

FMK- den omstillingsparate læge

Forskningstræning

**Hold 26
2. juni 2015**

**Cathrine Engelbrecht Johannessen
Sandra Carina Schou Holm**

Abstract

Introduktion: Vi vil i dette studie belyse, hvilke udfordringer de praktiserende læger selv mener, at de står overfor efter indførelsen af Fælles Medicinkort (FMK) samt, hvordan det udtrykkes i den kliniske hverdag i en tid, hvor kvalitetskrav står højt på dagsordenen.

Metode: Semistruktureret interview med 6 informanter. Tematisk analyse af transkriberede interviews.

Resultater: 4 følgende undertemaer: 1) Meningsgivende og kvalitetsforbedrende, 2) Ansvarsplacering, 3) Inadækvat implementering/modstand og 4) Softwareproblemer vs den menneskelige faktor danner grundlag for kernetemaet den omstillingsparate læge. Der ses en overvejende positiv tilgang til FMK til trods for udfordringer i forbindelse med implementeringen.

Konklusion: I dette studie har vi taget udgangspunkt i FMK, men aktuelt foreligger der stigende grad af kvalitetskrav til primærsektoren fx akkreditering. Her kommer ambivalens mellem realiteten og idealet til udtryk.

Vi finder det relevant, at man i en implementeringsfase inkluderer veldefinerede, konkrete arbejdsgange og ansvarsfordelingsbeskrivelser.

Introduktion

Fælles Elektronisk Medicinkort blev igangsat i 2009 via en ABT-bevilling¹. Formålet med FMK er, at øge patientsikkerheden. Mange medicineringsfejl opstår på grund af manglende overblik over patienternes samlede medicinering, og dette er specielt et problem ved sektorovergange. FMK skal sikre, at relevante behandlere, foruden patienten selv, har adgang til korrekte og opdaterede medicinoplysninger.

I maj blev bekendtgørelsen for FMK vedtaget, og heri er beskrevet hvilke faggrupper og personkredse, der har adgang til FMK, samt hvilke rettigheder og pligter, der er knyttet hertil. FMK er i dag implementeret i primær- og sekundærsektoren.

I Rigsrevisionens rapport 2014ⁱ fremgår det, at der medio 2014 er en høj anvendelse af FMK på sygehusene og hos praktiserende læger, men at det ikke er dækkende for fuld anvendelse. Det fremgår endvidere, at man ikke har sikret væsentlige forudsætninger for en succesrig implementering af FMK. Her nævnes mangelfuld oprydning i medicinkort samt mangelfuld oplæring af brugerne, hvilket fører til ikke korrekt anvendelse af FMK. Vi vil i dette studie belyse, hvilke udfordringer de praktiserende læger selv mener, at de står overfor efter indførelsen af FMK samt, hvordan det kommer til udtryk i den kliniske hverdag i en tid, hvor kvalitetskrav står højt på dagsordenen.

Metode

Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning udmærker sig ved at lægge vægt på informanternes ord og betydning heraf. Man undersøger et fænomens væsen ved at identificere sammenhænge og forskelligheder i informanternes beskrivelser. Der vælges at lægge vægt på ord i stedet for tal.

Der fokuseres på at forstå fænomenets betydning for informanten, og det er muligt at gå i dybden med, hvordan informantens opfattelse af fænomenet påvirker deres adfærd. Ydermere er det essentielt at belyse, i hvilken kontekst informanten arbejder samt, hvilken betydning denne kontekst har for hans eller hendes handlinger. I det kvalitative studie fokuseres derfor på et mindre antal individuelle og udvalgte informanter i stedet for at samle information fra en større mængde informanter, og aggregere data og statistisk, som man vil gøre i et tilsvarende kvantitativt studie.

I det kvalitative studie er der mulighed for at identificere uventede fænomener og eventuelt skabe nye teorier og hypoteser, der kan kaste nyt lys på et givet fænomen.

Forskningen kan derfor have en udforskende karakter, hvor man ikke på forhånd definerer en forudbestemt hypotese, der enten bekræftes eller afkræftes, som ved de kvantitative studier.

I det kvalitative studie fokuseres på selve processen, som informanterne gennemgår. Resultatet er også relevant, som ved kvantitative studier, men det står aldrig alene, som resultat i det kvantitative studie - Resultatet vil altid være en forenet analyse af processer og resultater. På den måde øges muligheden for at identificere kausale forklaringer på et teoretisk niveau, som derefter evt. kan efterprøves ved hjælp af kvantitative metoder.

