

# Ufatteligt mange steder det kan gå galt

Enhver sygeplejerske kan tælle piller op og dage frem. Men det er langt fra en simpel opgave at håndtere borgernes medicin, når de lige er blevet udskrevet fra hospitalet. Opgaven består af 12 trin og kræver tit flere besøg. Mangelfuld kommunikation mellem sektorerne og de accelererede patientforløb med multisyge borgere vanskeliggør også arbejdet, viser ny ph.d. fra Aalborg Kommune.

Sygeplejersken 2018 ; (12): 25-29. Øvrige artikler  
Christina Sommer , journalist

En borger, der ikke lukker op. Præparater, der mangler, fordi enten borger eller apotek ikke har dem. Uforståelige eller manglende ordinationer i det fælles medicinkort. Og de til tider kaotiske omgivelser med rod og medicin, der bliver opbevaret mellem madvarer, i skuffer og skabe.

Det er eksempler på normale arbejdsvilkår for hjemmesygeplejerskerne i Aalborg Kommune, når de tager på besøg for at lave sygeplejefaglig udredning og gennemgå og dispensere medicin hos borgere, der netop er blevet udskrevet fra hospitalet. En tilsyneladende simpel opgave, som dog ofte ender med at koste dyrebar tid og skabe frustrerede hjemmesygeplejersker, fortæller assisterende områdesygeplejerske Lotte Frihof Vestergaard:

”Vi synes jo selv, det lyder som en simpel opgave. Sygeplejersken skal bare lige hjem til borgeren og tjekke, at alt er godt og dispensere medicin til de næste to uger. Men så mangler der dosetter. Der er måske fjernet noget medicin fra listen, som ikke skulle være fjernet, og borgeren har måske heller ikke fået al medicinen hjem endnu,” siger hun.

Besøget udvikler sig derfor ofte til et større udredningsarbejde, hvor hjemmesygeplejerskerne tit skal bruge meget tid på at få fat i både hospitalet, hjemmeplejen og/eller borgerens egen læge, uddyber Lotte Frihof Vestergaard:

”Er vi heldige, kan borgeren få medicinen samme dag, ellers må sygeplejersken komme igen. Det er især koordineringen, der gør det hele så komplekst”.

## Glemte seponeringsdatoen

Lotte Frihof Vestergaard er derfor glad for, at Aalborg Kommune i 2014 valgte at ansætte noget så sjældent som en ph.d.-studerende til at undersøge området nærmere (se boksen ”Medicin efter udskrivelse”, red.).

Sammen med 25 kolleger i Aalborg Kommunes hjemmesygepleje område Vest har hun deltaget i en række observationsstudier og workshops, som først og fremmest har givet hjemmesygeplejerskerne et klarere billede af, hvor kompleks opgaven egentlig er.

Når hjemmesygeplejerskerne tog på planlagt hjemmebesøg, fulgte sygeplejerske, cand.cur. og nyslået ph.d. Mette Geil Kollerup efter med kamera, blok og pen. Observationerne blev samlet og analyseret, og resultaterne bekræfter til dels, hvad forskning og flere statistikker allerede viser: Internationale studier har fundet

### Medicin efter udskrivelse

Ph.d.-projektet bestod af tre delstudier: 1) Undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes opgaver og udfordringer, 2) Udvikling af intervention og 3) Afprøvning og evaluering af interventionen.

Delstudierne er offentliggjort i tre engelsksprogede artikler med Mette Geil Kollerup som førsteforfatter (”Visiting nurses’ post-hospital medication management in home health care: an ethnographic study”, ”Improving visiting nurses’ post-hospital medication

uoverensstemmelser i op til 94 pct. af medicinlisterne ved udskrivelse. I Danmark er medicineringsfejl årsag til over halvdelen af alle indberettede utilsigtede hændelser i primær sektor, ligesom resultaterne fra det nye risikobaserede tilsyn i kommunerne også tydeligt afspejler, at det er et komplekst område (se boksen "Tilsyn med medicin", red.).

Det har de også eksempler på i Aalborg Kommune, hvor hjemmesygeplejerske Mette Birgitte Moos husker et besøg hos en borger med KOL, som var blevet udskrevet med en antibiotika- og prednisolonkur, der ikke var sat seponeringsdato for.

