følge PN-effektvurdering fra Egebo i Middelfart Kommune.

Anbefalinger til robuste arbejdsgange i forbindelse med PN-medicin

- Tag en stikprøve på given pn-medicin og afdæk hyppighed for effektvurdering
- Afdæk på baggrund af stikprøven behov for afdækning af årsager til problemet
- Sæt et mål for en indsats sammen med kolleger
- Afdæk hvilke afprøvninger af ændringer, der er behov for (se bilag 6)
- Følg data gennem ugentlige stikprøver.

“Det er vigtigt at lytte til den medarbejder, der er tættest på opgaven”

Samarbejde og ledelse 4

Samarbejde og ledelse

Samarbejde på tværs af faggrupper

For botilbuddene er der igennem projektperioden, sket en ændring i at anvende/kombinere de pædagogiske og sundhedsfaglige kompetencer. Anvendelsen af de forskellige fagligheder viser sig bl.a. gennem det pædagogiske personales observationer af ændringer i beboernes adfærd, og den efterfølgende opfølgning på observationerne fra det sundhedsfaglige personale. Her er tale om en kulturændring, og en ændret opfattelse af perspektiverne i medicinering og betydningen af et tværfagligt samarbejde, både set fra personale og ledere – til gavn for borgeren.

Den tværfaglige indsats er en forudsætning for at opfylde målet om sikre arbejdsgange for sikker medicinering. Ved afslutning af projektet er det tydeligt, at den tværfaglige forståelse af og viden om betydningen af medicinering er ændret radikalt.

Ændringen i tværfagligt samarbejde viser sig særligt fra det afsluttende læringstræf gennem storyboards og udsagn fra tovholdere, teammedlemmer og ledere, hvor de blev bedt om at skrive et "postkort" om noget, der havde gjort indtryk på dem i forbindelse med projektet.

Eksempel på samarbejde på tværs af faggrupper fra Horsens Kommune

På botilbuddet i Horsens Kommune var der ved projektstart en sygeplejerske ansat, der dækkede sundhedsfaglige opgaver på botilbuddet, fordelt på tre huse, og var tovholder. Ved afslutningen af projektet er der fundet lokale midler til at ansætte en sundhedsfaglig medarbejder i hvert hus, der i samarbejde med en sygeplejerske med tværgående

de funktion og i samarbejde med alle medicinsvarlige og lokale ledere, skal varetage de tværfaglige opgaver med medicinering.

Det har gjort indtryk...

Den generelle øget bevidsthed af helhedsplejen har udviklet sig: omsorg for borgeren har fortsat dybe rødder i det pædagogiske arbejde, men krav til behandling kræver tværfaglighed. At samarbejde med kollegerne på tværs og forklare, hvordan vi kan blive bedre fremover

Samarbejde kolleger imellem

Målet for sikker medicinering nås i et samarbejde mellem teamet og alle kolleger. Teamet har opgaven med at drive forbedringsarbejdet gennem bl.a. at indsamle data og følge afprøvninger af ændringer. For at indsatserne lykkes i daglig praksis er det afgørende at hele personalegruppen er en del af forbedringsindsatserne.

Erfaringer fra projektperioden viser, at indsatser til forbedringer lykkes, når der er et tæt samarbejde med hele personalegruppen. Det er nedenstående udsagn fra Horsens Kommune et eksempel på:

Forbedringsteamet får større opbakning fra kollegerne, fordi de inddrager dem i forbedringsarbejdet ved at lytte imødekomende til dem og agere på deres forslag. Det er faktisk noget af det, de er blevet ret gode til. Det er meget meningsfuldt,

at de oplever, at de får nogle nye refleksioner og bliver klogere sammen. Det er jo hele pointen med forbedringsarbejdet – at det ikke er én, der kommer og siger: “Nu skal I gøre sådan her”, men at det vokser ud af deres egen praksis.

(Fra artikel på patientsikkerhed.dk)

Samarbejde mellem lokal ledelse og forbedringsteamet

Betydningen af lokal ledelse tæt på forbedringsarbejdet er fremhævet fra flere lokale ledere og forbedringsteams. Betydningen viser sig gennem den regelmæssige opfølgning på forbedringsarbejdet, leders deltagelse ad hoc ved teammøder/tavlemøder og den lette adgang til lokal leder.

Betydningen af praksisnær ledelse har vist sig i projektperioden. Følgende udsagn understøtter betydningen:

Eksempel fra Allerød Kommune

Fussy Korsholm, leder af De midlertidige pladser i Allerød, understreger vigtigheden af, at medarbejderne får tid og plads til forbedringsarbejdet.

– For mig som leder handler det meget om at få skabt noget legitimitet omkring forbedringsarbejdet. For udvikling og projektarbejde tager tid – og i virkeligheden tid, vi ikke har! Så jeg har blandt andet set på hvilke opgaver, jeg kunne tage fra medarbejderne, mens de er på projektet. Jeg kan jo ikke opfinde magisk tid, men nogle gange handler det om, at de opgaver, en medarbejder sidder med, for en stund må lægges over til en kollega. For projektarbejdet ender jo med også at komme kollegaen til gode, understreger Fussy Korsholm.

(Fra artikel på patientsikkerhed.dk)

Eksempel fra Silkeborg Kommune

Ledelsens rolle har haft en afgørende betydning for at holde gejsten og blive ved, da teamet oplevede modstand og følelsen af at være i et hul. Når ledelsen bliver ved at skubbe på, giver det teamet og medarbejderne oplevelsen af, at det er en vigtig arbejdsopgave.

- Ledelsen er meget involveret. Lederne sidder med i forbedringsteamet, er med til at drive det og holde fokus. De har brugt tid på at gøre det tydeligt for medarbejderne, hvorfor projektet er vigtigt, og hvorfor det er noget, de skal prioritere i en travl hverdag. De er gode til at bakke op, når der skal sættes tid af til afprøvninger og evaluering. Ellers kan det hurtigt blive noget, der forsvinder i drift. Arbejdet er ikke et sideprojekt, men en prioriteret del af driften, understreger Tine Møller-Madsen og fortsætter med et blik på fremtiden:

- Noget af det, vi arbejder på, er, hvordan man får forbedringsarbejde ind i hverdagen uden at det bliver et ekstra lag ovenpå det hele. Hvordan det bliver en måde at tænke på og ikke en ekstra opgave.

(Fra artikel på patientsikkerhed.dk)

Eksempel fra Ringkøbing-Skjern Kommune

Her har der svarende til andre steder været udskiftning i ledere og ledere har haft forskellige opgaver. Tovholdere, team og lokal leder mener, det er afgørende for projektets fremdrift, at man har en leder, der er tæt på i hverdagen og kender indsatserne i teamet og anvendelse af metode.

(Fra lokalt læringstræf)

Når hverdagen slår knuder

Hverdagen indebærer ændringer blandt nøglepersoner og lokal ledelse, i form af skift af ledere og nøglepersoner. Erfaringen er også, at når et team har været godt i gang, kommer man hurtigere op i tempo igen.

Også i projektperioden viser hverdagen sig med udskiftning af personale blandt ledere og nøglepersoner. De to erfaringer herunder viser også, at når der før ændringerne er opnået en kadence i arbejdsgangene for at skabe fremdrift i forbedringsarbejdet, kan man mere enkelt komme op i tempo igen, i form af at fortsætte arbejdet i teamet, indsamle data og tæt samarbejde med lokal leder. Også når der er tale om en periode på 3-4 måneder med pause.

Eksempel fra Assens Kommune

Botilbuddet Lindebjerg har haft 4 ledere i projektperioden. På et tidspunkt var der sammenfald med, at tovholder også stoppede. Nuværende leder er leder i driftsgruppen, der mødes hver 6. uge fremadrettet, bestående af medarbejdere fra alle teams, heraf kun en enkelt ny, resten har været med i projektets forløb.