I det kvalitative semistrukturerede interview skabes der et rum, hvor informanterne tilbydes at fortælle om egen

¹ Digitaliseringsprogram støttet af fonden for velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden).

oplevelse af fænomenet. Oplevelsen bygger på informanternes viden på området, erfaringer fra dagligdagen og fordele og ulemper direkte relateret til konteksten, som de arbejder i.

Ved at skabe plads til fri tale i interviewet øges muligheden for at blotlægge eventuelle uventede fænomener og overvejelser, og derved udvikles "forskerens" viden løbende. "Forskeren" fastholder altså en lydhør position, hvor åbenhed over for at lære noget nyt er essentielt i relationen.

Informanterne er udvalgt på en måde, der fordrer en meningsfuld variation af informanternes oplevelser af fænomenet. I modsætning til det kvantitative studie, hvor man forsøger at "ensarte" informanterne for at skabe statistisk optimering.

Alle interview transskriberes efterfølgende og kodes ud fra de temaer, der udspiller sig. Der laves en tematisk analyse af det transskriberede data. Alle informanterne er anonymiserede.

Den kvalitative metode huser både fordel og ulemper. Af fordele kan benævnes, at informantens svar er troværdige, da informanten er i centrum, og man har mulighed for at omformulere og uddybe spørgsmål og svar. Det giver en optimeret helhedsforståelse for det undersøgte fænomen.

Af ulemper kan nævnes det tidsmæssige aspekt. Det er meget tidskrævende at interviewe informanterne, transskribere materialet og kode det, og derfor vil det sjældent være muligt at inddrage et stort antal informanter. Kodning af data er meget ressourcekrævende. Der er en risiko for, at forskeren kan påvirke informanternes svar ud fra hvilke spørgsmål, der stilles og hvilke kommentarer, der yres. Derfor er det vigtigt, at forskeren reflekterer over sin egen rolle og er åben over for uventede ytringer fra informanterne, så det ikke blot er forskerens forforståelse af emnet, der bekræftes.

Design og analysemetode

Studiet bestod af kvalitative semistrukturerede interviews til afdækning af de praktiserende læges oplevelse af FMK.

Der er udvalgt 6 praksis i Ålborg by. 2 solopraksis, 2 praksis med 2-3 læger og 2 praksis med 4 eller flere læger for at få repræsentanter fra forskellige typer af praksis i tale. Vi ville gerne undersøge, om praksisstørrelse kan spille en rolle fx i forhold til holdningen til FMK, lægernes viden om FMK og overskud til implementering af FMK i hverdagen. De valgte informanter er valgt i forsøg på at belyse de forskellige variationer med fokus på forskellige oplevelser af samme fænomen. Gruppen af informanter består af både nystartede praktiserende læger, praksiskonsulenter inden for kvalitetsenheden i region Nordjylland og praktiserende læger, der ikke er involverede i hverken kvalitetsarbejde eller efteruddannelse af yngre læger. Ved at interviewe praktiserende læger med meget forskellig baggrund og forskellige interesseområder forventes bred variation. Informanterne fordelte sig med 5 mænd og 1 kvinde. Da vores sample ikke var tilstrækkelig stort til, at vi kunne udtale os om kønsforskelle, og køn derfor ikke var en del af vores undersøgelse, tillod vi en skæv kønsfordeling blandt informanterne. Aldersfordelingen på informanterne var 35-58 år.

Vi foretog interview efter en i forvejen udarbejdet interview-guide (bilag 1). Emnerne i interview-guiden var informantens oplevelse af meningsfuldhed ved brug af med FMK og deres holdning til at være ansvarlig i forhold til gældende regler. Vi undersøgte desuden lægernes oplevelse af fordele, forhindringer, ulemper og udfordringer, om FMK er stress-provokerende, og om det påvirker identiteten som læge. Begge medforfattere foretog interview. Interviewene varede mellem 15-30 min, og blev optaget på diktafon og transskriberet. Informanterne er anonymiserede.

Interviewanalysen tog udgangspunkt i en tematisk analyse, som er en grundlæggende analysemetode inden for kvalitativ forskning, som er umiddelbar tilgængelig for forskere, der vil lave en analyse med fokus på, hvad der siges i interviewet og dermed indholdet i interviewdata.

