

Analyse af anvendelse og udbredelse af FMK på bosteder og misbrugsområdet

Afrapportering af spørgeskemaundersøgelse og anbefalinger

9. januar 2017

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Resumé	3
Baggrund og formål	5
Analysens afgrænsning og metode	5
<i>Afgrænsning</i>	5
<i>Metode</i>	7
Spørgeskemaundersøgelse vedr. Bosteder	11
<i>Hvilke systemer anvendes?</i>	11
<i>Hvordan er arbejdet med medicin organiseret?</i>	12
Spørgeskemaundersøgelse vedr. Misbrugsområdet	13
<i>Hvilke it-systemer anvendes?</i>	13
<i>Hvordan er arbejdet med medicin organiseret?</i>	14
Anbefalinger	15
<i>Modeller for udbredelse af FMK</i>	15
<i>Modenhed på bosteder og misbrugsområdet</i>	16
<i>Anbefalinger til stimulering af udbredelsen af FMK</i>	17

Resumé

Det er i ØA16 aftalt, at der skal gennemføres en analyse vedrørende anvendelse og udbredelse af Fælles Medicinkort (FMK) til det specialiserede socialområde (bosteder) og misbrugsområdet (misbrugscentre). I denne forbindelse er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse omfattende:

- 1047 bosteder efter servicelovens § 107 og § 108
- 187 misbrugscentre efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 141

Undersøgelsen omfatter alle kommunale, regionale og private institutioner i Danmark for de pågældende områder.

Svarprocenten er hhv. 65 pct. for bosteder og 61 pct. for misbrugsområdet. Det vurderes, at de modtagne svar kan danne udgangspunkt for en national vurdering af, hvor parate man er på bosteder og misbrugsområdet til at implementere FMK for så vidt angår de systemer, man anvender i dag og hvordan man har organiseret arbejdet.

Der er desuden gennemført en workshop med mere end 50 deltagere fra bosteder og misbrugsområdet for at validere spørgeskemaresultatet og bidrage til analysens anbefalinger.

Resultat fra undersøgelse på bosteder

Undersøgelsen viser, at på bosteder anvender ca. 17 pct. it-systemer, som er tekniske integrerede med FMK (FMK parate) til dispensering og administration af medicin. Der peges på tre navngivne it-systemer af typen EOJ (Elektronisk Omsorgs Journal), som anvendes på det kommunale ældreområde i dag. Undersøgelsen viser også, at det næsten udelukkende er de kommunale eller regionale bosteder, som har FMK parate it-systemer i dag.

55-60 pct. bosteder svarer, at de anvender et it-system, som ikke er FMK parat. Der peges på mere end 10 navngivne systemer i denne gruppe. 17 pct. svarer, at de ikke anvender it-system i forbindelse med dispensering og administration af medicin.

Undersøgelsen viser desuden, at på bosteder er det typisk, at ikke sundhedsfaglige medarbejdere håndterer medicin. 88 pct. af respondenterne fra bosteder har svaret, at det er typisk, at pædagoger eller ufaglærte medarbejdere administrerer

medicin og 56 pct. har svaret, at det er typisk at pædagoger og ufaglærte medarbejdere dispenserer medicin.

Resultat fra undersøgelse på misbrugscentre

På misbrugsområdet svarer næsten 40 pct., at de anvender FMK online i forbindelse med medicinordination, mens ca. 30 pct. svarer, at de anvender et it-systemer, som er tekniske integreret med FMK (FMK parat). Resten svarer at de ikke anvender it-system eller at de anvender it-system, som ikke er FMK parat.

Til dispensering og administration af medicin på misbrugsområdet anvender færre end 10 pct. it-systemer, som er FMK parat.

Undersøgelsen viser desuden, at det typisk er sygeplejersker eller SOSU assistenter, som dispenserer og administrerer medicin på misbrugsområdet. Herudover viser besvarelserne, at det forekommer, at pædagoger og ufaglærte dispenserer og administrerer medicin, idet 11 pct. har svaret, at det er typisk at pædagoger og ufaglærte medarbejdere dispenserer medicin og 15 pct. har svaret, at det er typisk at pædagoger og ufaglærte medarbejdere administrerer medicin.

Anbefalinger

Det anbefales, på baggrund af analysen, at der igangsættes aktiviteter med henblik på information, læring, netværk og samarbejde for at understøtte de frivillige initiativer i relation til FMK på bosteder og misbrugsområdet. Det anbefales desuden, at det anerkendes, at der er så væsentlig forskel på situation og behov på bosteder og misbrugsområdet, at aktiviteter bør målrettes de to områder hver for sig.