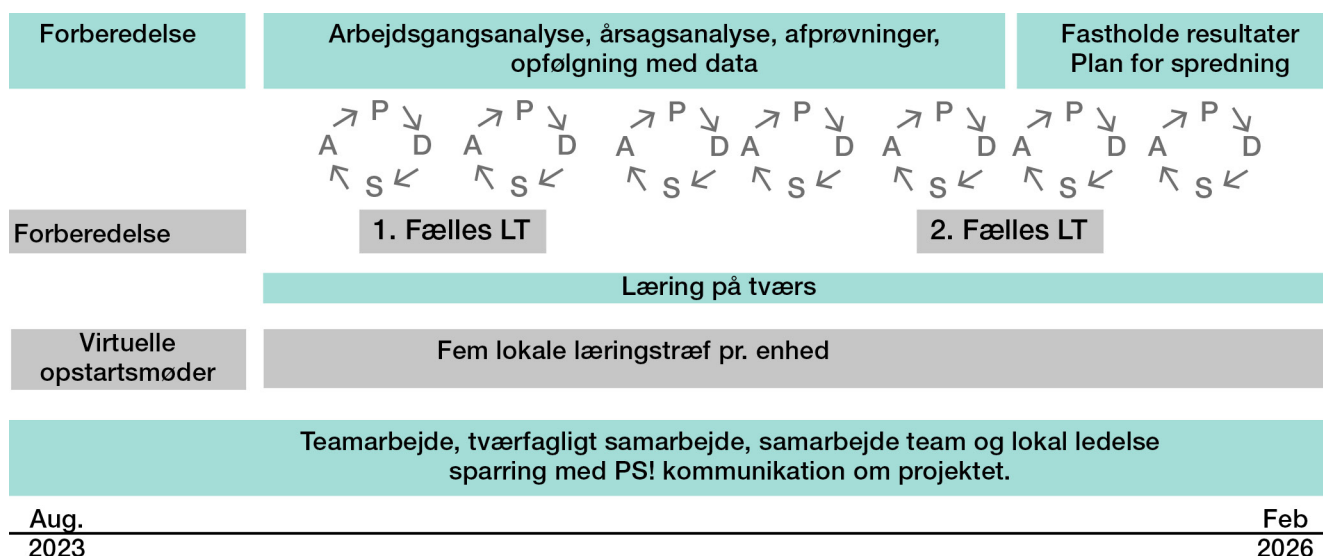
Eksempel fra Middelfart Kommune

Hos Egebo Midlertidige Pladser havde lederen i efteråret 2025 til primo 2026 været fraværende, og tovholder har i den periode også været assisterende leder, hvor det har været udfordrende at klare både drift og forbedringsarbejde, og sidstnævnte har måttet være på pause. Ved slutningen af projektperioden er situationen ændret og forbedringsarbejdet igen op i tempo. Fra tovholder "Det har taget os en halv dag at 'støve af' og komme tilbage igen".

“Projektet har vakt
interesse for sikker
medicinering,
arbejdsgange og
forbedringsarbejdet”

Metode 5

Metode



Figuren viser Collaborative Model, som er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI). Her tilpasset af PS! til Sikker Medicinering.

Collaborative-modellen – læringsfællesskaber

Projektet er bygget op om en sammenhæng mellem formidling af metoder, anvendelse af metoderne og læring i praksis.

Denne model for opbygning af et projekt kaldes et collaborative (læringsfællesskab) og er en model, PS! har god erfaring med at anvende i tilsvarende projekter. Modellen indeholder en sammenhæng mellem læring på læringstræf for alle deltagere, læring lokalt, der understøttes af besøg fra projektledelsen, samt statusrapporter fra hver enhed forud for de lokale læringstræf. Modellen sikrer tid til lokale afprøvninger og indsamling af data mens man opbygger ny viden og frem mod implementering.

Det har gjort indtryk...

Hvor meget data kan motivere

Projektet har vækket interessen for sikker medicinering, arbejdsgange og forbedringsarbejde

Læringstræf

Der er afholdt to fælles læringstræf i projektperioden. På hvert læringstræf har de enkelte enheder medbragt et storyboard med status og erfaringer siden sidst ud fra en skabelon fra PS!. Storyboard er på læringstræffene gennemgået i to grupper, en gruppe for botilbud og en for midlertidige pladser, med PS! som tovholder. Formålet har været videndeling, sparring og erfaringsudveksling blandt enhederne.

Programmet for læringstræffene har indeholdt oplæg og parallelsessioner tilpasset projektperioden.

Der har på det sidste læringstræf været en leder-session for at understøtte ledelsesopgaven. Ved afslutningen af hvert læringstræf har der været lagt tid ind til at enhederne kunne lægge plan for den kommende periode. Læringstræffene var af én dags varighed og har været afholdt centralt i landet.

De generelle tilbagemeldinger fra projektdeltagerne har været, at det giver læring at dele erfaringer, og at det styrker netværk at mødes på tværs af enheder.



Erfaringer fra Silkeborg Kommune deles i plenum på det fælles læringstræf den 16. september 2025.



Deltagerne gennemgik deres medbragte storyboard på det fælles læringstræf den 16. september 2025.

Lokale læringstræf

Der er afviklet fem fysiske læringstræf pr. enhed. Formålet med læringstræffene har været at styrke anvendelse af metode og styrke teamets fremdrift i indsatserne. Programmet for de lokale læringstræf har været generisk med lokal tilpasning på dagen, afhængig af behovet. Forud for læringstræf har enheden indsendt en statusrapport, som danner

udgangspunkt for forberedelse fra PS! og for programmet på dagen. Fysiske møder giver mulighed for både at tale med teamet og personale, der ikke er en del af teamet, følge de pågående afprøvnings, se kvalitetstavler og andet materiale, der indgår i teamets arbejde.



Lokalt Læringstræf i Allerød



Lokalt læringstræf i Hvidovre Kommune.

Forbedringsmodellen

Anvendelse af Forbedringsmodellen er den anvendte metode og er gennemgået og anvendt af enhederne som beskrevet herunder.

Læs om Forbedringsmodellen på patientsikkerhed.dk/forbedringsmodellen

Afdækning af problemet

Anvendelse af forbedringsmodellen indledes med at afdække problemet gennem en arbejds-gangs-analyse. Her kortlægger de personer, der er en del af arbejdsgangen, det faktuelle forløb og variationen blandt kolleger afdækkes. Alle elementer i den samlede medicineringsproces er genstand for arbejdsgangsanalyse. Baggrund for valg af indsats er sket med udgangspunkt i de rapporterede utilsigtede hændelser. Enhederne har typisk lavet arbejdsgangsanalyse på processerne for dispensering og administration af medicin.

Da midlertidige pladser i Slagelse Kommune afdækkede arbejdsgangen for administration af medicin, blev det klart, at man måtte indlede arbejdsgangen om morgenen, hvor dagens opgaver blev fordelt, bl.a. for at kunne tage højde for hvem der sikrer medicin til borgerne, hvis en medarbejder skal gå kl. 11.

Ved arbejdsgangsanalysen for dispensering tager teamet ligeledes stilling til start- og sluttidspunkt for processen: Begynder processen ved tildeling af opgaven på dagens opgaveliste? Begynder processen, når man står hos borger med borgeres medicin gjort klar? Afsluttes processen, når man har sikret, at der er tilstrækkeligt medicin til næste dispensering, inkl. PN-medicin?

Sikre arbejds gange for dispensering understøttes af, at det er tydeligt for kolleger, at en kollega skal dispensere.

Eksempel fra leder-storyboard fra Ringkøbing-Skjern:

Hvad har været den største AHA-oplevelse i projektet? At der via en arbejdsgangsanalyse kan skabes synlighed om, at vi i et team ser en arbejds gang meget forskelligt.



**Forstå det
nuværende
system og
arbejds gange**



Arbejdsgangsanalyse udført af botilbuddet Skelbakken i Region Sjælland ift. administration af medicin



Arbejdsgangsanalyse udført af botilbuddene Alderslyst og Vesterbo i Silkeborg Kommune.

Anvendelse af Forbedringsmodellen

Efter afdækning af problemet anvendes Forbedringsmodellen ved at svare på de tre spørgsmål:

1. **Hvad vil vi opnå?**
Her opstilles målet, et SMART mål.
2. **Hvordan ved vi at en forandring er en forbedring?**
Svaret her er data, og teamet aftaler, hvilke data de kan samle, der viser graden af målopfyldelse, hvor ofte der indsamles data og hvem der gør det.
3. **Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?**
Svaret her er at opbygge viden og skabe læring gennem afprøvninger af ændringer i lille skala. Afprøvninger sker i forskellige kontekster, ex dag/aften, hverdag/weekend.

Det har gjort indtryk...

Små ændringer
i arbejdsgangen
kan give store
forandringer

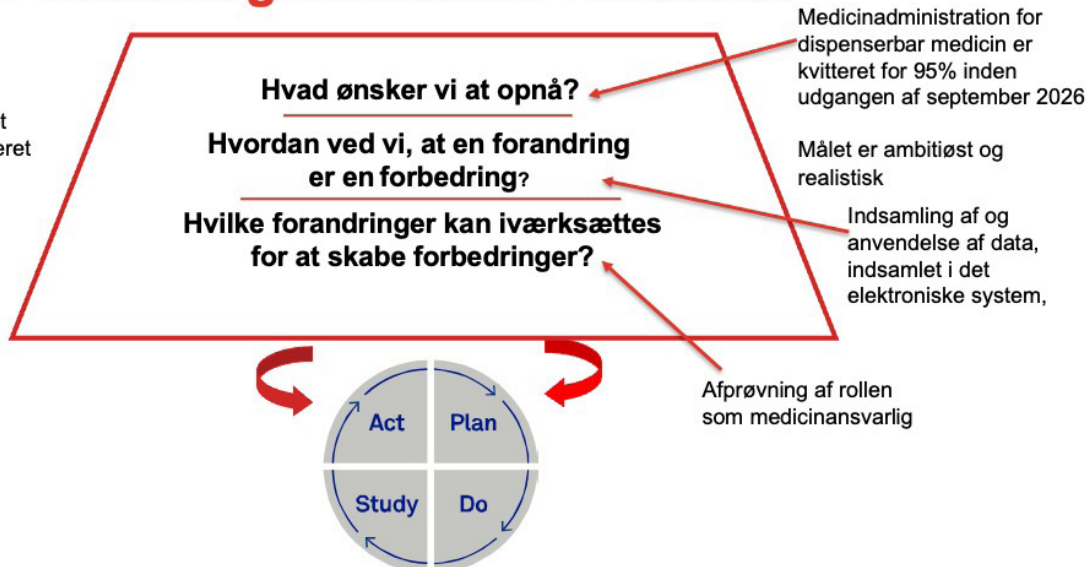
Synliggørelse af
hvor mange opgaver
der ligger i en
medicindosering ved
fælles teammøde

5



Målet adresserer et reelt og dokumenteret problem

Forbedringsmodellen – anvendt



Hvad vil vi opnå? – Vælg et mål

Svaret på spørgsmål 1 i Forbedringsmodellem handler om at sætte sig et mål. Efter at have afdækket egen praksis ved arbejdsgangsanalyse og se på data, der belyser problemet, sætter man et mål for indsatsen. Der er udarbejdet lokale mål, som typisk har omhandlet antal dage uden fx administrationsfejl.