De resultater, der er opnået fra de seks interviews er senere sammenholdt med artikler, der berører implementering af FMK i sekundær sektoren i Danmark, samt et svensk studie der har undersøgt primærsektorens holdning til ansvar for afstemning af fælles medicinkort. Vi har søgt efter litteratur på Pub Med, Embase, UpToDate og Ugeskrift for læger. Der er anvendt søgeord FMK, fælles og medicinkort, medicin og gennemgang, medicin og afstemning samt shared medication record. Efter at have frasorteret debatindlæg samt frasorteret artikler fra lande, der ikke kan sammenlignes med den danske primærsektor, er vi endt med 3 artikler. Der er endvidere taget udgangspunkt i Rigrevisionens rapport fra 2014, der omhandler problemer med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort.

Resultater

Den omstillingsparate læge

Lægerne fungerer i en hverdag, hvor omstillingsparathed er essentielt og yderst forventet både ud fra lægens egen definition af sig selv, men også i høj grad fra omverdenen. Vi har identificeret fire gennemgribende temaer, der belyser den praktiserende læges opfattelse af FMK i den kliniske hverdag. Ud fra vores interviews har vi således fundet, at lægerne generelt har en selvforståelse af at være omstillingsparate, som et indiskutabelt grundvilkår med en deraf følgende villighed til at implementere ny viden og ny teknologi i hverdagens møde med patienten for at sikre en optimal behandling. Vi fandt at denne omstillingsparathed i praksis ofte er forbundet med ambivalente følelser. Foruden at identificere lægens omstillingsparathed som overordnet tema i lægernes fortællinger, identificerede vi også fire væsentlige undertemaer, der havde betydning for lægernes opfattelse af FMK: 1) Meningsgivende og kvalitetsforbedrende, 2) Ansvarsplacering 3) Inadækvat implementering/modstand og 4) Softwareproblemer vs. den menneskelige faktor.

1) Meningsgivende og kvalitetsforbedrende

Temaet dækker over en stor forståelse for meningen med FMK på sigt og en lydhørhed over de positive forbedringer i form og synliggørelse som FMK afstedkommer. Det drejer sig om synliggørelse af fx indtil nu skjulte UTH², som man uden FMK ikke har haft en mulighed for at opdage. Således fremmer det kvaliteten af lægens kliniske arbejde og optimerer sandsynligheden for at udbedre "fejl", der kunne skade patienten og resultere i uhensigtsmæssige patientforløb.

Fem ud af seks læger udviste ovennævnte holdning, hvor det langsigtede positive perspektiv er mindre irritationsmomenter overlegent.

Mads: "Her kan jeg faktisk se meningen på sigt, og det er jo også det, der gør, at det ikke påvirker mig negativt"

Lars: "Så det afstedkommer et stykke arbejde, som for mig at se, kunne risikere ikke at være røget ud af busken tidligere. Så det er jo ikke FMKs skyld, det er hele behandlingsusikkerheden. Så det bringer noget UTH frem, som man så må tage vare på og det er vel ret sigende for sådant et redskab, at det ikke altid er selve produktet selv, man kan beskyldes for en tidsrøver. Det er i virkeligheden problematikken omkring patienten, der bliver synliggjort" 7) FMK kan anvendes som en medhjælp, der skaber overblik og systematik uden at det er på bekostning af patientrelationen. En praktiserende læge fremhæver at FMK er midlet, hvormed UTH'er kan synliggøres. Der pointeres, at der i det kliniske lægearbejde altid har og altid vil forekomme en vis behandlingsusikkerhed. FMK faciliterer blot overblik og dermed synliggørelse af denne problematik.

Lotte: "Altså FMK er jo ikke anderledes, vi prøver jo bare nu at dokumentere det, vi altid har gjort... men i dag er det blevet mere synligt og at vi hele tiden skal sørge for at opdatere tingene, fordi vi har nogle kollegaer andre steder i sundhedsvæsenet, som skal bruge de samme oplysninger og arbejde i de samme kort"

Lars: "Jeg kan godt lide det, at der er en digitalisering af tingene... Der er en ambition om, at dette er systemet, der sikrer patienten for vished for, hvad der foregår"

2) Ansvarsplacering

Dette tema refererer til problematikken omhandlende, hvilken læge, der har ansvaret for hvilke ordinationer i FMK og ajourføring af FMK³.