"Jeg får fat i hospitalet, som erkender, at det har de glemt at notere. Havde jeg ikke opdaget det, var det måske endt med en medicineringsfejl. Det kræver virkelig, at vi nærstuderer listerne og reflekterer over ordinationerne," siger hun.

Bare det at komme i kontakt med lægen på sygehuset er en historie i sig selv, tilføjer hun:

"Ofte får man fat i en sekretær, der får lægen til at ringe senere, og det sker tit, når man er i gang med noget helt andet. Jeg bliver frustreret, når jeg ikke kan gøre mit arbejde færdigt med det samme og nogle gange må give opgaven videre til en kollega. Det koster tid. Og for mange af de hængepartier øger risikoen for forglemmelser," siger hun.

## Lister skaber mange tvivlsspørgsmål

Ud fra sine observationstudier har Mette Geil Kollerup identificeret 12 trin (se boksen "De 12 trin"), som hjemmesygeplejerskerne skal igennem i forbindelse med et planlagt hjemmebesøg hos en borger efter udskrivelse. Bare det at få adgang til borgernes hjem kan være en udfordring, men især trin 6 og 7 er tidskrævende: Sammenligning af borgers medicinliste før og efter indlæggelse samt udredning af evt. tvivlsspørgsmål.

### De 12 trin

Hjemmesygeplejersker skal gennem 12 trin i forberedelse med medicin håndtering hos en borger efter udskrivelse.

1. Forberede besøget på kontoret
2. Transport til hjemmet
3. Få adgang til hjemmet
4. Etablere kontakt til borger – første indtryk af borgers tilstand
5. Studere information fra hospitalet
6. Sammenligne medicinlister før og efter indlæggelse
7. Udrede tvivlsspørgsmål
8. Få overblik over nuværende medicin og remedier i hjemmet
9. Planlægge dispensering
10. Dispensere og organisere medicin

Management A participatory approach" og "Improving post-hospital medication management in a Danish municipality: a process evaluation"). De kan tilgås fra databaser som Cinahl og Pub Med.

Selve ph.d.-afhandlingen er også på engelsk og har titlen "Visiting nurses' post-hospital medication management – exploration of processes for the development and implementation of an intervention aimed to improve safe patient medication". Den vil blive offentliggjort på [www.aau.dk](http://www.aau.dk) under menupunktet Forskning.

Ifølge retningslinjerne skal borgerne have den medicin, der er ordineret fra hospitalet. Listen skal være afstemt og indeholde al den medicin, borgeren skal have fremadrettet, også relevant medicin, som borgeren fik før indlæggelse.

I praksis lader det dog til at være nemmere sagt end gjort, selv i dag, hvor de fysiske medicinlister, som var i brug under Mette Geil Kollerups observationstudier, er blevet erstattet af det fælles medicinkort. Det kan skyldes de accelererede patientforløb og udviklingen med flere multisyge ældre, hvor flertallet dagligt skal have 5-10 medikamenter. Mange borgere er stadig i behandling, når de kommer hjem, og de har ofte komplekse og ustabile plejebenhov, som igen kræver individuelle behandlingsforløb med mange aktører og løbende justeringer.

Trin 8-10 er dog også tidskrævende processer: overblik over medicin i hjemmet samt planlægning, dispensering og organisering af medicinen. Under et af besøgene observerede Mette Geil Kollerup, at hjemmesygeplejersken var

11. Afslutte kontakt med patienten

12. Dokumentere og planlægge næste besøg

Arbejdet med de 12 trin skal hele tiden tilpasses patientens tilstand og forholdene i hjemmet, og det kræver ofte flere besøg at komme gennem dem alle.

i tvivl om i alt 15 præparater – både i forhold til gennemgang af medicinlister og i forhold til at skabe overblik før dispensering. Forskeren dokumenterede også, at mange borgere opbevarede deres medicin flere steder i hjemmet. Og når først præparaterne var lokaliseret, kunne nogle glas være tomme, anden medicin for gammel eller flere forskellige piller blandet sammen i et glas.