Slagelse Kommune:

90 % af borgers medicin i dagvagt er dokumenteret inden udgangen af projektperioden.

Allerød Kommune:

30 dage med 95 % rettidig kvittering af medicinadministration.

Ringkøbing-Skjern Kommune:

20 dage uden manglende kvittering på medicinadministrationen i alle vagter inden 1. juli 2025. Målet gælder for alle borgere og alle administrationer i alle vagter – et mål om 100 % målopfyldelse.

Driverdiagram

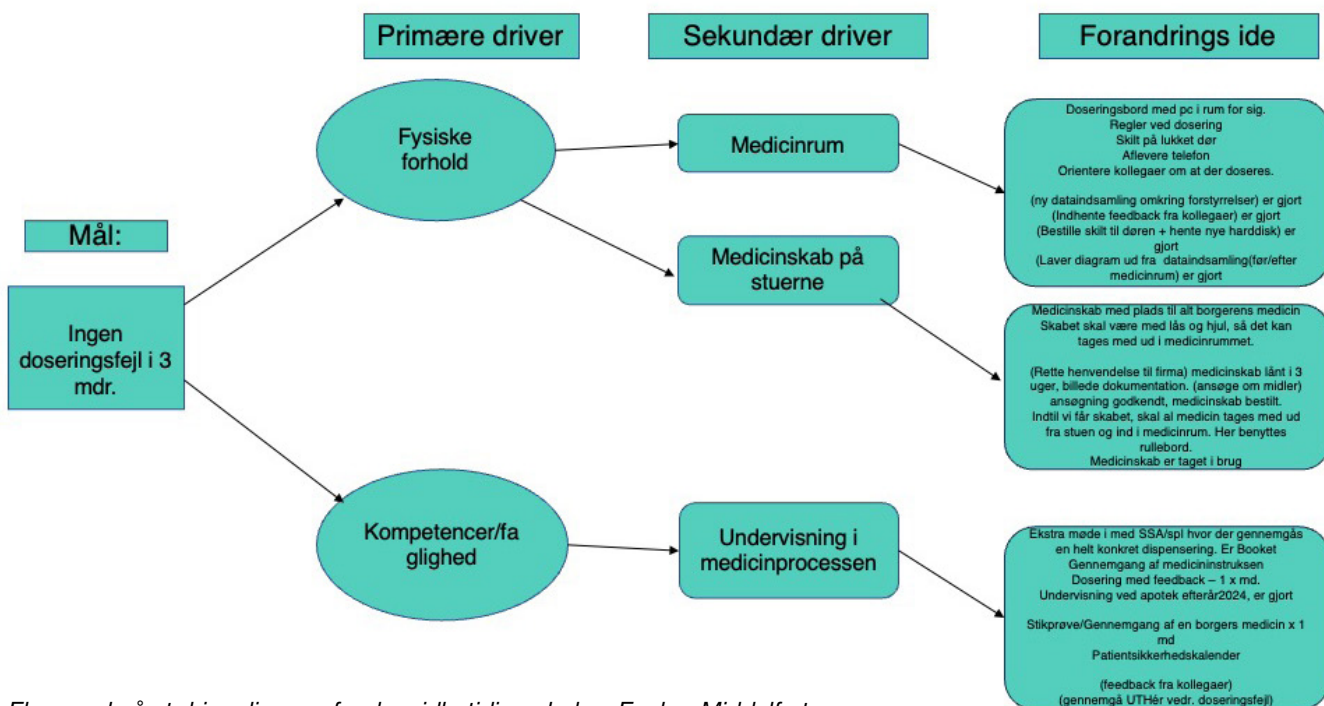
Planen for at komme i mål indsættes i et driverdiagram. Driverdiagrammet udarbejdes tværfagligt med kolleger og beskriver hvordan man kommer i mål. Det er en enkel metode til at skabe overblik over projektet og et redskab til prioritering og dialog.

Det har været nyt for stort set alle enheder at arbejde med et driverdiagram, og det har været anvendt i forskelligt omfang. Det generelle billede er, at når enheden har knækket koden med anvendelse af driverdiagram, har det vist sig som en effektiv model.

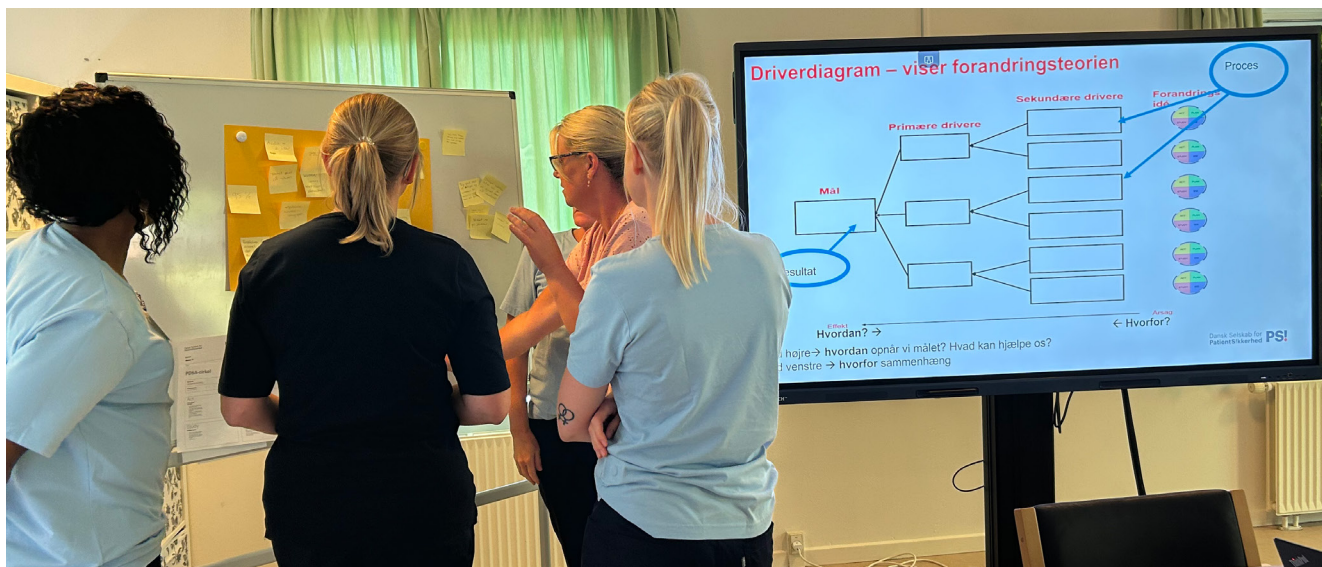
Udsagn fra Skelbakken i Region Sjælland:

- Vi har anvendt vores driverdiagram til at “holde kursen” og se hvor langt, vi egentlig er kommet.
- Det har været godt at kunne åbne driverdiagrammet, når vi sad lidt fast og tænkte, i hvilken retning vi nu skulle arbejde. Så vi har på en måde brugt vores eget driverdiagram som en guideline, eller idekatalog især i PDSA-arbejdet.
- Det har også kunnet bruges som “reminder” på, hvad målet var, og hvorfor vi arbejdede i den retning.

(Fra storyboard fra fælles læringstræf)



Eksempel på et driverdiagram fra de midlertidige pladser Egebo, Middelfart Kommune, hvor målet er ingen dispenseringsfejl i tre måneder.



Teamet i Allerød Kommune udarbejder et driverdiagram på et lokalt læringstræf.

Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? – Anvend data

Svaret på spørgsmål 2 i Forbedringsmodellen er at følge data, der siger noget om målet og dermed graden af målopfyldelse. Det har været nyt for alle enheder at følge processerne med data. Det har samtidig givet en helt anden dialog at tale ud fra en faktuel viden om egen praksis med kolleger og leder. Samtidig har det været en opgave at finde en proces for at indsamle data på en enkel måde, uden at dataindsamling blev en tung og tidskrævende opgave. Det aftales til hvem, hvor ofte og i hvilke fora, data formidles til leder og kolleger.

Det har ligeledes været et tema at formidle til kolleger, at baggrunden for indsamling af og anvendelse af data er med henblik på læring – og at der ikke er tale om kontrol

Det har været nyt for alle enheder at indsamle data på medicineringsprocesserne. Anvendelse af data har medvirket til en ændret kultur ved at tale med kolleger om, at dialogen sker på baggrund af faktuelle oplysninger. Det har også været en proces at tale om, at data anvendes til læring og ikke til kontrol. Fejringer, når et mål er nået, har skabt motivation og arbejdsglæde.