Sundhedsstyrelsen har i en bekendtgørelse fra 2014ⁱⁱ detaljeret beskrevet hvilke faggrupper og personkredse, der har adgang til FMK samt hvilke rettigheder og pligter, der er knyttet til de enkelte faggrupper. FMK's tilblivelse har resulteret i megen tvivl og diskussion omkring ansvarsplacering både på overordnet plan og i talrige konkrete patientkontakter.

Peter: "Jeg kan ikke sidde og være ansvarlig over for et eller andet antipsykotisk middel, jeg slet ikke kender og som psykiateren har hældt i en af deres patienter... Jeg har ansvaret for det, jeg står for. Det er min del og det er langt det meste".

² Utilsigtede Hændelser.

³ Tidligere benævnt afstemning.

Lægens bekræftelse af at de aktuelle lægemiddelordinationer på FMK afspejler den aktuelle medicinering på ajourføringstidspunktet

Ovenstående citat afspejler også yderligere problematik omkring tværsektorielt samarbejde. Her føler den praktiserende læge Peter, at han bliver pålagt at stå til ansvar for noget, han ikke fagligt nødvendigvis kan stå inde får. Endvidere er der usikkerhed i forhold til samarbejdspartneres kompetencer, der resulterer i en mere generel usikkerhed omkring kvaliteten af data i FMK.

Henrik: "Ja, og nu peger pilen mod sygehusene og så skal vi jo også være bedre til at ajourføre disse medicinkort ude fra almen praksis. Og ajourføre det er vi jo ikke altid lige gode til, siger de jo derinde" (red: sygehuslægerne).

Der pointeres hermed også, at de selv i primærsektoren heller ikke opnår at udføre opgaven til fulde.

Lars: "Så er der den kæmpe risiko, at man tillægger det for stor validitet og det skal man da, det er vi jo vant til at dobbelttjekke ting og det er godt nok. Men man glæder sig da til, at kommunen kommer rigtig med på det og at det bliver mere og mere noget, der er afstemt inde fra sygehusene. Fordi ellers er det jo en falsk tryghed".

Anders giver udtryk for en vis usikkerhed omkring ajourføring og gennemgang af FMK og hvad sundhedsstyrelsen helt konkret vil betragte som åbenlyse fejl. Der er endnu ikke afgjorte klagersager på dette område.

Anders: "Hvad er graverende fejl?" Det er indtil der begynder at falde nogle sager, at du får pisset af, hvor går grænsen for noget, du skulle have set... Det er der ikke nogle af os, der ved endnu".

Alle de medvirkende praktiserende læger gav udtryk for en følelse af at ansvaret, selvom det burde være ligeligt delt, helt overvejende blev placeret på deres skuldre.

Henrik: "Det skulle jo helst være et fælles ansvar, men nu ved jo godt at dele ansvaret i to, så der er 10 % til hver. Så her er den landet med 99 % til praktiserende læge".

Desuden benævnes også det økonomiske og tidsmæssige aspekt, der følger med ansvaret. Der udtrykkes et ønske om at blive anerkendt og respekteret for sit arbejde.

Alle pointerer dog at den, der trykker på ajourføringsknappen har ansvaret og den læge, der trykker på knappen bør være den, der sidst har haft kontakt med patienten.

3) Inadækvat implementering/modstand

Temaet dækker over en kompleks og problematisk opstartsfasen, hvor alle praktiserende læger beskriver frustration over mangelfuld software og ikke veldefinerede arbejdsgange. Disse frustrationer gav og giver stadig anledning til vigende ansvarsfølelse og modstand mod FMK.

Anders: "Jeg tror ikke, at man har gjort sig klart, hvem man skal sætte til at lave tingene, inden man kastede projektet i søen. Man har været naiv omkring det"

Anders: "Jeg tror, man har været en lille smule naiv omkring projektets størrelse. Og jeg tror, man har været naiv omkring rigiditet, der er i det og den modstand, sådanne projekter vil møde... Det er ikke særlig smart for de overlæger, der ikke kan se grunden til det"

Der er stor differens mellem oplevelsen af FMK. En praktiserende læge oplever FMK som fuldt anvendeligt, simpelt og overskueligt. De resterende praktiserende læger beskriver dog problemer med selve softwareopbygningen, der besværliggør det daglige kliniske arbejde og reducerer engagementet i implementeringen af FMK.

Mads: "Det, der var udfordringen var, at det system, man brugte i praksis, ikke var klar, så man ikke havde fulgt med i forhold til FMK... Og det var jo så ikke FMK's skyld"

Der ytres enighed om, at FMK opleves som en tidsrøver specielt i opstartsfasen. Det giver anledning til modstand, da arbejdsgangen i forvejen er presset på tid og ressourcer. Tidsaspektet spiller også ind i forhold til arbejdsgangen tværsektorielt, hvor den praktiserende læge har oplevelsen af at bruge tid på at rydde op efter sygehusene, fordi de ikke har gjort deres arbejde ordentligt. Der pointeres dog også, at de selv i primærsektoren heller ikke opnår at udføre opgaven til fulde.

Lotte: "Det giver os en ekstra arbejdsopgave og det kan være det lille irritationsmoment, han nogle gange kan føle, at man har... Det kan være en tidsrøver, men jeg tror, når vi får ryddet op i alle kortene, så vil det spare os tid på den lange bane"

Anders: "... Nu skal jeg rydde op efter sygehuset, fordi de ikke har gjort deres arbejde ordentligt. Det synes jeg er rigtig, rigtig træls... Altså hvis vi skal bruge tid på det, så skal vi tage den tid fra noget andet"

For Anders har den vanskelige opstartsfasen resulteret i så megen frustration, at han ikke længere tror på, at det kommer til at fungere som et kvalitetsløftende projekt. Dermed har han opgivet håbet om projektets fremtid.

"Sådan at ideen er god nok, men det er en stor gryde gullasch, hvor alle smider noget i og håber på, at det bliver godt, hvis vi alle sammen rører. Det er sådan jeg ser det [...] Jeg tror nok, jeg er kommet til at håbet for om det lykkes, svinder stille og roligt"

Praktiserende læge Henrik oplever en uretmæssig forpligtelse, der resulterer i, at han føler han skal kvittere for om patienten indtager de ordinerede tabletter.

"Vupti skal jeg ind og kvitterer for, at han rent faktisk propper pillerne i munden, hvilket jeg ikke har noget forudsætning for at vide, medmindre jeg tager hjem til manden eller ringer og spørger ham. Man skal måske have det hele lidt mere på plads, før man indfører sådan et system"

Samme læge fortæller om uklare definitioner fra systemhusets side. Dette afstedkommer stor forvirring og frustration, da han føler, at han bliver stillet til ansvar for noget, han ikke havde tiltænkt.

"Når vi laver en medicinafstemning nu, så trykker man på medicinafstemningsknappen og vupti, så har jeg kvitteret for... en medicingennemgang⁴"

4) Softwareproblemer versus den menneskelige faktor

Dette tema omfatter forskellen på de problemer software⁵ skaber og de problemer, der er et resultat af forkert anvendelse af FMK. Det skaber et spændingsfelt, der for nogle bærer et negativt præg.

Mads: "Hvad er selve systemet FMK og hvad er dem, der bruger FMK... Jamen, det er jo ikke FMK's skyld at brugerne af FMK ikke bruger det rigtigt. Så i det omfang at folk lærer at bruge det rigtigt, så synes jeg ikke at det er FMK's skyld at folk ikke kan bruge det"

Lotte beskriver, at der fortsat kan differentieres mellem softwaremæssige problemer og den overordnede holdning til FMK.

"Jeg tror ikke, at det er holdningen til FMK [der er problemet], jeg tror mere, at det er noget softwaremæssigt problem"

Anders oplever, at FMK nærmest resulterer i en forringelse af hans overblik over patienternes medicinhistorik. Der er et ønske om at have adgang til et "system", man kun selv er herre over.

Meningsgivende og kvalitetsforbedring	Ansvarsplacering	Inadækvat implementering / modstand	Softwareproblemer vs den menneskelige faktor
<p>Lars: "Der er et højere formål, princippet er så godt så de små ting ikke virker irriterende på mig. Der er mening"</p> <p>Lotte: " Altså FMK er jo ikke anderledes, vi prøver jo bare nu at dokumentere det, vi altid har gjort... men i dag er det blevet mere synligt og at vi hele tiden skal sørge for at opdatere tingene, fordi vi har nogle kollegaer andre steder i sundhedsvæsenet, som skal bruge de samme oplysninger og arbejde i de samme kort"</p>	<p>Peter: "Jeg kan ikke sidde og være ansvarlig over for et eller andet antipsykotisk middel, jeg slet ikke kender og som psykiateren har hældt i en af deres patienter... Jeg har ansvaret for det, jeg står for. Det er min del og det er langt det meste"</p> <p>Anders: "Hvad er graverende fejl (jvf sst vejledning)? Det er indtil der begynder at falde nogle sager, at du får pisset af, hvor går grænsen for noget, du skulle have set... Det er</p>	<p>Lotte: "At det at implementere så stor en edb-ting har vist sig at være noget af en udfordring. Fordi der er nogle implementeringsting, der gør, at der opstår nogle fejl. Men baggrunden for FMK synes jeg er rigtig fin"</p> <p>Henrik: "Måske man skulle have juraen på plads, før man laver reglerne og at systemhusene kan leve op til det"</p> <p>Anders: " Jeg tror, man</p>	<p>Anders: "Jeg mangler historikken og jeg mangler let lige at kunne kigge ind og danne mig et overblik. Jeg mangler et medicinsystem, hvor det kun er mig selv, der roder rundt i et eller andet"</p> <p>Mads: "Hvad er selve systemet FMK og hvad er dem, der bruger FMK... Jamen, det er jo ikke FMK's skyld at brugerne af FMK ikke bruger det rigtigt. Så i det omfang at folk lærer at bruge det rigtigt, så synes jeg ikke at det er FMK's skyld at</p>

⁴ I Medwin systemhus registreres en ajourføring som en medicingennemgang.

⁵ FMK-brugerflader for hvert systemhus.

<p>Lars: "Så det afstedkommer et stykke arbejde, som for mig at se, kunne risikere ikke at være røget ud af busken tidligere. Så det er jo ikke FMK skyld, det er hele behandlingsusikkerheden. Så det bringer noget UTH frem, som man så må tage vare på og det er vel ret sigende for sådant et redskab, at det ikke altid er selve produktet selv, man kan beskyldes for en tidsrøver. Det er i virkeligheden problematikken omkring patienten, der bliver synliggjort"</p>	<p>der ikke nogle af os, der ved endnu"</p> <p>Lars: "Så er der den kæmpe risiko, at man tillægger det for stor validitet og det skal man da, det er vi jo vant til at dobbelttjekke ting og det er godt nok. Men man glæder sig da til, at kommunen kommer rigtig med på det og at det bliver mere og mere noget, der er afstemt inde fra sygehusene. Fordi ellers er det jo en falsk tryghed"</p> <p>Anders: "Har de været på en ortopædkirurgisk afdeling, og er blevet udskrevet af en overlæge, som ikke kender halvdelen af de præparater, der står på listen, jamen, så er der ingen kvalitet i det"</p>	<p>har været en lille smule naiv omkring projektets størrelse. Og jeg tror, man har været naiv omkring rigiditet, der er i det og den modstand, sådanne projekter vil møde... Det er ikke særlig smart for de overlæger, der ikke kan se grunden til det"</p> <p>Anders: "Sådan at ideen er god nok, men det er en stor gryde gullasch, hvor alle smider noget i og håber på, at det bliver godt, hvis vi alle sammen rører. Det er sådan jeg ser det...Jeg tror nok, jeg er kommet til at håbet for om det lykkes, svinder stille og roligt"</p>	<p>folk ikke kan bruge det"</p> <p>Anders: "Specielt i de der sektorovergange er det problematisk, fordi der er mange på sygehusene, der bruger det forkert eller ikke er enige om, hvordan det skal bruges. Altså hvor nogle går ind: "Nu skal der dælme ryddes op" og så sletter de alle ordinationerne og så genordinerer de fra ny. Så mister vi den der historik"</p>
--	---	---	--

Diskussion

Historisk har stor selvbestemmelse og autonomi været kendetegnet for den praktiserende læge. I disse år er der mange nye tiltag/krav i primærsektoren i forbindelse med øget fokus på kvalitet både fra patienter, lægerne selv og politikerne. Dette skaber et modstandsfyldt spændingsfelt, hvoraf FMK blot er en lille del.

Baseret på de praktiserende lægers oplevelse af FMK i den kliniske hverdag bliver kernemådet den omstillingsparate læge. Det viste sig, at de praktiserende læger gav udtryk for en generel positivitet og vilje til at anvende FMK optimalt. Alle praktiserende læger i undersøgelsen gav udtryk for at kunne se en meningsfuld vision med FMK. Opstartsproblemer har dog genereret en del modstand undervejs og en læge har mistet troen på, at FMK bliver et validt og kvalitetsløftende værktøj.

De resterende læger fastholder dog en klar positiv tilgang til FMK til trods for oplevelsen af aktuelle samarbejdsvanskeligheder sektorerne imellem, politiske krav, inadækvat software og varierende grad af mestring af FMK. Dette afspejler en ambivalens mellem idealet om den omstillingsparate læge og realiteten, hvor lægen skal prioritere sine mange opgaver i en stresset hverdag. Når lægerne udtaler sig om det langsigtede perspektiv har alle, på nær en enkelt, en positiv synsvinkel. De kan se en klar mening med FMK og kan derfor abstrahere fra fortidens opstartsvanskeligheder samt nuværende udfordringer. Dermed bygges nutidens positive holdning i dagligdagen på en fremtidsvision om, at FMK vil skabe et kvalitetsløft af markant kaliber.

Vi bemærker dog en tilbagevendende irritation og mere nøgtern holdning til FMK, når de praktiserende læger taler om konkrete eksempler og arbejdsgange i den kliniske hverdag. I hverdagen kan fremtidens vision skubbes ud på sidelinien af negative forestillinger om FMK og hvad FMK skal kunne og ikke skal kunne. Disse forestillinger er med til at generere en modstand mod FMK, som forstærker de praktiserende lægers lyst og behov for autonomi. En del af denne modstand kommer også til udtryk i en form for fastlåst anskuelse af FMK, hvor de praktiserende lægers fokus ændres fra at være visionært og opløftende til et mere egenrådigt og vigende konstruktivt fokus. Dermed skabes spændingsfeltet mellem idealet og realiteten.

Et andet spændingsfelt, der kommer til udtryk i interviewene, er usikkerhed i forhold til lægens ansvarsposition i FMK og frygten for klagesager. Sundhedsstyrelsen beskriver udelukkende ansvaret for brug af FMK på et overordnet plan og pointerer, at de ved tvivl/klagesager tager en konkret vurdering af den enkelte situationⁱⁱ. Denne udmelding skaber usikkerhed og afmagt, der står i modsætning til hensigten med FMK.

Der foreligger endnu ikke afgjorte klagesager omhandlende graverende fejl i anvendelsen af FMK, og ansvarsfordelingen opleves af mange læger som en vag, mudret og ikke veldefineret størrelse. Til trods for at ansvaret for medicinhåndtering ikke har ændret sig ved indførelsen af FMK, opleves ansvaret anderledes og mere fremstyttet. FMK har skabt gennemsigtighed i en grad, der både kan tolkes som en fordel og ulempe – både for patient og læge.

Aktuelt er realiteten at der foreligger uenighed vedrørende lægeansvaret i FMK. De praktiserende læger i vores studie giver alle udtryk for, at de ikke vil tage ansvar for noget, de er ikke er kapable til. Denne problemstilling genfindes i en artikel fra Sverigeⁱⁱⁱ, hvor man har undersøgt svenske praktiserende lægers opfattelse af deres ansvar for patientens medicinkort. Der kategoriseres 5 forskellige opfattelser af ansvarsplaceringen: 1) Pålagt ansvar 2) Ansvar for egne ordinationer 3) Ansvar for alt ordineret medicin 4) Forskellig men delt ansvar 5) Patienten har selv det fulde ansvar for viderefremstilling. Den enkelte praktiserende læge kan afhængig af situation og patienten, jonglere mellem de fem forskellige opfattelser af ansvaret. Vi genfinder de fire første holdninger i vores studie og samme plasticitet i de danske lægers ansvarsopfattelse ved medicinhåndtering. Alle lægerne påtager sig ansvar for egne ordinationer, og de ønsker samtidig at dele ansvaret med relevante kollegaer. Idealet for fem ud af seks af de praktiserende læger kan kategoriseres under "forskellig, men delt ansvar". I realiteten føler lægerne dog, at de pålægges ansvaret, hvilket resulterer i modstand. Vi finder, at lægernes holdning til ansvaret for ajourføring skubbes over i kategorien, hvor man kun har ansvar for egne ordinationer.

I en artikel i Ugeskrift for læger^{iv} identificeres 4 overordnede barrierer for implementeringen af FMK i sekundærsektoren: Motivation, tekniske problemer, tidsforbrug og kompetencer. Dette genfindes i vores studie. Vi oplever dog for størstedelen en motivation for optimalt brug af FMK, hvorimod man i nævnte artikel beskriver at 50 % af lægerne kun anvender FMK af pligt og ikke oplever gevinst i forhold til den arbejdsindsats, de ligger i det. Den høje motivation, som vores studie giver udtryk for, er drevet af, at FMK opfattes som meningsgivende og kvalitetsøgende i fremtidig perspektiv.

I et kvalitativt studie fra Sverige^v, hvor man har implementeret regionalt medicinkort, konkluderes det, at man ved implementering anbefaler en klar beskrivelse af ansvarsfordeling og arbejdsgang. Vi genfinder i vores studie efterspørgsel af samme, og vi konkluderer, at uklarheder på dette område er en vigtig, bidragende faktor til modstandens opretholdelse. Herved udspringer altså en konflikt mellem idealet og realiteten i den praktiserende læges selvopfattelse som omstillingsparat.

Da dette er et pilotstudie med blot 6 informanter, er mætning af de forskellige koncepter derfor muligvis ikke opnået. For at styrke validiteten og opnå fuld mætningsgrad, skønnes det relevant at inkludere endnu 10-15 informanter.

Man kan ydermere forestille sig, at lægerne gerne vil fremstå som fuldt fagligt kompetente mennesker, der hurtigt kan imødekomme nye krav og tiltag. Således kan der ifølge Polkinghorne^{vi} være en trussel mod interview-datas validitet, at informanterne gerne vil fremstå i et positivt lys og derfor tilbageholder holdninger og oplevelser, hvor de ikke lever op til idealet, der i vores undersøgelse er "den omstillingsparate læge". Dette kan være afspejlet i resultaterne og dermed svække studiets validitet.

Konklusion

I dette studie har vi taget udgangspunkt i FMK, men aktuelt foreligger der stigende grad af kvalitetskrav fx akkreditering og her kan ambivalens mellem realiteten og idealet yderligere komme til udtryk.

Vi finder det relevant, at man i en implementeringsfase inkluderer veldefinerede, konkrete arbejdsgange og ansvarsfordelingsbeskrivelser. Muligvis kan der skabes en synergistisk effekt på kvalitetsøgning og engagement, hvis man formår at fastholde de involverede parter positive vision om projektets fremtid. Spændingsfeltet

mellem realitet og ideal kan minimeres. Dette kan nedsætte modstanden, øge motivationen og fremelske involverede parters lyst, behov og interesse for projektet.

Litteratur

- ⁱ Beretning til Statsrevisorerne om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort, sept 2014.
- ⁱⁱ Opdateret notat om lægens ansvar ved brug af FMK. Sundhedsstyrelsen, sept 2014.
- ⁱⁱⁱ Bastholm Rahmner P. Whose Job Is It Anyway? Swedish General Practitioners' Perception of Their Responsibility for the Patient's Drug List. *Annals of Family Medicine*. 2010; 8 (1): 40-46.
- ^{iv} Christensen S. Implementering af fælles medicinkort er vanskeligt. *Ugeskr Læger*. 2014;176:V04130239.
- ^v Hammar T. Implementation of a shared medication list: physicians' views on availability, accuracy and confidentiality. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36:933-942.
- ^{vi} Validity Issues and Narrative Research, Polkinghorne DE, 2007, 13, 471-86

Bilag 1

Interviewguide

Køn?

Alder?

FMK tilkoblet hvornår?

Størrelse af praksis?

Hvordan oplever du FMK i din kliniske hverdag?

Oplever du nogen frustrationer i forhold til din daglige brug af FMK?

Hvilke barrierer oplever du kan stå i vejen for din brug af FMK?

Ser du nogen mening i at bruge FMK?

Hvilke fordele for patienten ser du i forhold til FMK bruges?

Hvilke fordele for sundhedspersonalet/dig selv ser du ved at FMK bruges?

Hvad skal der i dit tilfælde til for at få dig til at bruge FMK i dagligdagen?

Kan du føle dig stresset af at skulle bruge FMK?

Hvem har ansvaret for ajourføring?

Hvad skal der til for at FMK bliver et optimalt redskab, der øger kvaliteten og patientsikkerheden?

Påvirker det din arbejdsglæde? Og din identitet som læge? Er du god nok?

Har du mere at tilføje?

Uddybende spørgsmål:

Hvad mener du?

Kan du give et eksempel?

Interviewet skal inkludere:

Informantens holdning til ansvar og mening med FMK.

Fordele, forhindringer, ulemper og udfordringer

Giver det mening?