”Alt dette dækker over det, vi i projektet kalder

logistik. Det er noget, sygeplejerskerne bruger enormt meget tid på. Og det er jo syge mennesker, der kommer hjem. De har ofte selv svært ved at gøre rede for situationen, især hvis de får mange forskellige præparater,” siger hun.

## Landsdækkende problemstilling

Senere på året barsler Dansk Sygeplejeråd med en undersøgelse af bl.a. medicin håndtering i borgerens eget hjem blandt udvalgte kommunale sygeplejersker. Der er dog ingen grund til at tro, at forholdene i Aalborg Kommune er unikke.

Som formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne genkender Inge Jekes problemstillingerne, især at sygeplejersker kommer hjem til borgere, som ikke har den medicin, der skal doseres pga. manglende recept eller levering. Uoverensstemmelser mellem borgernes medicinlister før og efter indlæggelse er også meget udbredt, fortæller hun og tilføjer:

”Her har sygeplejerskerne tit svært ved at få nogen til at tage stilling til, om borgeren fortsat skal have den medicin, hun fik fast før indlæggelse. På sygehuset afviser de ofte med henvisning til, at de ikke har behandlingsansvar i forhold til lige det præparat. Og borgerens egen læge vil måske heller ikke tage stilling, hvis han ikke har set epikrisen endnu,” siger Inge Jekes.

Fundene fra Aalborg Kommune falder også helt i tråd med konklusionerne i rapporten ”Kompleksitet i den kommunale sygepleje”, der blev offentliggjort tidligere i år. Den er udført af projektchef Sidsel Vinge fra VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Kort fortalt konkluderer rapporten, at sygeplejersker i kommunerne agerer i tre typer kompleksitet: medicinsk, social og organisatorisk kompleksitet (læs mere på [www.dsr.dk/kompleksitet](http://www.dsr.dk/kompleksitet), red.).

Når sygeplejersker skal håndtere borgernes medicin efter udskrivelse, er alle tre kompleksiteter i spil, men især den organisatoriske og sociale dominerer. Som Sidsel Vinge beskriver det: Når plan A fejler (især manglende opdatering/afstemning af recepter i borgernes fælles medicinkort), må sygeplejerskerne ty til plan B og selv opsøge relevante informationer og kontakte aktører, hvilket dog langtfra fungerer optimalt i dag:

”De kommunale sygeplejersker oplever, at de bruger meget tid på det her. Som hovedregel har de heller ikke samme mulighed som hospitalsafdelinger og praktiserende læger for at ”ringe bagom”, hvis de har brug for at kontakte borgerens læge, hospitalet eller et ambulatorie,” siger Sidsel Vinge.

## Ro og orden vigtigt

Sygeplejechef i Aalborg Kommune Helen Kæstel anslår, at hjemmesygeplejen overordnet bruger omkring 25 pct. af deres tid på medicinadministration.

”Det er en meget stor post, og vi havde på fornemmelsen, at der var meget spildtid, hvilket ph.d.-afhandlingen jo bekræfter. Mit lidt naive håb var, at projektet kunne være med til at løse nogle af de udfordringer, sygeplejerskerne har. Men det kom vi desværre ikke helt i mål med,” siger hun. Trods dette finder Helen Kæstel ikke arbejdet spildt:

”Nu skal ph.d.en ud og leve blandt både ledere og medarbejdere. Vi har fået et mere konkret billede af, hvor kompleks opgaven er og ikke mindst hvorfor: Manglende recepter og medicin – hvordan løser vi det?”

Oveni skal sygeplejerskerne nogle gange dispensere i et fuldstændigt kaotisk arbejdsmiljø,” siger hun og uddyber:

”De har 20 gange 30 cm at gøre godt med. Præparater og doseringsæsker til fire uger står side om side med tomme øldåser og et gebis. Medicin skal være der, og der skal være ro og orden. Det er den laveste frugt, vi har kunnet høste, nu hvor vi for alvor er blevet opmærksomme på det,” siger hun.

Det er hjemmesygeplejerske Bente Merete Hansen enig i. Flere af de billeder, som blev taget i forbindelse med observationsstudierne, har givet stof til eftertanke:

## Tilsyn med medicin

I 2017 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed for første gang tilsyn med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. I alt 111 behandlingssteder fik besøg, dette år med særskilt fokus på medicinbehandling. Resultaterne afspejler, at det er et komplekst område.