Eksempel på anvendelse af data

Vi arbejder mere målrettet og effektivt nu. Med data kan vi bedre spore os ind på, hvad der kunne være en løsning på udfordringerne, fordi vi tydeligere kan se mønstre omkring, hvor det går galt. På den måde er det nemmere at finde ud af, hvad det er for prøvehandlinger, vi skal sætte i gang, siger Christina Bro Nielsen.

(Fra artikel på patientsikkerhed.dk)

Det har gjort indtryk...

Hvor mange medicinadministrationsfejl vi havde – det var en øjenåbner. Troede helt sikkert, at 'mit' team var gode. Men det viste sig at være forkert. Men efter påbegyndelse af synliggørelse med patientsikkerhedskalender har det ændret sig markant

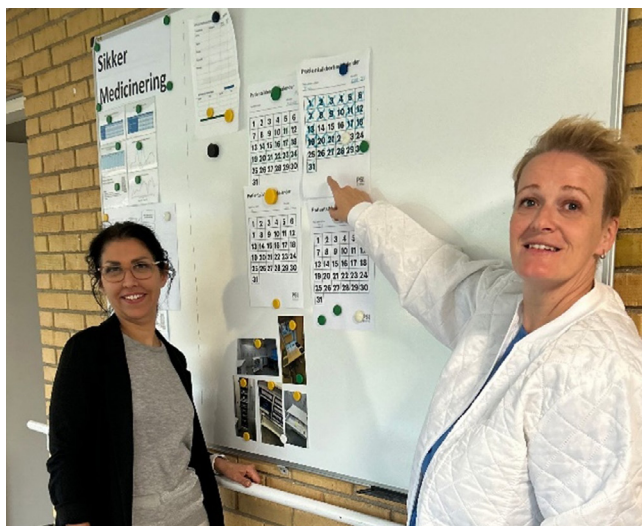
Anvendelse af patientsikkerhedskalender

Patientsikkerhedskalenderen er en måde at vise data på (bilag 5). Visningen er antal dage siden sidste hændelse, vist i en månedskalender, hvor man har defineret hvilken hændelse man følger, fx medicin ikke givet. Hver dag, hvor der ikke er en hændelse, sættes et grønt kryds. Ved en hændelse sættes et rødt kryds. Denne 'nu og her'-visning giver mulighed for umiddelbar opfølgning på den enkelte hændelse ved at afklare, hvad der skete og hvilke omstændigheder, der var til stede – og giver dermed mulighed for afprøvning af forslag til forebyggelse ved anvendelse af PDSA. Se metode, side 65.

Patientsikkerhedskalenderen hænger typisk i et lokale, hvor kolleger naturligt kommer og dermed ser status. I løbet af projektperioden har det været tydeligt, at forslag til forebyggelse er kommet spontant fra kolleger.

Anvendelse af seriediagrammer

Data følges gennem ugentlige stikprøver med henblik på at få hyppige målinger og følge udviklingen af målopfyldelse. Data følges løbende og viser, om processen går i den ønskede retning. Data bliver vist over tid i et seriediagram.

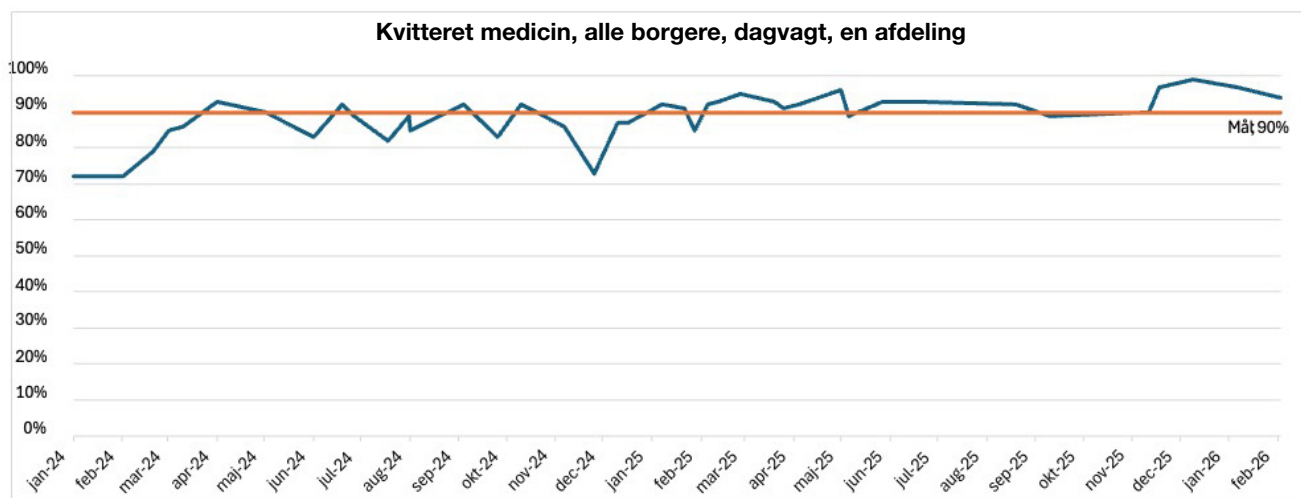


På midlertidige pladser i Hvidovre Kommune hænger tavlen med aktiviteter i Sikker Medicinering på gangen på afsnittet.

Det har gjort indtryk...

At vi kan se en forbedring i data. Tallene er 'ægte'. Data motiverer!

5



Grafen fra De midlertidige pladser i Slagelse Kommune viser dokumentation for kvitteret medicin.

Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?

Svaret på spørgsmål 3 er at afprøve ændringer, der leder frem mod målet. Afprøvninger sker i lille skala, og man følger, om de planlagte ændringer giver den forventede forbedring med brug af PDSA-cirklen. Første skridt er at stille det spørgsmål, vi gerne vil have svar på ved afprøvningen og at opstille en hypotese for, hvordan det vil gå. Afprøvning i lille skala betyder, at man afprøver en ændring hos én borger af én medarbejder i én vagt. Formålet er, at man hurtigt følger en effekt af en ændring.

I takt med der sker en læring og opbygning af viden i afprøvningerne, udvides afprøvninger til flere medarbejdere, afprøvninger i weekender og i alle vagtlag. På den måde kan man lære hurtigt, justere undervejs og sikre, at ændringer fungerer før de implementeres i større skala. Læring sker også gennem de afprøvninger, der går anderledes end forventet, hvor hypotesen for afprøvningen kunne forkastes.

Alle gode gange tre. Artikel PS! I artiklen fra Skovbakken, botilbud, Middelfart Kommuner, er der beskrevet hvordan enheden afprøvede forskellige muligheder for at indrette et egnet lokale. Først efter den 3. afprøvning blev den rette løsning for ændring i de fysiske rammer fundet. angående flere afprøvninger, inden den rette løsning blev fundet for ændring i de fysiske rammer.

Horsens Kommune erfarede, at det var for omfattende at påbegynde forbedringsarbejdet i alle tre huse, og holdt fast i at fokusere på et hus og løbende dele erfaringer med de to andre huse i et fælles samarbejde.

Anvendelse af PDSA-cirklen er en enkel måde at arbejde på. Samtidig er det en måde at arbejde på, der skal øves og læres, da vi er vant til at handle og beslutte – og ikke er vant til at gå ned i lille skala, for at se om en ændring sker ud fra den hypotese, vi har antaget. Ved de afsluttende lokale læringstræf har alle svaret, at de fortsætter anvendelse af afprøvning i lille skala.

Det har gjort indtryk...

Det kan være en stor hjælp og en nødvendighed at 'starte forfra'. Vi rullede alle tiltag tilbage og genstartede, efter en periode hvor vi følte, vi sad fast

At vi måtte trække bremsen og starte forfra. Vi gik for hurtigt frem

At man med få redskaber kan skabe forandringer, der er en forbedring

“Der er kommet en stor psykologisk tryghed på arbejdspladsen”

Ændret kultur og læring **6**

Ændret kultur og læring

Udsagn fra de deltagende enheder viser, at data er en væsentlig del af forbedringsarbejdet, og hvor afgørende det er at gå fra “synsninger” til et konkret sprog om praksis.

Den ændrede sprogbrug viser sig ved at gå fra, ‘at nu går det meget bedre’ og ‘vi er ikke gode til’ – til at have en dialog med kolleger og leder ud fra et faktisk grundlag.

Udover at indsamle data løbende, er der sket en intensiveret indsats for rapportering af utilsigtede hændelser (UTH'er) med henblik på læring gennem regelmæssig dialog blandt personalet og dermed skabe en ændret læringskultur.

En øget rapportering af utilsigtede hændelser (UTH'er) ses som en styrke af enhederne: “Vi leder ikke efter fejl, vi leder efter fund,” siger en deltager.

Eksempel på udsagn fra deltagere:

Det handler om at få vænnet personalet til og forklaret dem, at vi rent faktisk bruger det, de rapporterer, til noget aktivt. At deres rapportering kan skabe en reel forbedring for borgeren.

(Fra artikel om Skelbakken, Region Sjælland, på patientsikkerhed.dk)

Vi vil gerne have så mange utilsigtede hændelser rapporteret som muligt. Vores gennemgående tanke er, at de er der, uanset om de bliver rapporteret eller ej. Nu bliver der rapporteret flere fund. Stigningen er kommet på baggrund af en opmærksomhed på området, forklaring af at hændelserne bliver brugt til læring, og oplæring i hvad der kan registreres som en utilsigtet hændelse.