Det vurderes, at bosteder og misbrugsområdet *ikke* er parat til den samme styrede model, som blev anvendt til at udbrede FMK på ældreområdet. Der er flere it-systemer i spil, herunder systemer, som ikke er FMK parate, ligesom medicin i dag i stort omfang håndteres af medarbejdere, uden sundhedsfaglig autorisation.

Det anbefales desuden, at der gennemføres aktiviteter med henblik på at opnå, at læger på misbrugsområdet registrerer udleveret medicin i FMK fra første kontakt med patient. Dette *kan* håndteres i FMK og handler alene om arbejdsgange og registreringspraksis.

Baggrund og formål

Det er i ØA16 aftalt, at der skal gennemføres en analyse vedrørende anvendelse og udbredelse af FMK til det specialiserede socialområde (bosteder) og misbrugsområdet (misbrugscentre).

Analyseopgaven skal:

1. Dels skabe overblik over *hvilke it-systemer*, man anvender i dag og hvor *digitalt parate* man er på hhv. det specialiserede socialområde og misbrugsområdet.
2. Dels undersøge *kompetenceprofiler* for medarbejdere, som håndterer medicin på hhv. bosteder og misbrugscentre

Med henblik på at afdække ovenstående er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse og afholdt en workshop.

Analysen udføres af Devoteam for KL og Sundhedsdatastyrelsen, med Danske Regioners involvering og koordinering og i samarbejde med MedCom. Herudover involveres en række kommunale og regionale praktikere i interview og workshop.

Dette notat sammenfatter spørgeskemaundersøgelsen og analysens anbefalinger.

Analysens afgrænsning og metode

Afgrænsning

Analysen er afgrænset til henholdsvis:

- Bosteder efter servicelovens § 107 og § 108
- Misbrugsområdet (rusmiddelbehandling) efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 141

På Socialstyrelsens Tilbudsportal¹ fremgår alle udbydere – kommunale, regionale og private – af disse ydelser, og Tilbudsportalen er brugt til at udpege respondenter til spørgeskemaundersøgelsen.

¹ <http://tilbudsportalen.dk>

Antallet af respondentinstitutioner pr. juni 2016 var følgende:

- 1047 bosteder
- 187 misbrugscentre

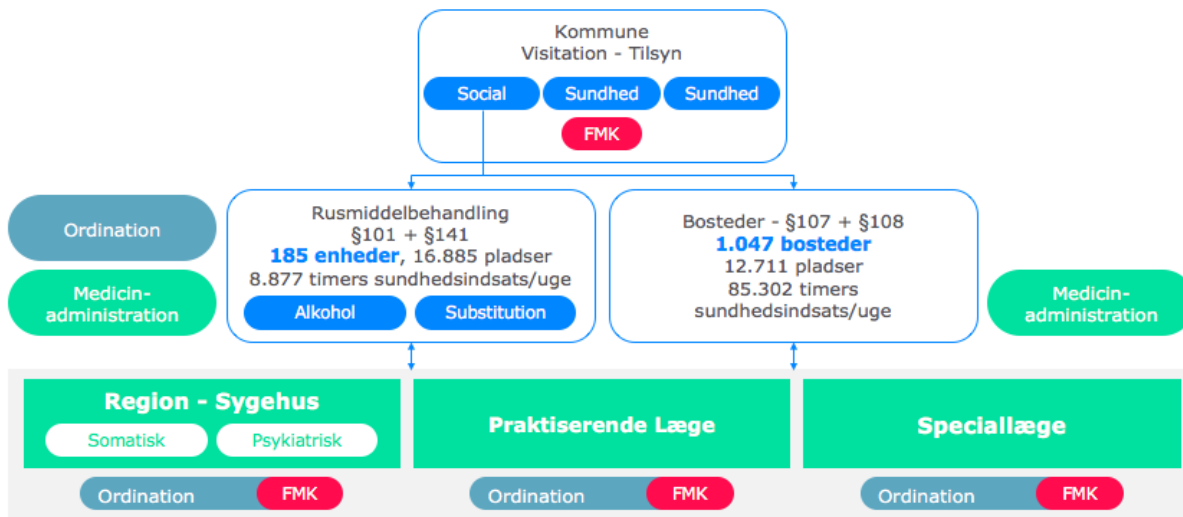
Både bosteder og misbrugscentre dækker over ambulante tilbud, dagbehandling og døgnbehandling.

De 1047 bosteder omfatter tilsammen 12.711 pladser og 85.302 timers sundhedsindsats pr. uge.

De 185 rusmiddelbehandlingsinstitutioner omfatter 16.885 pladser og 8.877 timers sundhedsindsats pr. uge.