Målepunkter, der oftest ikke var opfyldt:

**1. Dispenseringsform, styrke og aktuelt handelsnavn var ikke dokumenteret korrekt: 41,1 pct.**

Der skal dokumenteres aktuelt handelsnavn, dispenseringsform (f.eks. tablet, mikstur) og styrke for ethvert medicinpræparat

**2. Aktuel og ikke-aktuel medicin blev ikke opbevaret adskilt: 36,6 pct.**

Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin for at undgå fejldispensering

**3. Der var uoverensstemmelse mellem medicinliste og ordinationer: 31,8 pct.**

Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den medicin, der står anført i medicinlisten

**4. Holdbarhed på medicin og sterile produkter var overskredet: 23,4 pct.**

Holdbarhedsdato på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje må ikke være overskredet

**5. Der var uoverensstemmelse mellem medicinliste og doseringsæsker: 22,4 pct.**

Der skal være overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poser

**6. Doseringsæsker var ikke mærket korrekt: 21,5 pct.**

Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer

”Hold op, hvor er vi oppe imod mange ting. Når tingene roder – hvor meget kan vi så tillade os at sige til borgeren? Retningslinjerne siger, der skal være navn, cpr-nr. og korrekt tidspunkt angivet på æskerne, men selv det kan være svært at trumfe igennem. Vi bestemmer mange ting, men vi er i borgernes hjem, og de har også noget at sige,” siger Bente Merete Hansen.

## ”I sikre hænder” sikrer ikke alt

Helen Kæstel understreger, at både hun og alle medarbejdere naturligvis kender og følger de nationale retningslinjer og lokale instrukser for medicinbehandling i borgernes eget hjem. Og hun kender også Dansk Selskab for Patientsikkerheds program ”I sikre hænder”, hvor medicinpakken har resulteret i, at nogle af de i alt 18 deltagende kommuner har 500 dage uden medicinfejl.

”Det er jo ikke noget problem at få rette medicin hældt op i de rette æsker – forudsat medicinen er der. Jeg synes, at ”I sikre hænder” især mønster sig på en praksis med ro og orden, f.eks. på plejecentre. Det sikrer jo ikke, at recepten er der, eller at borgeren har fået medicinen hjem. Programmet kan noget, men der er meget, det ikke kan, og det er det, ph.d.-afhandlingen beskriver,” siger Helen Kæstel.

Det synspunkt bekræftes til dels af data fra Isikrehænder.dk, der viser, at hovedparten af de arbejdspladser, der kan mønstre hundredvis af dage uden medicinfejl, netop er plejecentre og botilbud.

Som forsker og tidligere hjemmesygeplejerske håbede Mette Geil Kollerup også, at hendes arbejde ville resultere i flere konkrete løsningsforslag end de tre tiltag, hun med eksternt hjælp udviklede og afprøvede sammen med en gruppe af hjemmesygeplejerskerne (læs artiklen ”Tre værktøjer kan hjælpe sygeplejerskerne”).

”Aalborg Kommune har ikke fået løst problemerne, men de har fået undersøgt og videnskabeligt beskrevet nogle af de vilkår, mekanismer og relationer, der kan have

betydning for, at borgerne får den rette medicin, når de er kommet hjem fra hospitalet,” siger hun.



## Tema: Mangelfuld kommunikation komplicerer medicinhandling

Medicin, der mangler. Uforståelige eller manglende ordinationer i det fælles medicinkort. Og til tider kaotiske omgivelser i borgernes hjem. Når hjemmesygeplejersker tager på planlagt besøg hos ældre borgere, der lige er kommet hjem fra hospitalet, er det langt fra altid en simpel opgave. Det har Jane Frandsen (billedet, red.) og hendes

kolleger fra Aalborg Kommune fået beskrevet i en ny ph.d.-afhandling. Problemstillingerne er landsdækkende og kalder på en nytænkning af hjemmesygeplejen de første dage efter udskrivelsen, mener forsker.

- Vi kommer igen tirsdag
- Ufatteligt mange steder det kan gå galt
- Tre værktøjer kan hjælpe sygeplejersker

Emneord:

Hjemmesygepleje

Medicinhandling