(Fra artikel om botilbuddet Lindebjerg, Assens Kommune, på patientsikkerhed.dk)

Det har gjort indtryk:

Hvor stor en psykologisk tryghed, der er kommet på arbejdspladsen i takt med det større fokus vi har fået på medicin og helhedsorienteret pleje. Det er okay at lave fejl. Vi kan alle lære af dem.

Hvor lang tid det tager at ændre en kultur

At opleve mine kolleger fra at være skeptiske over at skulle registrere tidstro til at gå op i det og klappe hinanden på skuldrene, når vi lykkedes med at have en 'grøn' dag. Det har skabt en fælles indsats og forståelse.

Hvor lang tid der skal til for at ændre nogle ting/rutiner

“Der kan være mange forstyrrelser under dispensering. Et roligt uforstyrret sted giver meget større ro.”

Fysiske rammer 7

Fysiske rammer

Det er unikt for dette projekt, at et af tre elementer i formålet er at forbedre de fysiske forhold i medicineringsprocessen. I projektet er der afsat midler til, at hver enhed kan få gennemført ændringer i de fysiske rammer, så rammerne medvirker til at understøtte sikker medicinering.

Processen har været, at enhederne indledningsvist har afdækket arbejdsgange i de eksisterende rammer og dernæst afprøvet, hvilke ændringer der vil give den forventede forbedring. Herefter er der sendt en dokumentation til PSI, hvor der beskrives de eksisterende rammer og de udfordringer de medfører, den planlagte ændring og de forbedringer, det forventes at medføre, et budget og aftale om at sende fotos før og efter ændringerne.

Ændringer i de fysiske rammer

Nedenfor kan du se eksempler på, hvad nogle af enhederne i projektet har ændret i de fysiske rammer, og hvilken betydning ændringen har haft for medicinsikkerheden. Der er eksempler fra tre botilbud og tre midlertidige pladser.

Allerød Kommune (midlertidige pladser)

Der var et meget lille væghængt skab til opbevaring af al borgers medicin: det aktuelle, PN, det der ikke anvendes, udgået medicin og det doserede. Det gav manglende overblik, risiko for unødigt ekstra bestilling af medicin og manglende overblik over den aktuelt dispenseret medicin.

Der blev indkøbt et medicinbord til hver stue. Bordet rummer plads til al borgers medicin, og administration sker hos borger. iPad kan placeres på medicinbordet.

FØR

Lille skab på borgers stue.



EFTER

Medicinbord til hver borgers stue.



Ringkøbing Skjern (midlertidige pladser)

Tidligere blev dispenseret medicin opbevaret i et skab i et lokale på gangen, hvor personalet skulle hente den dispenserede medicin. Det medførte forstyrrelser og forsinkelse i administration af medicin.

Der blev påsat lås på eksisterende skabe på borgernes stuer. Det betød, at den dispenserede medicin opbevares i skabet hos borgeren, og administration af medicin sker uforstyrret hos borger.

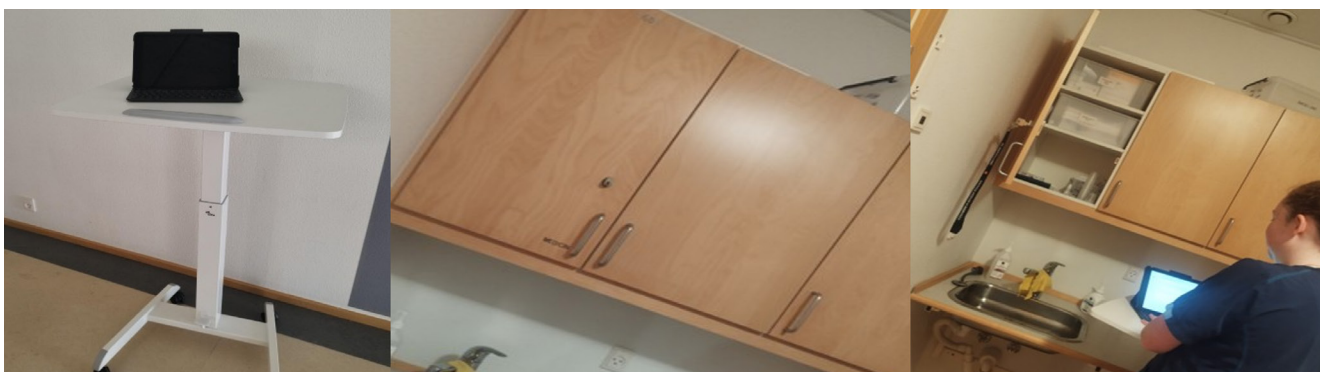
Dispenseret medicin opbevares i skab på gangen.



7

EFTER

Administration af dispenseret medicin hos borger.



Assens Kommune (botilbud)

Tidligere blev al medicin opbevaret i skab hos borger, hvilket gav manglende overblik over både den dispenserede medicin, aktuel medicin og PN-medicin. Forud for den ændring, der blev løsningen, havde der været aftaler om, hvordan medicin skulle opbevares i borgerens skab, men pladsen i skabet gjorde, at der hurtigt blev uorden.

Der blev fundet et egnet lokale i en central bygning, der sikrer ensartet opbevaring af medicin for hver borger. Indretningen giver plads til borgernes medicin og kun den dispenserede medicin opbevares i borgerens lejlighed. Medicinen bliver direkte leveret af apoteket til lokalet,



Skab i borgers lejlighed.



Det indrettede lokale med skabe med plads til borgernes medicin, plads til dispensering og adgang for apoteket, så medicin kan leveres direkte her.



Region Sjælland (botilbud)

Tidligere tog personalet dispenseret medicin med ind i fællesrummet, hvor administration af medicin foregik. Efter indkøb af en medicinvogn og administration af medicin inde hos borger har der i projektperioden ikke været utilsigtede hændelser med forveksling af medicin. Bærbar computer på medicinvognen gør, at personalet kan dokumentere tidstro. Før projektperioden var der fire utilsigtede hændelser med forveksling af borgeres medicin – den ene med indlæggelse som konsekvens.

Lokale til dispensering og medicin blev bragt til borgers stue.



EFTER

Administration af medicin hos borger – medicinbordet tages med ind til borger, hvor administration og tidstro dokumentation foregår.

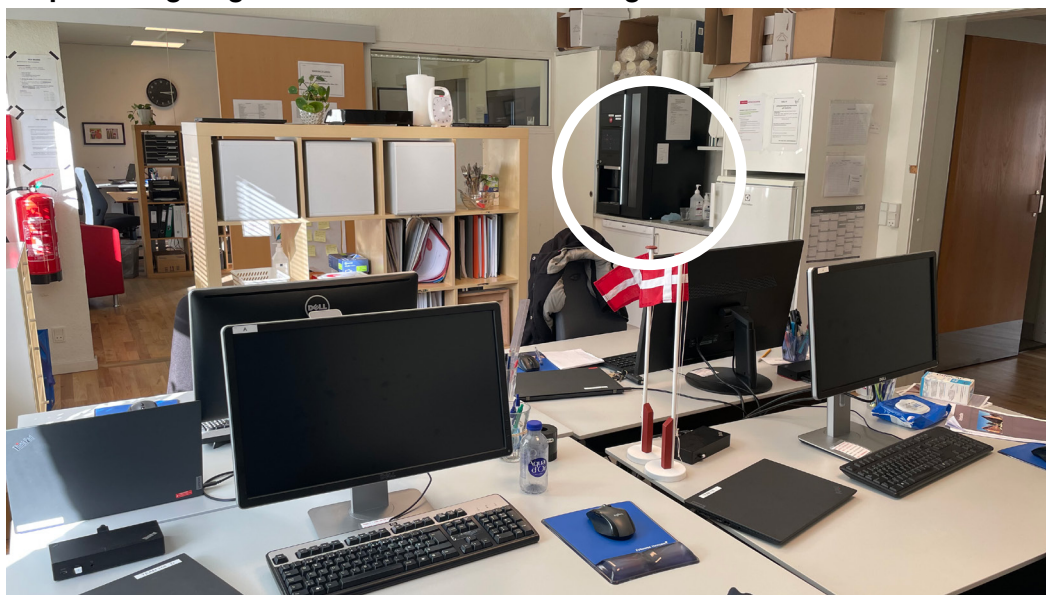


Silkeborg Kommune (botilbud)

Dispensering foregik i et lokale med kontorpladser. Der var planlagt en ny administrationsbygning, hvor der oprindeligt ikke var indtænkt et lokale til opbevaring og dispensering af medicin. Planen blev ændret, og der er indrettet et lyst lokale med plads til opbevaring af borgernes medicin og plads til uforstyrret dispensering.



Dispensering foregik i et kontorlokale med mange andre aktiviteter.



Administrativ bygning er indrettet med et lokale til opbevaring af alle borgeres medicin og dispensering af medicin.