I figur 1 nedenfor ses afgrænsningen illustreret midt i figuren. Herudover ses følgende afgrænsningselementer i figuren:

- *Fokus for analysen er de enkelte institutioner og deres arbejdsgange i relation til medicinordination, disponering og administration. For bosteder er fokus alene medicindisponering og -administration, mens det for misbrugsområdet herudover er medicinordination. Således ligner bostedområdet som udgangspunkt det kommunale ældreområde for så vidt angår opgaver, som skal understøttes af FMK.*
- *Samarbejdsflader til hhv. kommune og det øvrige sundhedsområde er omfattet af analysen fra et "indefra-og-ud" perspektiv, idet det alene er medarbejdere fra bosteder og misbrugscentre, som er involveret i analysen. Aktører fra den kommunale forvaltning og fra det øvrige sundhedsvæsen er ikke medtaget.*



Figur 1: Illustration af analysens afgrænsning. Fokus er de to kasser med overskriften hhv. Rusmiddelbehandling og Bosteder.

Metode

Dataindsamlingen er gennemført ved spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaet er formuleret på baggrund af interview med ca. 10 praktikere og fagpersoner med kendskab til bosteder og misbrugsområdet samt møder med en projektgruppe med deltagelse fra KL, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner og MedCom.

Der er anvendt følgende definitioner i spørgeskemaet:

- *Medicinordination*: Læges skriftlige eller mundtlige videregivelse af beslutning om at behandle en borger med såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin.
- *Medicinadministration*: De processer, hvorved personalet optæller eller tilbereder ordineret medicin til administration.
- *Medicinadministration*: Personalets omdeling og hjælp til borgerens indtagelse af medicin, herunder den fornødne observation af borgeren samt tegn på eventuelle bivirkninger.

Spørgeskemaet omfattede følgende spørgsmål:

It-system anvendelse

- 1) Hvilke it-systemer bruger I i forbindelse med medicinordination?
- 2) Hvilke it-systemer bruger I i forbindelse med medicindispensering og medicinadministration?
- 3) Har institutionen i dag adgang til det Fælles Medicinkort (FMK)?
- 4) Hvem stiller it-systemerne til rådighed?
- 5) Hvilke it-systemer bruger I herudover til generel dokumentation/journalskrivning?

Organisering af arbejdet

- a) Hvem ordinerer medicin til jeres brugere?
- b) Hvilke faggrupper varetager almindeligvis medicindispensering på jeres institution?
- c) Hvilke faggrupper varetager almindeligvis medicinadministration på jeres institution?

Der er ikke spurgt til de specifikke arbejdsgange i de enkelte institutioner, men alene til hvordan man har organiseret arbejdet. Der er således heller ikke spurgt til indre anliggender som fx medicinuddannelse og anvendelse af trustløsning til at uddelegere adgang til FMK.

Spørgeskemaet blevet sendt til hhv. 1047 bosteder og 187 misbrugsenheder i juni 2016 med en svarperiode på ca. 6 uger. I praksis kunne spørgeskemaet modtages af 947 bosteder og 147 misbrugsinstitutioner. For de øvrige respondenter, som fremgik af Tilbudsportalen, fungerede modtageradresser ikke.

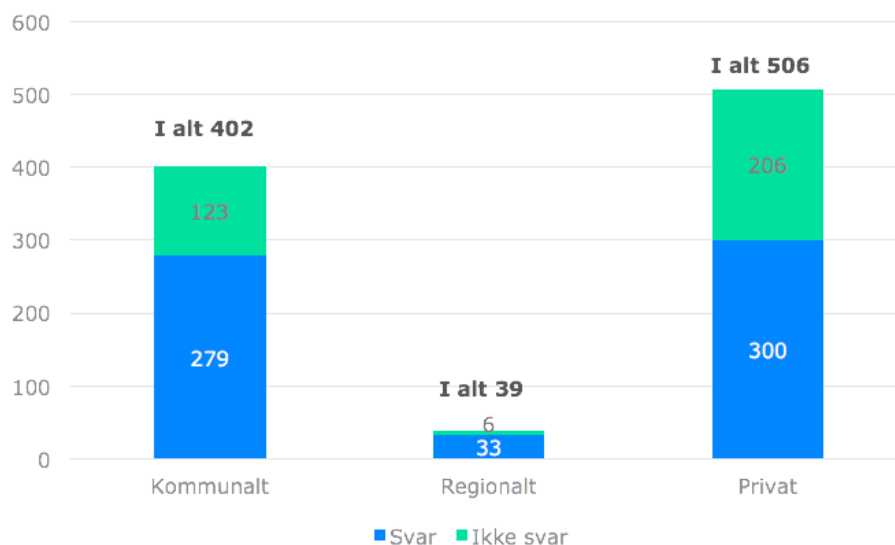
Det vurderes, at de modtagne svar kan danne udgangspunkt for en national vurdering af, hvor parate man er på bosteder og misbrugsområdet til at implementere FMK for så vidt angår de systemer, man anvender i dag og hvordan man har organiseret arbejdet. Nedenfor ses svarprocent for hhv. bosteder og misbrugsområdet.

Bosteder

- Spørgeskemaet for bosteder er besvaret af 612 ud af 947 institutioner, dvs. med en svarprocent på 65.

- Besvarelsene er jævn fordelt over landet. Der er således modtaget besvarelser fra 92 ud af de 93 kommuner, hvor der er bosteder omfattet af undersøgelsen, dvs. i 99 pct. af de relevante kommuner.
- Svarene fordeler sig på de forskellige institutionstyper, hhv. kommunale, regionale og private, svarende til den fordeling, der er på antallet af de forskellige institutionstyper. I figur 2 nedenfor ses, at svarene fordeler sig på kommune, region og private tilbud med henholdsvis 46 pct., 5 pct. og 49 pct. Den samlede fordeling blandt de udsendte er ca. 42 pct. kommunale, 4 pct. regionale og 53 pct. private. Således er de kommunale og regionale svar lidt overrepræsenterede, men i en størrelsesorden, så det vurderes, at svarene samlet set kan betragtes som et godt grundlag for analysen.

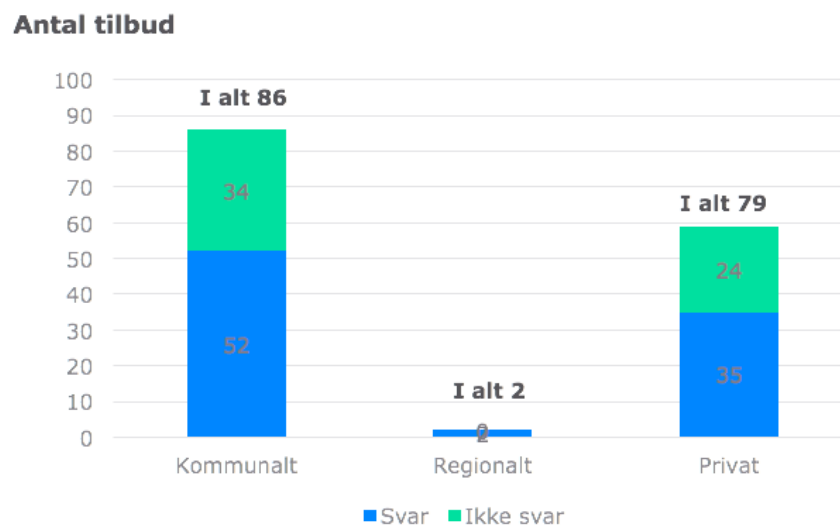
Antal tilbud



Figur 2: Svar for bosteder fordelt på hhv. kommuner, regioner og private tilbud. Blå = antal svar modtaget, Grøn = antal svar ikke modtaget, blå + grøn = samlet antal udsendte til hhv. kommunale, regionale og private bosteds tilbud

Misbrug

- Spørgeskemaet for misbrugsområdet er besvaret af 89 ud af 147 institutioner, dvs. med en svarprocent på 61.
- Besvarelsene er jævn fordelt over landet. På misbrugsområder er der således modtaget besvarelser fra 51 ud af de 72 kommuner, hvor der er bosteder omfattet af undersøgelsen, dvs. i 71 pct. af de relevante kommunerne.
- Svarene fordeler sig på de forskellige institutionstyper, hhv. kommunale, regionale og private, svarende til den fordeling, der er på antallet af de forskellige institutionstyper. I figur 3 nedenfor ses, at svarene fordeler sig på kommune, region og private tilbud med ca. 58 pct., 2 pct., og 39 pct. Den samlede fordeling blandt de udsendte er ca. 51 pct., 1 pct., og 47 pct. Således er de kommunale svar overrepræsenteret i forhold til svar fra de private tilbud, men i en størrelsesorden, så det vurderes, at svarene samlet set kan betragtes som et godt grundlag for analysen.



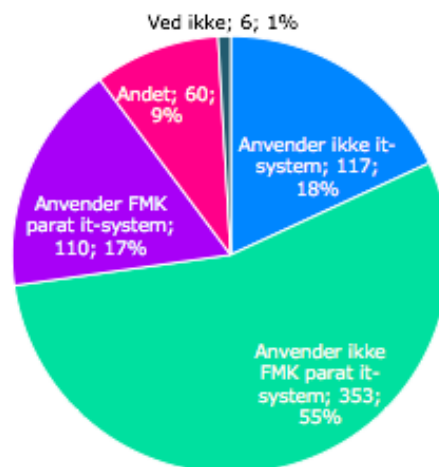
Figur 3: Svar på misbrugsområdet fordelt på hhv. kommuner, regioner og private tilbud. Blå = antal svar modtaget, Grøn = antal svar ikke modtaget, blå + grøn = samlet antal udsendte til hhv. kommunale, regionale og private misbrugs tilbud

I det efterfølgende gennemgås spørgeskemaundersøgelsens resultater.

Spørgeskemaundersøgelse vedr. Bosteder

Hvilke systemer anvendes?

Respondenterne fra bosteder er blevet spurgt, hvilke it-systemer, de anvender til at dokumentere hhv. medicinordination og medicinadministration. Svar ses i figur 4 nedenfor og beskrives under figuren.



Figur 4: Svar på spørgemål om, hvilke it-systemer man på bosteder anvender til medicindisponering og medicinadministration

Figur 4 viser at ca. 17 pct. bosteder anvender it-systemer, som er tekniske integrerede med FMK (FMK parate) til dispensering og administration af medicin. De bosteder, som anvender FMK parate it-systemer anvender systemerne CSC Vitae, KMD Nexus, KMD Care og lægepraksis systemer. CSC Vitae og KMD Nexus udgør tilsammen mere end 80 pct. CSC Vitae, KMD Nexus og KMD Care er såkaldte EOJ systemer (Elektronisk Omsorgs Journal) som anvendes på det kommunale ældreområde. Det fremgår desuden af undersøgelsen, at det næsten udelukkende er offentlige bosteder, som anvender FMK parate løsninger.

55-60 pct. bosteder svarer, at de anvender et it-system, som ikke er FMK parat. Der peges på mere end 10 navngivne systemer i denne gruppe. 17 pct. svarer, at

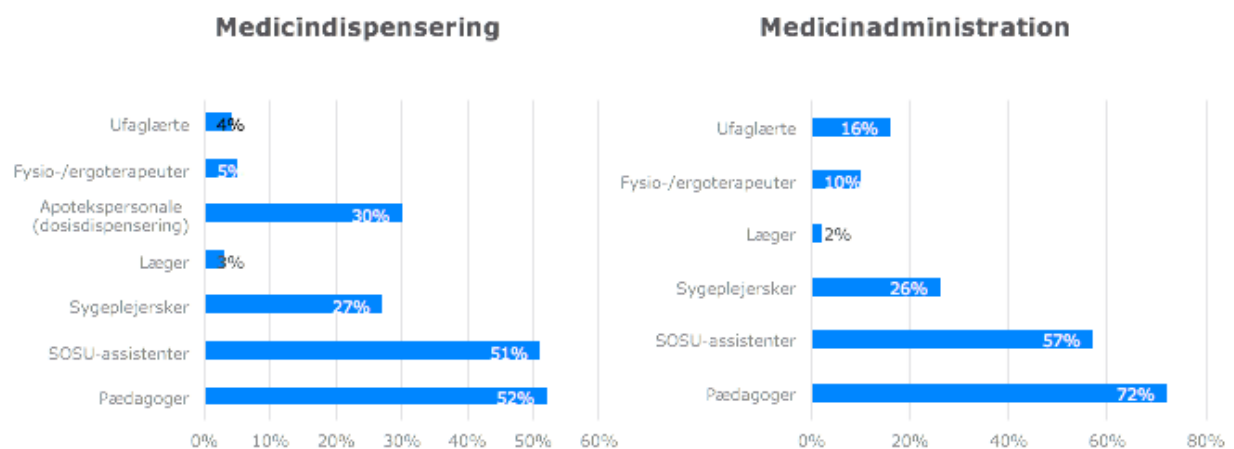
de ikke anvender it-system i forbindelse med dispensering og administration af medicin.

Herudover fremgår det, at for de offentlige bosteder har kommune eller region valgt it-systemet, mens de private bosteder selv har valgt it-system.

Endelig svarer ca. 75 pct. af respondenterne, at de ikke har adgang til FMK.

Hvordan er arbejdet med medicin organiseret?

I nedenstående figur 5 ses svaret på hvilke personalegrupper, som varetager hhv. medicindispensering og medicinadministration på bosteder.



Figur 5: Svar på spørgsmålene: Hvilke faggrupper varetager almindeligvis medicindispensering og medicinadministration på jeres institutioner? Der er foreslået en række mulige aktører, og for hver af disse har respondenterne taget stilling til, om denne aktør "ofte", "somme tider", "sjældent", "aldrig" dispenserer og administrerer medicin eller om man ikke ved det.

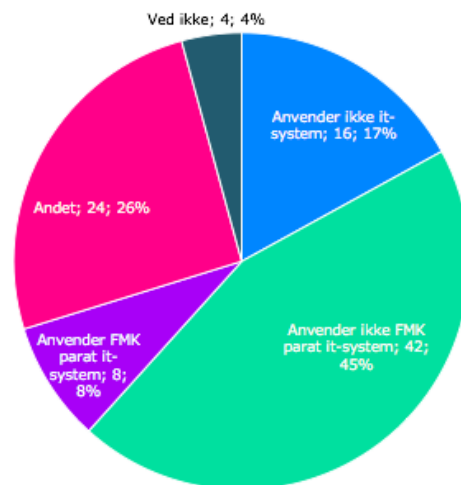
Besvarelsen i figur 5 viser, at det er typisk, at ikke autoriseret sundhedspersonale dispenserer og administrerer medicin. I figuren ses det, at 88 pct. af respondenterne fra bosteder har svaret, at det er typisk, at pædagoger eller uaglærte medarbejdere administrerer medicin og 56 pct. har svaret, at det er typisk at pædagoger og uaglærte medarbejdere dispenserer medicin.

Spørgeskemaundersøgelse vedr. Misbrugsområdet

Hvilke it-systemer anvendes?

Respondenterne på misbrugsområdet er blevet spurgt hvilke it-systemer, de anvender i forbindelse med medicinordination. Her svarer næsten 40 pct., at de anvender FMK online. Ca. 30 pct. anvender et FMK parat system, hvorigennem man kan tilgå FMK. Ca. 10 pct. anvender ikke it-systemer. Resten udgøres af forskellige journalsystemer, som ikke er FMK parate.

Herefter blev respondenterne spurgt om, hvilke systemer, som anvendes til medicindispensering og medicinadministration. Svarene ses nedenfor i figur 6.

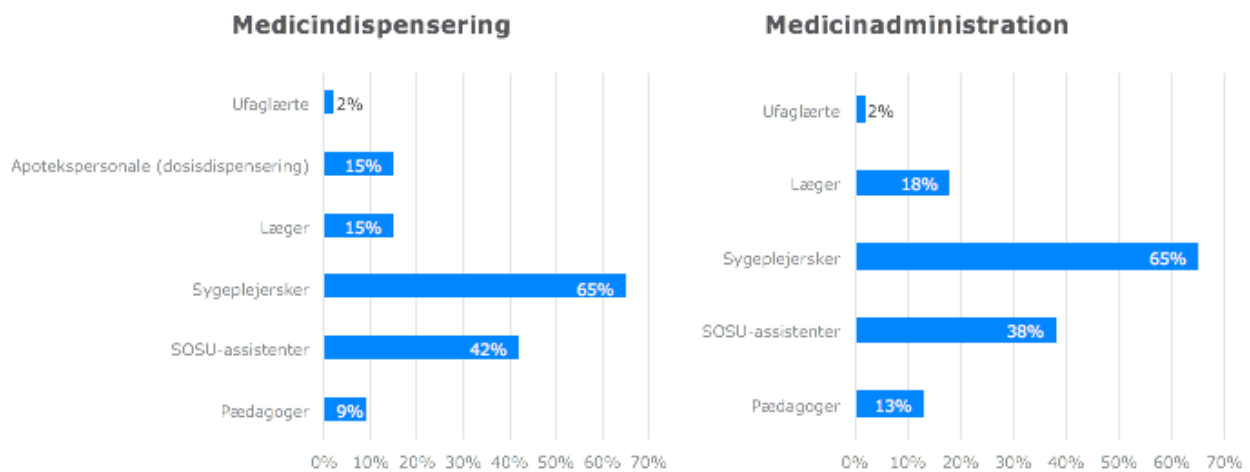


Figur 6 Illustration som viser besvarelse af spørgemålet: Hvilke systemer anvendes til medicindispensering og medicinadministration?

Figur 6 viser, at på misbrugscentre anvender færre end 10 pct. it-systemer, som er tekniske integrerede med FMK (FMK parate) til dispensering og administration af medicin. Ca. 70 pct. anvender it-system som ikke er FMK parat (kategorierne "ikke FMK parat it-system" og "andet") og ca. 17 pct. anvender ikke it-system til dispensering og administration af medicin.

Hvordan er arbejdet med medicin organiseret?

I nedenstående figur 7 ses svar på hvilke personalegrupper, som varetager hhv. medicindispensering og medicinadministration på misbrugsområdet.



Figur 7: Svar på spørgsmålene: Hvilke faggrupper varetager almindeligvis hhv. medicindispensering og medicinadministration på jeres institutioner? Der er foreslået en række mulige aktører, og for hver af disse har respondenter taget stilling til, om denne aktør "ofte", "somme tider", "sjældent", "aldrig" dispenserer medicin eller om man ikke ved det. I illustrationen er der lavet en grafisk afbildning af "ofte", for at få et billede af, hvem der typisk dispenserer medicin.

Besvarelserne viser, at det typisk er sygeplejersker eller SOSU assistenter, som dispenserer og administrerer medicin på misbrugsområdet. Besvarelserne viser også, at det forekommer, at pædagoger og ufaglærte dispenserer og administrerer medicin, idet 11 pct. har svaret, at det er typisk at pædagoger og ufaglærte medarbejdere dispenserer medicin og 15 pct. har svaret, at det er typisk, at pædagoger og ufaglærte medarbejdere administrerer medicin.

Anbefalinger

Analysen har resulteret i anbefalinger vedrørende:

- Principiel model for udbredelse af FMK til hhv. bosteder og misbrugsområdet
- Mulige aktiviteter, som kan stimulere udbredelsen af FMK til bosteder og misbrugsområdet
- Andre anbefalinger baseret på spørgeskemaundersøgelse og workshop

Disse anbefalinger gennemgås i det efterfølgende.

Modeller for udbredelse af FMK

Der kan peges på følgende tre mulige modeller for udbredelse af FMK til hhv. bosteder og misbrugsområdet:

1. Den styrede model (som FMK implementering på ældreområdet)
2. Den stimulerede model
3. Markedsstyret model

Det vurderes på baggrund af spørgeskemaundersøgelse, at bosteder og misbrugsområdet *ikke* er parat til den samme styrede model, som blev anvendt til at udbrede FMK på ældreområdet. Dette diskuteres særskilt i det efterfølgende i afsnittet "Modenhed på bosteder og misbrugsområdet".

Den markedsstyrede model, hvor det alene er systemleverandører, som driver udviklingen, vurderes at kunne få en lang tidsmæssig udbredelse, således at nytten af FMK på bosteder og misbrugsområdet realistisk set ikke vil kunne realiseres de første mange år.

Dette efterlader den stimulerede indsats som en interessant mellemvej, hvor fx information, netværk og sparring kan bringe en FMK implementering hurtigere i mål. Det interessante er her at pege på, hvilke indsatser som kan bringe relevant stimulering til FMK udbredelsen. Dette diskuteres særskilt i det efterfølgende i afsnit "Anbefalinger til stimulering af udbredelse af FMK".

Modenhed på bosteder og misbrugsområdet

Udgangssituationen i bosteder og på misbrugsområdet er mere kompleks og mangfoldig end på det kommunale ældreområde, da man startede med at implementere FMK her. Nedenfor gennemgås nogle karakteristika.

Ældreområde er langt overvejende kommunalt – og ikke privat - hvilket gav en mulighed for at stimulere en udvikling med 98 kommunale knudepunkter. For bosteder og misbrugsområdet, vil der være tale om en mere distribueret udvikling med mange private institutioner, i størrelsesordenen halvdelen på hvert af områderne.

Antallet af systemer, som anvendes i dag i både bosteder og misbrugscentre er langt større og mere forskelligartet end systemlandskabet på det kommunale ældreområde, da man implementerede FMK her. På det kommunale ældreområde havde man tre EOJ systemer, da man i perioden 2013-2015 implementerede FMK integreret med EOJ systemerne, mens man på bosteder og misbrugsområdet har mere end 12 forskellige løsninger, med ca. halvdelen, som dominerende løsninger.

På det kommunale ældreområde har man en mangeårig tradition med EOJ, som løbende er blevet tilpasset ældreområdets ændrede organisering, styringsform, etc. Der har været tradition for fælles løft af EOJ med centralt koordinerede indsatser med pilotprojekter og leverandørforum.

Man kunne gennemføre en udvikling og implementering koordineret med kommunerne og EOJ leverandørerne, og baseret på en modenhedsvurdering af kommunernes it-mæssige og organisatoriske modenhed. I mange kommuner var der et organisatorisk fundament i form af en EOJ ansvarlig og en ledelse, som var vant til denne type projekter.

Udviklingen i kommunerne byggede ligeledes oven på en tradition med digital kommunikation til praktiserende læge og sygehus (MedCom meddelelser), som har givet en form for projektmodenhed og tradition for digitalt samarbejde med andre sektorer. Det vurderes, at både bosteder og misbrugsområdet er mindre digitalt modne, fordi de ikke har samme eller anden tilsvarende erfaring.

Bosted området er det område, som mest ligner det kommunale ældreområde, når vi taler it-parathed. Her anvender flere kommunale bosteder EOJ systemerne og de kan evt. også trække på en erfaring og organisering i kommunen i forbindelse med implementering af FMK. Til gengæld har bostederne en personalemæssig udfordring, idet medicin håndteringen typisk varetages af pædagoger.

Bemærk, at på misbrugsområdet er den mest udbredte FMK parate journal Bosted systemet, som kun har kort erfaring som integreret FMK løsning, mens der på

bosted området anvendes EOJ løsninger, hvor erfaringen som integreret EOJ løsning er langt større.

Anbefalinger til stimulering af udbredelsen af FMK

Spørgeskemaundersøgelse og workshop har givet et indblik i, hvad man synes er vanskeligt, hvor man mangler information, etc. Dette kan bruges til at udpege, hvilken hjælp man kunne stille til rådighed for bosteder og misbrugscentre til deres FMK implementering.

Der er følgende observationer, som efterfølgende giver anledning til anbefalinger:

A. Det forekommer, at læger på misbrugsområdet ikke registrerer borgers medicin i FMK fra første udlevering

Det blev afdækket i analysen, at det forekommer, at læger på misbrugsområdet ikke registrerer den medicin, som de indledningsvis sætter patient i behandling med, i FMK, før det tidspunkt, hvor patienten er stabil. Dvs. der er en periode, hvor den medicin, som patienten får, ikke er registreret i FMK. Der kan ikke siges noget om hyppigheden af denne adfærd, men det antages, at det er typisk adfærd.

B. Viden om FMK er ikke tilstrækkelig

Det konstateres, at selvom Sundhedsdatastyrelsen har tilgængelig information om FMK, herunder en "hyppigt stillede spørgsmål", så stilles disse spørgsmål alligevel jf. dokumentation fra workshop. Det kan der være flere grunde til. Måske overvejer man slet ikke at søge information, måske kan man ikke finde informationen, måske forstår man ikke informationen eller måske kan man ikke lave koblingen mellem informationen og den situation, man skal bruge det i, dvs. man kan ikke gøre informationen anvendelig.

C. Ønske om videndeling og netværk

Workshoppen viste, at der er ønske og behov for netværksaktiviteter, hvor man kan dele erfaringer i relation til implementering af medicinprocesser, arbejdsgange, it-understøttelse etc. Der eksisterer ikke de samme muligheder for bosteder og misbrugsområdet i relation til FMK, it-understøttelse og processer, som man er vant til fra fx det kommunale ældreområde.

D. Bosteder og misbrugsområdets behov er forskellige

Analysen har givet indblik i, at behov og ønsker på bosteder og misbrugsområdet er så væsentligt forskellige, at det ikke er meningsfuldt, at håndtere områderne samlet.

Det anbefales, på baggrund af ovenstående, at der igangsættes aktiviteter med henblik på information, læring, netværk og samarbejde for at understøtte de frivillige initiativer i relation til FMK på bosteder og misbrugsområdet. Det anbefales konkret:

1. At der gennemføres aktiviteter med henblik på at opnå, at læger på misbrugsområdet registrerer udleveret medicin i FMK fra første kontakt med patient. Dette *kan* håndteres i FMK og handler alene om arbejdsgange og registreringspraksis.
2. At den nuværende kommunikation og information om FMK evalueres med bosteder og misbrugsområdet for øje, og at der på denne baggrund igangsættes aktiviteter med henblik på, at gøre information om FMK og erfaringer med FMK mere synlig og aktiv.
3. At der faciliteres netværksaktiviteter med henblik på at dele erfaringer og læring imellem institutioner.
4. At det vurderes, på hvilke områder, det kan give størst nytte at levere værktøjer og evt. sparring i form af fx implementeringsplaner, modeller for organisering af medicinopgaver, arbejdsgange, etc. således at institutionerne kan få mere direkte og aktiv hjælp og ikke skal starte forfra, når man skal implementere FMK.
5. At der etableres et overblik over eksisterende relevante it-systemer og deres FMK parathed, således at institutioner, som er eller skal i gang med en systemudskiftning, har et godt grundlag at vurdere deres systemanskaffelse på.
6. At det for de ovenstående aktiviteter anerkendes, at der er så væsentlig forskel på situation og behov på bosteder og misbrugsområdet, at aktiviteter bør målrettes de to områder hver for sig.