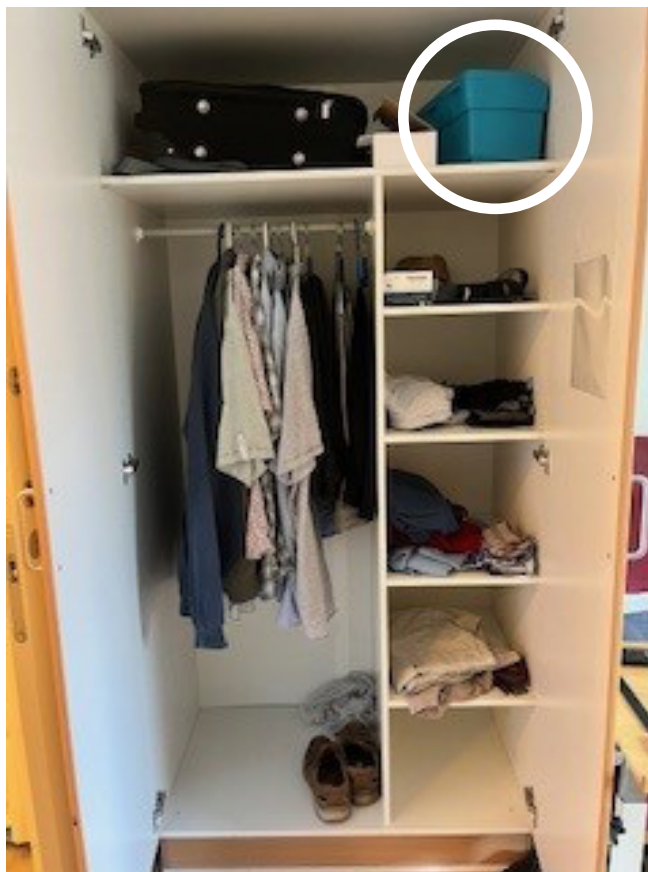
Middelfart Kommune (Midlertidige pladser)

Fra klædeskab til medicinvogn og dispensering et roligt sted uden afbrydelser. Under afdækning af problemet fandt man, at 14 ud af 22 forstyrrelser under dispensering kom fra personalet.

Indretningen med plads til dispensering er sket i eksisterende rammer, hvor borgerens medicinvogn køres ind til dispenseringsbordet, hvor der er bærbar computer og arbejdsgangsbeskrivelsen for dispensering.

Borgers medicin blev før ændringen opbevaret i skab på stuen, hvor borgeres tøj og personlige genstande også var. Risikoen var, at medicin blev overset og unødigt genbestilt. De fik borde, der indeholder al borgers medicin, også den dispense-rede medicin. Medicinbordet kan indrettes fleksibelt, afhængig af den enkelte borgers aktuelle medicin, herunder om der skal være plads til administration af fx insulin. Bordet står på borgers stue.

Borgers medicin blev opbevaret i skab på stuen. Boksen til opbevaring af medicin var for lille til at rumme al borgers medicin.



Der er et medicinbord til hver borger, som indeholder al medicin. Bordet står på borgers stue.



“Vi kan lære meget
af hinanden ved
vidensdeling”

Kommunikation

om projektet

8

Kommunikation om projektet

PS! har stor viden om og erfaring i betydningen af kommunikation om de igangværende forbedringsprojekter og -programmer.

Kommunikative virkemidler har betydning for aktivt at øge fremdrift og motivation i forbindelse med forbedringsarbejdet. Kommunikation både internt i organisationen og eksternt til medier og offentlighed kan anvendes strategisk til at skabe opmærksomhed, fokus og forandringsvilje.

I projektperioden er der til enhederne sendt 9 nyhedsbreve, og nyhedsbrevene har indeholdt 14 artikler. Erfaringer fra projektet er omtalt i 7 af PS!' nyhedsbreve.

Intern kommunikation

I projektperioden har projektledelsen fra PS! italesat betydningen af, at enhederne fortæller historien internt og til andre i kommunen.

At fortælle historien kan lyde enkelt – men det er ikke nemt. At fortælle historien indebærer, at

- Den skal findes
- Den skal fortælles

Det viser erfaringer fra dette projekt og også fra tidligere projekter. Erfaringen er, at 'det vi gør, det gør vi jo bare', 'det vi gør, er ikke noget særligt'. Det betyder ikke, at teamet ikke anerkender det gode arbejde, men der er et stykke vej til at tænke, at der er tale om en historie, der kan formidles til andre.

Så – når vi fra PS! siger, at det er enkelt, og at enhederne endelig skal fortælle deres historie – så er det i erkendelse af betydningen af den gode historie og samtidig en erkendelse af, at det er et arbejde at finde sin egen gode historie. Her er tale om en selvstændig disciplin og læring.

Når enhederne er blevet gjort opmærksom på, at andre kan have glæde af at høre om deres arbejde, er der stor beredvillighed til, at vi fra PS! bidrager med at fortælle historien.

De mange nyhedsbreve og artikler med fine eksempler på lokalt arbejde af forskellig karakter er at finde på PS! hjemmeside.

Find artiklerne på patientsikkerhed.dk/tag/sikker-medicinering.

Eksempel fra Slagelse Kommune

Artiklen fra de midlertidige pladser Blomstergården "Engagement, fokus og tålmodighed", hvor tovholder og teammedlem fortæller om arbejdet med at gå fra 28 % til 5 % manglende registreringer af given medicin, har givet anledning til kontakt til tovholder fra et af kommunens plejecentre. Til stor inspiration hos tovholder, lokalt team og leder. Aftalen om at påbegynde forbedringsarbejde på det pågældende plejecenter er ikke effektueret ved projektperiodens afslutning – ikke af manglende vilje, men ud fra konkurrerende opgaver. Så – stadig en plan, afledt af formidling af erfaringer.

Eksempel fra Assens Kommune

I forbindelse med at det nyetablerede lokale til modtagelse af, opbevaring af og til dispensering af medicin, stod færdigt, blev der afholdt en indvielse af lokalet. Af hensyn til de kolleger, der ikke kunne være til stede, var der sørget for 'Personale PN'.



Assens Kommune havde sørget for "Personale PN" til de kolleger, der ikke kunne deltage i indvielsen af det nye medicinrum.

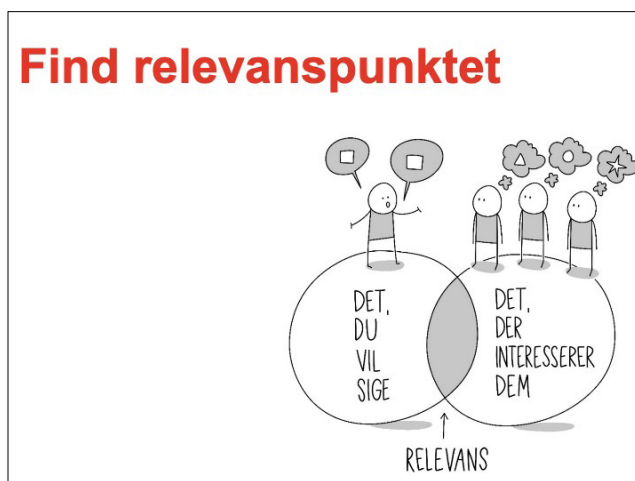
Fra projektledelsens side har vi anbefalet, at enhederne netværker på tværs. Enten fysisk eller via Teams. I en travl hverdag har det ikke været enkelt at få til at lykkes. Herunder et eksempel.



Netværk mellem to enheder fra Assens og Horsens Kommuner om udveksling af erfaringer om brug af Nexus Mobil.

Ekstern kommunikation

På sidste fælles læringstræf gav kommunikationschefen i PS! oplæg om kommunikation som driver. Et af budskaberne fremgår herunder og anvendes i forbindelse med at finde kernen i egen fortælling. Illustrationen viser, at vi har så meget på hjerte, og opgaven er at finde frem til, hvad der har relevans for modtageren.



Allerød Kommune blev kvalitetstavlen vist under et besøg fra den regionale enhed i forbindelse med besøg afledt af ændret organisering for midlertidige pladser pr. 2027.

I Hvidovre Kommune deltager Svendebjerghave i et læringstræf i kommunen, hvor enheder deltager med egne forbedringsprojekter, og hvor Svendebjerghave formidler deres erfaringer fra projektperioden.

Til International Forum on Quality and Safety in Healthcare i 2026 er der optaget en 'poster' om erfaringer fra Sikker Medicinering. Titlen på posteren er: "Right medicine at the right time – in the right environment? – The importance of interior design for patient safety". Posteren er vist på konferencen i marts 2026 (se bilag 7).

“Viden skaber sikre
arbejdsgange”

Kompetenceudvikling 9

Kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling har to ben, dels kompetenceudvikling i viden om medicinering, forestået af lokale apoteker i et samarbejde med Apotekerforeningen og dels at skabe sikre arbejdsgange i sikker medicinering.

Viden om medicinsikkerhed

Et af formålene i projektet er at kompetenceudvikle personalet i forhold til medicin og medicineringsprocessen.

Kompetenceudvikling i viden om medicinsikkerhed er adresseret ved undervisning fra et apotek i hver kommune. Undervisningsmaterialet er udviklet af Apotekerforeningen, og alle apoteker har anvendt dette undervisningsmateriale. Hver enhed har fået tilbudt fem undervisningsdage til 20 personer.

Indholdet har været tre dage med undervisning i generelle principper om medicinsikkerhed, og derudover har hver enhed haft to undervisningsdage med specifikke emner, hvor indhold er valgt afhængig af lokalt behov på baggrund af borgerklientellet.

Fra projektets side har det været anbefalet, at deltagelse i undervisningen er tværfaglig, og ligeledes at tovholder eller anden central person deltager mhp. at få viden om kollegers refleksioner og spørgsmål i løbet af undervisningen og dermed opnå et fælles fundament og fælles sprog.

Planlægning af undervisningen skete i et samarbejde mellem underviser og tovholder fra enheden, i form af at underviser besøgte enheden og så de fysiske rammer og havde en dialog med tovholder om de typiske præparater, som beboerne er medicineret med. Underviser har derudover modtaget de lokale vejledninger for medicinering.

Eksempel fra Horsens Kommune

Horsens Kommune har planlagt en proces for lokal kompetenceudvikling. Program er påbegyndt ved afslutningen af projektperioden. Der skal ske en fast tilbagevendende undervisning i medicin og anvendelse af nexusmobil og forståelsen bag vigtigheden – 1 gang i måneden i 2 timer. Det skal være et fokus på hvert personalemøde, som er forlænget med en halv time, og et fokus i de enkelte teams.

Viden om at skabe sikre arbejdsgange

Et af de tre formål for projektet er at understøtte implementeringen af sikre arbejdsprocesser og arbejdsgange i forhold til medicinering ved anvendelse af Forbedringsmodellen.

Formålet er gennem projektperioden adresseret ved anvendelse af Forbedringsmodellen. Grundlaget for at opnå formålet er at skabe sikre arbejdsgange for sikker medicinering i alle elementer af medicineringsprocessen. Erfaringer og resultater er vist løbende.

Uddannelse som forbedringsagent

I den sidste del af projektperioden blev det muligt, at hver enhed kunne tilmelde en person til uddannelsen som forbedringsagent i form af, at uddannelsen udbydes til en brugerbetaling på en tredjedel af den ordinære pris.

Fem af de ti enheder har valgt at anvende denne mulighed for at skabe lokale kompetencer i forbedringsarbejde.

“Når kollegerne
forstår de ændringer,
der sættes i værk, er
arbejdskulturen
nemmere at ændre”

Implementering og fastholdelse **10**

Implementering og fastholdelse

Et led i at anvende Forbedringsmodellen er at fastholde de gode resultater og de sikre arbejdsgange. Her er tale om de ændrede arbejdsgange, der har ført til de planlagte forbedringer, vist gennem data og historier fra kolleger.

På det afsluttende fælles læringstræf, fem måneder før afslutning af projektet, indgik oplæg om emnet og enhederne havde tid til at lægge lokale planer for fastholdelse, implementering og spredning. Definitionerne på de tre dele er:

Fastholdelse

- Ikke skride tilbage på tidligere tiders niveau

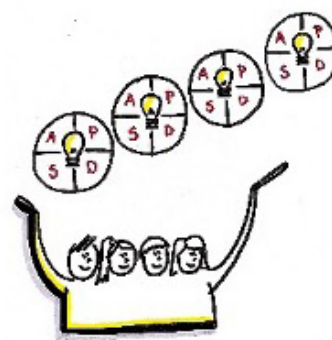
Implementering

- Hele ens enhed/alle huse/alle afdelinger tager forbedringstiltaget til sig
- Styrke fokus på hvordan – ikke kun på hvad

Spredning

- Forbedringstiltaget spredes til en ny enhed

Fastholdelse, implementering og spredning har også været et tema på de afsluttende lokale læringstræf, der er afviklet i slutningen af 2025 og primo 2026. Det aktuelle for alle enhederne er fastholdelse og implementering. Principper for spredning er gennemgået mhp., at enhederne er klar over de nødvendige overvejelser i forbindelse med at lægge en plan for spredning på et senere tidspunkt.



Afprøve idéerne lokalt og implementer det, der virker

Eksempler

Herunder ses planer for fastholdelse og implementering for nogle af enhederne.

Hvidovre Kommune

Projektet har været initieret på en af fire afdelinger på midlertidige pladser, Svendebjerghave. Erfaringer bringes ved projektafslutningen videre til næste afdeling, der har den samme leder. Eftersom der løbende er talt om projektet og indsætterne, er det forventningen, at denne implementering bliver enkel. Næste skridt er implementering på de øvrige to afdelinger.

Allerød Kommune

De sikre arbejdsgange for dispensering og administration fortsættes og erfaringerne for at skabe sikre arbejdsgange anvendes ved projektets afslutning på sikker effektevaluering af PN-medicin. Ved projektafslutning er der sat mål for indsatsen og udviklet et driverdiagram og en plan for dataindsamling.

Slagelse Kommune

Projektet har været initieret på en af to afdelinger på midlertidige pladser, Blomstergården. Erfaringer bringes videre til den anden afdeling, der har den samme leder. Der er løbende talt om projektet og indsatserne, personalet vikarierer på begge afdelinger, og erfaringer og resultater er formidlet løbende. Næste skridt bliver at formidle erfaringer og påbegynde forbedringsarbejde på et af kommunens øvrige plejecentre, hvor tovholder på dette projekt også har funktion som udviklingssygeplejerske, og hvor der er initieret en kontakt efter omtale i et af projektets nyhedsbreve.

Region Sjælland

De sikre arbejdsgange med administration af medicin inde hos borger formidles til de tre øvrige huse med anvendelse af medicinvogn, og hvor administration af medicin foregår på borgers stue, hvor dispenseret medicin er opbevaret i skab på borgers stue.

Horsens Kommune

På botilbuddet har indsatserne i projektperioden været koncentreret om et af tre huse. De sikre arbejdsgange formidles til de øvrige to huse gennem et tæt samarbejde mellem de medicinansvarlige i alle tre huse og den koordinerende sygeplejerske og de lokale ledere.

“Konstant fokus er afgørende. Rammer og organisering kan understøtte kulturforbedringsarbejdet”

Anbefalinger til varig effekt og spredning **11**

Anbefalinger til varig effekt og spredning

Den overordnede anbefaling er at sikre, at forbedringsarbejdet bliver en naturlig del af den daglige drift, og ikke fremstår som et særskilt projekt – dette er vejen til varig effekt.

Herudover er der følgende anbefalinger, der skal medvirke til at sikre, at indsatsen bliver en succes:

- Etabler en lokal forbedringsgruppe med bred faglig repræsentation og fast mødefrekvens for dataopfølgning og handling.
- Involver alle medarbejdere – ikke kun projektteamet, men hele personalegruppen inkl. afløsere – så alle får ejerskab.
- Gør data brugbare og synlige – både for ledelse og personale – og brug dem til at tale om praksis med henblik på læring.
- Opbyg kompetencer til forbedringsarbejde
- Ledelsesopbakning og -involvering er afgørende: Ledelsen skal skabe tid, allokere ressourcer og kommunikere vigtigheden af forbedringsarbejdet.
- Overvej spredning, når stabilitet er opnået i en afdeling/enhed – undgå at fremskynde udrulningen – og afvent stabile data.

“Det er vigtigt, at den medarbejder, der er tættest på opgaven, bidrager og fremmer vores udvikling”

Konklusion 12

Konklusion

Projektet Sikker Medicinering har skabt et stærkt fundament for at forbedre medicinsikkerheden på botilbud og midlertidige pladser.

Ved at kombinere kompetenceløft, forbedring af de fysiske rammer og standardisering af arbejdsgange – samt ved at arbejde datadrevet og med vedvarende fokus på læring – har de deltagende enheder opnået markante forbedringer. Engagementet blandt medarbejderne er styrket, og erfaringerne viser, at det er muligt at vende kurven for medicineringsfejl – også i komplekse rammer.

Det særlige for projektet er, at det har afdækket, hvordan de fysiske rammer har afgørende betydning for, hvad der skal til, for at understøtte sikker medicinering.

For at lykkes fuldt ud og sikre varig effekt samt bredere udbredelse, er det vigtigt at fastholde arbejdet i drift, sikre ledelsesforankring og medarbejdererskab – og at fortsætte med at følge data, skabe læring og justere undervejs.

Investering i systematisk forbedring af medicinsikkerheden skaber sikkerhed for borgerne og bidrager også til at øge borgernes værdighed og medarbejdernes tryghed og arbejdsglæde – hvilket er i fuld tråd med projektets formål. Dette viser også, at patientsikkerhed og personalets trivsel er to sider af samme sag.

Litteraturliste 13

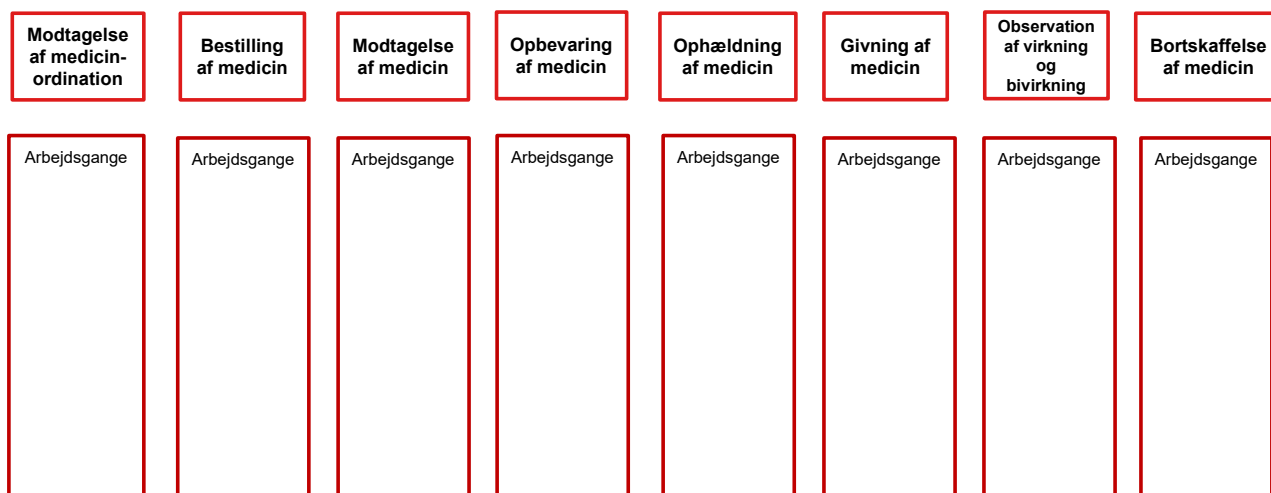
Litteraturliste

- 1) Dansk Selskab for Patientsikkerheds
hjemmeside: patientsikkerhed.dk
- 2) Korrekt håndtering af medicin. Et værktøj for
plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje,
bosteder m.v. Ansvar, sikkerhed og opgaver.
Styrelsen for Patientsikkerhed. 4. udgave, juli
2025

Bilag 14

Bilag 1: Medicinproces, samlet

Medicinprocessen



Bilag 2: Årsagsanalyse

Hvad vil vi undersøge:										
										Andet

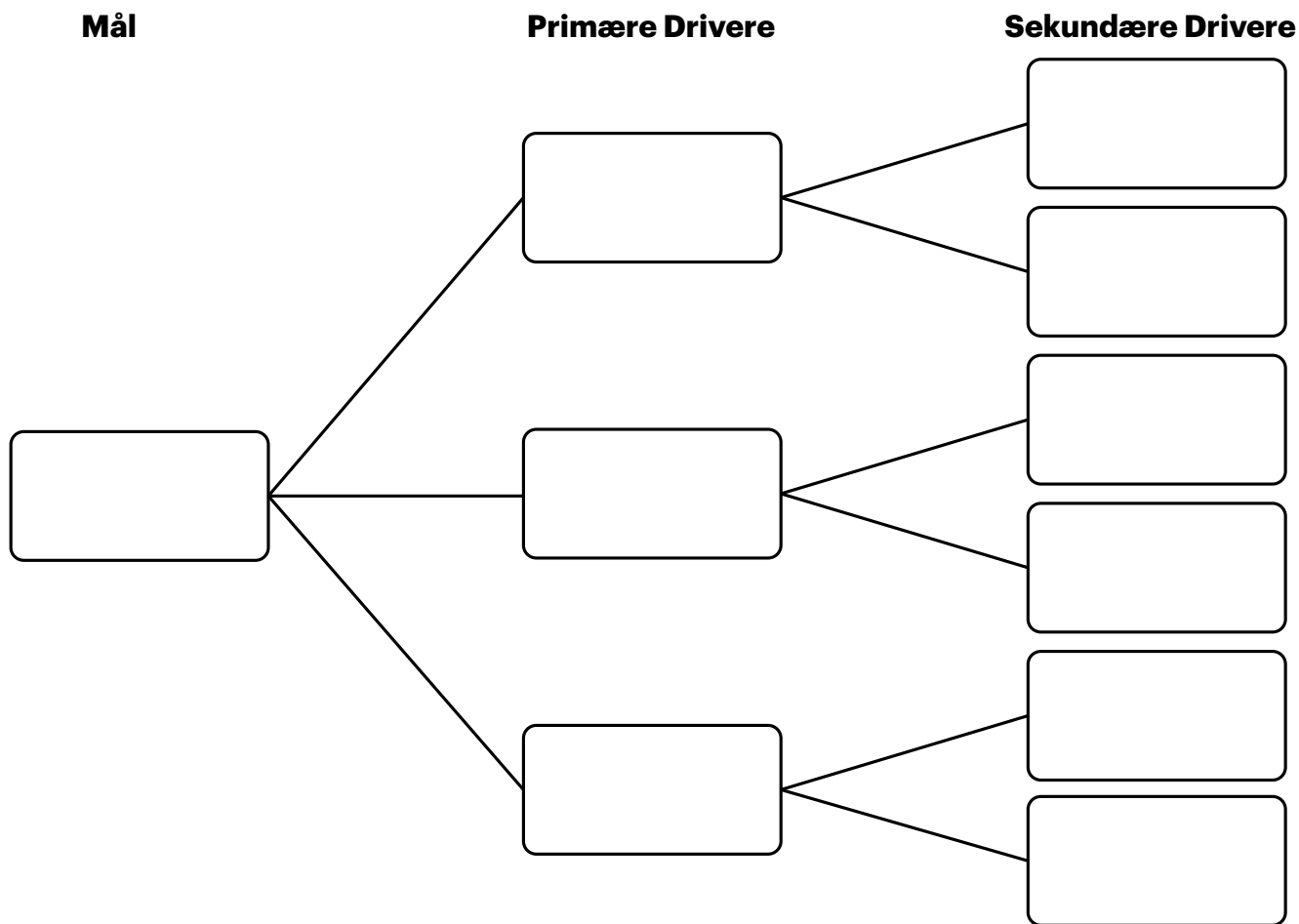
Patientsikkerhedskalender

Dage siden sidste medicineringsfejl med kontakt til:

Måned/år

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

Driverdiagram



Bilag 6: PDSA-skema

PDSA-cirkel

Spørgsmål: Hvilken idé/ændring ønsker vi at afprøve? Hvilket spørgsmål vil vi gerne have svar på?	
Arbejdshypotese: Hvilket svar forventer vi?	

PDSA-cirkel nummer:	
Ansvarlig person:	

<h3>Act</h3> <p>Næste skridt besluttet</p> <ul style="list-style-type: none">• Er der behov for at tilpasse den afprøvede ændring?• Er der behov for en ny afprøvning under andre omstændigheder eller betingelser?• Medfører denne PDSA-cirkel behov for en ny cirkel? (Fortsæt med et nyt arbejdsskema)• Eller bør ændringerne forkastes, fordi de ikke virker efter hensigten?	
---	--

<h3>Plan</h3> <p>Planlæg afprøvning og indsamling af information</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvem?• Hvad?• Hvor?• Hvornår?	
--	--

<h3>Study</h3> <p>Analyser og lær</p> <ul style="list-style-type: none">• Sammenlign resultatet af afprøvningen med arbejdshypotesen• Skriv et par stikord om, hvad afprøvningen viste. Gik det godt? Hvad gik ikke som forventet? Hvorfor?• Hvad lærte I?	
---	--

<h3>Do</h3> <p>Udfør afprøvningen</p> <ul style="list-style-type: none">• Kan det planlagte gennemføres, og har det den forventede effekt? Beskriv, hvad der faktisk skete under afprøvningen• Beskriv uforudsete problemer og uventede hændelser, der kan bidrage til læring• Noter eventuelle resultater eller data, der er samlet ind i forbindelse med afprøvningen	
--	--

Right medicine at the right time in the right environment?

Findings: How interior design creates barriers to safe medication workflows. Strong use of data for improvement. Creating a learning culture.

Improving patient safety in medication in different community care facilities, addressing the risk of interior design.

A Danish national program.

Background

Our work was carried out in 10 units, in two community care facilities in a national program.

Patients and residents are vulnerable, often multi-medicated, and not always stably medicated.

The physical environment was not designed for complex medication workflows - posing significant risks to patient safety.

Method

Model for Improvement, building on the Collaborative model.

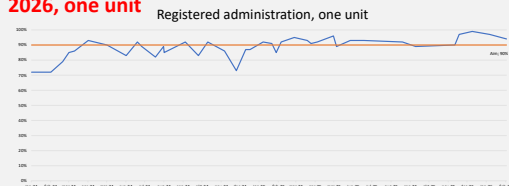
Onsite learning

Identifying and focusing on system redesign.

Building safe workflows in each part of the medication process.

Findings, examples:

Aim: 90 % registered administrations. Jan 2024 - Feb 2026, one unit



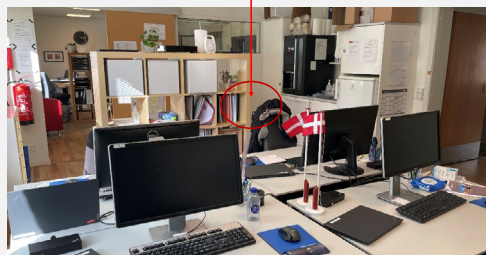
Days between dispensing errors, one unit



Example of redesign

Rebuild and redesign, dispensing

Before:



After:



Message for others

- Interior design is a system-level patient safety intervention
- Redesign medication system at the point of care
- Redesign using small scale testing
- Leadership close to staff

Contact:
Inge Kristensen
ik@patientsikkerhed.dk



PSI Dansk Selskab for PatientSikkerhed
Danish Society for Patient Safety



Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Frederiksberg Hospital
Vej 8, indgang 1, 1 sal
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg