

# Sygeplejefaglig indsats over for hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt



## En rapport om resultater og ufordringer til medicinhåndtering i hjemmesygeplejen

## Indhold

1: Indledning og resume .....	3
2: Baggrund.....	6
3: Problemafgrænsning.....	10
4: Antagelser .....	11
5: Design og metode.....	12
5.1 Tilrettelæggelse af borgerbesøg .....	12
5.2 Observations - og interviewguide samt registrant.....	14
5.3 Forløbsorienteret udredning .....	14
5.4 Inklusions - og eksklusionskriterier.....	15
5.5 Udvalgelse .....	15
5.6 Samtykke .....	15
7: Databearbejdelse.....	17
8: Præsentation af borgerbesøgene.....	18
8.1 Generelle forhold .....	18
8.1.2 Typer af visiterede ydelser.....	18
8.1.3 Persondata .....	18
8.1.4 Helbredsstatus.....	19
8.1.5 Funktionsstatus.....	19
8.1.6 Forbrug af lægemidler.....	19
8.1.7 Kommunikation og kontakt.....	19
8.1.8 Aktører.....	20
8.1.9 Tidsforbrug .....	21
8.2 Helhedsbeskrivelser.....	22
Borgerforløb case 1:.....	22
Borgerforløb case 2:.....	25
Borgerforløb case 3:.....	27
Borgerforløb case 4:.....	30
8.3 Tematiserede beskrivelser .....	33
8.3.1 Medicinstatus.....	33
8.3.2 Medicinhåndtering.....	35
8.3.3 Medicinering.....	38
8.3.4 Medicinmestring .....	41
8.3.5 Medicinlæring.....	42
9: Diskussion af resultater.....	43
9.1 Generelt .....	43
9.2 Specifikt .....	44
9.2.1 Resultater set fra et borgerperspektiv .....	44
9.2.2 Resultater set fra et sygeplejefagligt perspektiv.....	45
10: Metodeovervejelser .....	48
11: Konklusioner.....	49
12: Referencer .....	51
13: Bilag.....	52
Bilag 1: Perspektiver på medicinkvalitet i hjemmesygeplejen .....	52
Bilag 2: Interview og observationsguide .....	54
Bilag 3: Medicinhåndtering i hjemmeplejen – overvejelser på baggrund af pilotundersøgelsens resultater .....	55

## 1: Indledning og resume

Medicinering er en kerneydelse i det borgernære sundhedsvæsen, da ikke alle borgere, som behandles medikamentelt, selv kan administrere egen medicin.

I Københavns Kommune er hjælp til medicindosering og medicinadministration de enkeltydelser, der oftest iværksættes i den kommunale sygepleje. I forvaltningens regi modtog 60 % af de borgere, der i 2008 fik hjemmesygepleje, ydelser til medicinhåndtering; heraf 39 % til medicindosering, 18 % til medicinadministration samt 3 % til anden indsats vedrørende medicin.

Københavns Kommunes Sundheds - og Omsorgsudvalg besluttede i 2009 at øge indsatsen over for borgere, der bruger mere end 3 lægemidler. Beslutningen udmøntedes i igangsættelse af projektet *Medicinkvalitet -sikker og rigtig medicin anvendelse i hjemmeplejen*<sup>1</sup>. Rapporten *Sygeplejefaglig indsats over for hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt* er en afrapportering af et pilotprojekt under dette projekt.

Rapporten præsenterer resultater af pilotprojektet om medicinhåndtering i hjemmesygeplejen baseret på gennemførelse af 36 borgerbesøg aflagt hos 18 borgere af borgernes egen hjemmesygeplejerske i efteråret 2009. Projektet gennemførtes i hjemmesygeplejen på Amager i perioden fra august til december. De 18 borgere blev udvalgt successivt efter allerede planlagte kørelister. Apotekernes rolle indgår ikke i nærværende afrapportering på pilotprojektet.

### Formål

Formålet med pilotprojektet var

- at få et overblik over hjemmesygeplejens indsats i medicineringsprocessen samt viden om, hvorvidt en systematisk sygeplejefaglig udredning meningsfuldt vil kunne udrulles til alle borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt
- at tydeliggøre hjemmesygeplejens indsats forud for en efterfølgende planlægning af model for tværfaglige medicingennemgange hos de hjemmeboende borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt.

### DEFINITION AF NØGLEBEGREBER

**Sikker medicinering:** at borgeren får den medicin, der er ordineret og den administreres KORREKT hver gang.

**Rigtig medicinering:** at borgerens samlede medicin er RIGTIGT dvs. tilpasset den aktuelle sundhedstilstand.

**Medicinafstemning:** en metode til løbende at sikre, at der er overensstemmelse i mellem recepter, følgeseddel medicinskemaer og medicinlister, så borgeren hver gang modtager KORREKT medicinering.

**Medicingennemgang:** en metode til - ved behov- at sikre, at borgeren får den RIGTIGE medicin med den rette virkning, uden bivirkninger og interaktion med andre præparater.

<sup>1</sup> Sideløbende pågår projekt om bedre medicin anvendelse på plejehjem

## Resultater

Medicinering i hjemmesygeplejen er en lægedelegeret opgave, og det er derfor en nødvendig forudsætning for sikker og rigtig medicinering, at hjemmesygeplejen har adgang til opdaterede oplysninger om borgenes medicin.

Rapporten viser, at det ikke var muligt for den kommunale sygepleje - hos nogen af de 18 borgere under første besøg - at dosere og administrere medicinen korrekt uden en **omfattende systematisk sygeplejeudredning**.

Endvidere viser rapporten, at det lykkedes projektets hjemmesygeplejersker gennem en **systematisk sygeplejeudredning og systematisk opfølgning** at skabe overblik over, hvad borgeren skulle have af medicin, samt at få afstemt medicinen med de ordinerende læger dvs. borgernes egne læger, hospitalslæger og speciallæger.

**Hovedkonklusionen er, at de eksterne forudsætninger for en rigtig og sikker medicinhåndtering i det daglige arbejde i hjemmesygeplejen er fraværende.**

Rapporten afdækker en række konkrete problemstillinger. Herunder:

- **manglende medicinafstemning** mellem borgernes læger og hjemmesygeplejen.
- **manglende ansvarsplacering** for samlet medicinering blandt ordinerende læger
- **manglende oplysninger om ny medicin**, som stod i hjemmet
- **uoverensstemmelser** imellem behandlende lægers ordinationer og medicinlister
- manglende besked om ændrede og nye ordinationer efter **ambulant behandling**
- medicinændringer ved **udskrivelse** blev ikke videregivet til egen læge og derfor heller ikke til hjemmesygeplejen
- undladelser og fejl i **dokumentationen** af lægemidlerne på medicinarkene i hjemmeplejens dokumentationssystemer

## Vilkår for medicinhåndteringen i hjemmesygeplejen

Rapporten viser, at vilkårene for medicinhåndteringen i hjemmeplejen kan deles op i eksterne og interne forhold, der på hver deres måde skaber rammerne for den kommunale sygeplejes håndtering af borgernes medicin.

### Eksterne forhold

De eksterne forhold peger på det grundvilkår, at medicinering i hjemmesygeplejen er en lægedelegeret opgave, og det er derfor en nødvendig forudsætning for sikker og rigtig medicinering, at hjemmesygeplejen har adgang til opdaterede oplysninger om borgenes medicin.

Rammerne for de ordinerende lægers arbejde fastlægges dels nationalt dels i regionerne.

*Rapporten viser at:*

- borgerne blev behandlet for mange sygdomme af **flere læger** på tværs af sektorgrænserne - de 18 borgere behandlede medicinsk tilsammen af cirka 43 forskellige læger
- ingen af de involverede læger (praktiserende læge, speciallæger eller hospitalslæger) havde **overblik** over borgernes samlede medicin i forbindelse med udskrivelse og ambulant behandling
- der var **manglende medicinafstemning** af borgerens medicin. Hjemmesygeplejen havde ikke umiddelbart mulighed for at få egen læge til at afstemme medicinen.
- **manglende ansvarsplacering** for borgernes samlede medicinering blandt ordinerende læger vanskeliggjorde hjemmesygeplejens mulighed for at håndtere medicinen rigtigt og korrekt hver gang

### **Interne forhold**

De interne forhold i hjemmesygeplejen peger primært på indsatser, der vedrører dokumentationsområdet.

*Rapporten viser at:*

- den systematiske sygeplejeudredning var ressourcekrævende og tog **betydelig længere tid**, end den tid, der almindeligvis er afsat til dosering af lægemidler (20 minutter) bl.a. foranlediget af **betydelige kommunikations- og koordineringsopgaver** med de involverede læger.
- forekomsten af flere forskellige dokumentationssystemer samt hjemmesygeplejens arbejdsgange omkring sikring af en fyldestgørende og ajourført **dokumentation** medvirkede til at skabe ufuldstændig information.
- borgerne havde **mistet overblik over egen medicin** og derfor foretrak at hjemmesygeplejen tog hånd om denne.

## 2: Baggrund

Medicinering er en kerneydelse i det regionale, så vel som det borgernære sundhedsvæsen.

Ikke alle borgere, som behandles medikamentelt, kan administrere egen medicin. Borgere, som ikke er selvmedicinerende og derfor har behov for hjælp til medicin håndtering - herunder medicindosering, medicinadministration og medicinindtag, vil imidlertid kunne klare sig i hjemmet, såfremt der ydes professionel hjælp til medicin håndteringen.

I Københavns Kommune er hjælp til medicindosering og medicinadministration de enkeltydelser, der oftest iværksættes i den kommunale sygepleje. I forvaltningens regi modtog 60 % af de borgere, der i 2008 fik hjemmepleje, ydelser til medicin håndtering; heraf 39 % til medicindosering, 18 % til medicinadministration samt 3 % til anden indsats vedrørende medicin (1).

Litteraturgennemgange og erfaringer viser, at mange borgere, især ældre og kronisk syge, har et kompliceret sygdomsbillede (multisyge), og at disse borgere følgerlig behandles med flere medikamenter på én og samme tid (polyfarmaci/mangestofbehandling).

Medikamentel behandling kan på den ene side være funktionsfremmende, øge borgernes livskvalitet og helbred markant og medvirke til, at borgerne kan forblive i eget hjem.

Behandling med mange medikamenter på samme tid øger på den anden side risikoen for utilsigtede interaktioner de enkelte lægemidler imellem samt utilsigtede konsekvenser i forhold til borgerens funktionsevner og livskvalitet.

Jo flere lægemidler jo større er risikoen for lægemiddelrelaterede problemer (2).

Især ældre mennesker har risiko for at få bivirkninger af medicin, da kroppens evne til at omsætte medicin ændres med alderen (3).

Den ældre del af befolkningen har - som den øvrige befolkning - risiko for lav behandlingsføjelighed (non-compliance) - tilsigtet eller utilsigtet, når der skal tage mange lægemidler samtidigt over længere tid (4). En stor del af den ældre befolkning mangler viden og forståelse for medicinens virkning og bivirkninger og kan samtidigt have problemer med koncentrationsbesvær, nedsat hukommelse, konfusion, som fører til både forvekslinger og forglemmelser.

Det er kendt, at lægemiddelrelaterede problemer kan føre til hospitalsindlæggelser og ind imellem til dødsfald. Hospitalsindlæggelser alene kan være forårsaget af medikamentel behandling. Litteraturen er ikke entydig med hensyn til beskrivelsen af risiko herfor. Der er undersøgelser, der dokumenterer at 6-14 % af alle indlæggelser er lægemiddelrelaterede, at 2-3 % af indlæggelserne er dødelige og op imod 80 % alvorlige (5). For ældre borgere angives almindeligvis et gennemsnit på 5-6 procent af alle indlæggelser, som er lægemiddelrelaterede; dog forekommer undersøgelser, som angiver, at op til 40 procent af alle indlæggelser på medicinske afdelinger skyldes lægemiddelrelaterede problemer (6). Desuden rapporteres fra Sverige, at de fleste lægemiddelrelaterede problemer, som fører til ældres hospitalsindlæggelser, kan forebygges op til 90 procent (7).

Det er ifølge Dansk Sundhedsinstitut(DSI) vanskeligt at få et entydigt billede af omfang af lægemiddelrelaterede indlæggelser fordi disse ikke registreres med ICD-10 eller DRG koder. Blandt de 10 hyppigste indlæggelsesdiagnoser, som udgjorde 58 % af alle indlæggelser i 2006, udgjorde hjertepatienter den

største enkelte gruppe med 12 %, kræftpatienter den næststørste gruppe med 10 %. Imidlertid blev 21,5 % af de 65+ borgere indlagt uden medicinske diagnoser, inddelt og kodet i 3 forskellige klasser: symptomer/sygdom, mangelfuld defineret tilstand og indlagt til observation/kræver ej behandling. Denne store gruppe formodes at indeholde lægemiddelrelaterede problemer. Der er ingen tal for, hvor stor en gruppe af de ældre, der indlægges fra hjemmeplejen eller plejehjem. Sygehusene registrerer heller ikke hvilke sundhedsfaglige ydelser, de eksplicit eller implicit udskriver borgerne til (8).

Visse lægemidler forårsager tilsammen 75 % af de indlæggelser, der skyldes interaktioner og bivirkninger; disse omfatter smertestillende lægemidler, hjerte-kredsløbsmedicin, antikoagulationsmedicin (9).

Angstdæmpende medicin og sovemedicin kan nedsætte livskvaliteten (10). Forbruget af angstdæmpende medicin og sovemedicin i Københavns Kommune var i 2006 højere end landsgennemsnittet (11). Der er derfor fokus på, dels at undgå de interaktioner og medicinbivirkninger som forbindes med ovennævnte medicintyper, dels at få nedbragt ordinationer og forbrug af afhængighedsskabende lægemidler (12).

Det er en lægelig opgave at behandle borgerens sygdomme og sygdomstilstande herunder at ordinere al medikamentel behandling. Borgerens egen læge er primært ansvarlig for borgerens totale medicinske behandling i de situationer, hvor borgeren samtidigt behandles af andre læger (13). Hjemmesygeplejen er ifølge Sundhedsstyrelsen ansvarlig for at udføre lægeordineret behandling og observere patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling (14).

Hjemmesygeplejersken har, som den sundhedsperson, der hyppigst gennemfører borgerbesøg, dels en rolle som den, der observerer den medikamentelle behandlings virkninger og bivirkning, dels en rolle som den, der har det overordnede ansvar for medicin håndteringen. Især forudsætter det sygeplejefaglige kompetencer at se sammenhænge mellem sygdomssymptomer og medicinsk behandling. (Se afsnit 14 Bilag: bilag 1) Perspektiver på medicinkvalitet i hjemmesygeplejen'.

Alle opgaver vedrørende medikamentel behandling er lægeligt delegerede opgaver til hjemmesygeplejersker og andre sundhedspersoner (15). Der er derfor også behov for i hjemmesygeplejen at orientere sig mod problemstillinger vedrørende ordinationen af den rigtige medicin og rigtig medicin anvendelse.

En række typiske problemstillinger er knyttet til lægers ordination af den medikamentelle behandling:

- **Diagnostiske problemer** fx vanskelighed ved at skelne mellem symptomer på sygdom og symptomer forårsaget af lægemidler
- **Doseringsproblemer** fx vanskelighed ved at dosere medicin til ældre pga. fysiologiske aldringsfænomener herunder nedsat nyre - og leverfunktion
- **Uhensigtsmæssige lægemiddelkombinationer** fx kan det enkelte præparat være virksom, men det samlede medicinforbrug risikofyldt pga. utilsigtede interaktioner mellem præparaterne
- **Utilstrækkelig indsigt i borgerens samlede medicinering** fx er borgerens indtag af håndkøbsmedicin, naturlægemidler og kosttilskud ikke kendt af borgerens egen læge
- **Dårlig efterlevelse af ordineret behandling** fx stiger dårlig efterlevelse af ordineret behandling (non-compliance) jo flere lægemidler, der indtages dagligt

Det er ikke muligt på forhånd at opgøre, hvor mange af de borgere, der modtager medicinbehandlingsydelse, der er mangestofbehandlede. Af Region Hovedstadens plan for den ældre medicinske patient (16) fremgår det, at medicinbrugere over 75 år anvender mellem 6 og 8 forskellige typer medicin dagligt. De fleste borgere, der modtager hjælp til medicinbehandling i Københavns Kommune tilhører gruppen af 65+ borgere.

Af de 55.000 65+ borgere i Københavns kommune modtager 24 % hjemmehjælp og 12 % hjemmesygepleje fra Københavns Sundheds - og Omsorgsforvaltning. Medicinbehandling inddrages i medicinudleveringsopgaver, i medicinadministrationsopgaver og i andre medicinopgaver. Medicinudlevering varetages af hjemmesygeplejen, hvorimod de fleste medicinadministrative opgaver varetages af hjemmehjælpen i forbindelse med personlig pleje og praktisk hjælp.

Hjælp til medicinbehandling i hjemmet omhandler bl.a. dosering af lægemidler og medicinadministration med tilhørende fornødne observationer. Medicinbehandling gennemføres i dag af flere sundhedsfaglige personer fra hjemmeplejen dvs. hjemmesygeplejersker, social - og sundhedsassistenter og social - og sundhedshjælpere og andre. Når opgaverne videregives er der fare for medicinsikkerheden. Risiko for fejl i medicinbehandling er ligeledes til stede, når medicinbehandlingsopgaver på grund af sygdom, ferier mv. udføres af sundhedsfaglige personer, som ikke har en sygeplejefaglig uddannelse og derfor løser opgaverne uden at have de reelle kompetencer.

Udfordringerne i kommunerne omfatter ifølge et patientsikkerhedsperspektiv på medicinering især dispensering, dokumentation og sektorovergange, idet medicinafstemning sjældent gennemføres. En opdateret medicinliste mangler ofte i sygeplejens plejeplaner og lægernes epikriser (17). Desuden peges i samme rapport på, at det personale, som i kommunerne varetager medicinadministrationen kan være alt fra autoriserede sundhedspersoner til personale uden en sundhedsfaglig baggrund, som handler på delegation fra autoriserede sundhedspersoner.

Blandt hjemmesygeplejersker tales der om, at ansvar og opgaver med medicinbehandling har ændret sig til et lavstatusområde i sygeplejen, netop fordi opgaverne kan varetages af alle faggrupper (18). Følgelig udføres medicinbehandlingsopgaver i stigende grad af sundhedspersoner med kortere uddannelser.

En række typiske problemstillinger er knyttet til den del af sygeplejepsikis, som omhandler medicinbehandling, herunder:

- **Forkert medicin** fx doseres medicinen forkert eller indgives på forkerte tidspunkter
- **Rigtig medicin, men forkert anvendelse** fx glemmer borgeren at tage den ophældte medicin; personalet glemmer at give borgeren en ophældt dosis
- **Utilstrækkelige ressourcer til medicinbehandling** fx er den afsatte tid til dispensering ikke tilstrækkelig til at udrede al den medicin, som borgeren har til rådighed i hjemmet og som eventuelt indtages uden at hjemmesygeplejen eller lægen kender hertil
- **Fejl i medicinafstemning** fx er der manglende overensstemmelse mellem lægens samt lægernes indbyrdes ordinationer, apotekets medicinliste (faktura) og hjemmesygeplejens medicinark (journal/samarbejdsbog) med det resultat, at borgeren ikke får den rigtige medicin
- **Manglende viden hos borger om medicinens indikationer, virkning, bivirkninger mv.** fx ved borgeren ikke, hvorfor den ordinerede medicin skal tages eller hvorfor, et ophør med at tage ordineret medicin kan være risikofyldt



- **Utilstrækkelige kompetencer hos sundhedspersonale** fx pålægges/påtager social - og sundhedsassistenter, social - og sundhedshjælpere samt andet personale medicinbehandlingsopgaver uden at have formel og/eller reel kompetence og/eller uden tilstrækkelig instruktion
- **Usikre arbejdsgange og rutiner ved håndtering af medicin**
- **Uhensigtsmæssige arbejdsgange og rutiner omkring dokumentation og udveksling af informationer om borgernes medicinske behandling** fx medfører dobbelt dokumentation i KOS og samarbejdsbog en fordobling af borgerbesøg. Manglende mulighed for elektronisk kontakt og dialog med borgerens læger besværliggør samarbejdet

Rigtig og sikker medicinanvendelse kan kun gennemføres i et kontinuerligt samspil og kommunikation mellem læger og det sundhedspersonale, som fra hjemmesygeplejen yder borgerne hjælp med medicinbehandlingen.

Hjemmesygeplejen udgør i samarbejde med hjemmehjælpen det sidste led i kæden af de fagpersoner, som involveres i sikring af hjemmeboende borgers medicinering. Hjemmesygeplejen "arver" derfor også de uløste problemstillinger som "fødes" andre steder i kæden.

Der er derfor rigtig mange udfordringer, som dagligt skal håndteres for at sikre, at de borgere, som er i hjemmeplejens varetægt, medicineres rigtigt og indtager den rigtige medicin korrekt.

### 3: Problemafgrænsning

Med udgangspunkt i den eksisterende viden om medicineringens mange og komplekse problemstillinger afgrænser pilotprojektet sig primært til den borgerrettede sygeplejefaglige indsats og alle de opgaver, som knytter sig til observation af borgerens funktions og helbredstilstand, borgerens evne til selv at håndtere eget medicinindtag samt til alle de sygeplejefaglige opgaver, der vedrører lægemiddelhåndtering.

Den sygeplejefaglige indsats i pilotprojektet omhandler dels en *udredning* og dels en efterfølgende *opfølgning* på de problemstillinger, som udredningen afdækker.

#### *Sygeplejefaglig udredning*

Den sygeplejefaglige udredning i pilotprojektet omfatter en udredning inden for tre temaer vedrørende borgerens:

- *Medicinstatus*
- *Medicinering*
- *Medicinmestring*

og to temaer vedrørende sundhedspersonalets

- *Medicinhåndtering*
- *Medicinclæring*

(Se afsnit 14: Bilag. Bilag 2: Interview og observationsguide)

#### *Sygeplejefaglig opfølgning*

Den sygeplejefaglige opfølgning omfatter 5 typer interventioner med underliggende aktiviteter:

- *Medicinhåndtering* herunder dosering og administration af medicin
- *Kommunikation* herunder kontakt til læger og kollegaer i hjemmeplejen med henblik på at afstemme borgerens medicinske behandling, håndtere medicinen korrekt samt rapport om observationer af symptomer
- *Dokumentation* herunder notering af borgerens aktuelle medicin bl.a. synonympræparater, igangsatte interventioner mv. i KOS samt i borgerens samarbejdsbog
- *Undervisning* herunder instruktion og vejledning af borgere og pårørende
- *Oplæring* herunder instruktion og vejledning af øvrigt sundhedspersonale

## 4: Antagelser

Hjemmesygeplejersker og andre sundhedspersoner, som doserer og administrerer lægemidler i borgerens hjem, er ansvarlige for, at medicin håndteringen, som er en lægelig delegeret opgave, udføres pålideligt og sikkert hver gang. Hjemmesygeplejen kommer regelmæssigt i borgerens hjem og har mulighed for at yde en vigtig indsats i observation af medicinbehandlingens indvirkning på borgerens funktionsevner, aktivitetsniveau og hele livssituation. Hjemmesygeplejersken har desuden mulighed for at vurdere, om borgeren kan mestre administration og indtag af egen medicin samt mulighed for at vejlede og undervise borgere og pårørende om medicineringens formål mv.

Det antages derfor:

- At hjemmesygeplejerskens indsats i afdækning af borgerens medicinstatus kan medvirke til at samstemme og sanere borgerens beholdning af lægemidler og dermed mindske risikoen for medicineringsfejl
- At hjemmesygeplejerskens medicinafstemning vil korrigere for uoverensstemmelser mellem på den ene side lægernes oplysninger om aktuell medicinering i journal og på medicinlister og på den anden side hjemmesygeplejens medicinark i KOS og i samarbejdsbogen
- At borgerens medicinering kan kvalificeres af borgerens egen læge på baggrund af hjemmesygeplejens observationer og rapportering herom
- At hjemmesygeplejerskens indsats vil fremme borgerens motivation til at lære om egen medicinske behandling og medicinanvendelse; alternativt, at eventuelle pårørende vil være motiveret til at lære om borgerens medicinanvendelse, såfremt disse aktivt hjælper borgeren med medicin håndteringen
- At hjemmesygeplejerskens indsats vil fremme det øvrige sundhedspersonales motivation til at lære om borgerens helbredsstatus herunder sygdomme, funktionsstatus mv. samt den medicinske behandling

I projektsammenhænge antages det:

- At der vil ske en forbedring over tid i mellem 1. og 2. besøg således, at de problemer, der afdækkes under første besøg vil være afklaret eller løst ved andet besøg (se afsnit 6.3: Forløbsorienteret udredning). En udvidet udredning i 1. besøg antages at kunne forebygge medicin håndteringsproblemer i det videre forløb.

## 5: Design og metode

Selv om projektet: 'Medicinkvalitet – sikker og rigtig medicinanvendelse i hjemmeplejen' skulle omfatte en tværfaglig indsats over for alle mangestofbehandlede borgere, har det været vigtigt først at afklare, hvilken indsats hjemmesygeplejersken kan yde over for borgere, som anvender flere lægemidler samtidigt.

Pilotprojektet er derfor designet således, at det er muligt at afklare:

- Hvilke typiske problemstillinger hjemmesygeplejersken konkret står overfor, når hun skal hjælpe borgeren med medicinhåndtering
- Hvilke interventioner og aktiviteter hjemmesygeplejersken må iværksætte for at sikre, at borgeren får den korrekte medicin og for at medvirke til, at borgerens medicinering er rigtig
- Om en fortløbende indsats over tid afhjælper disse typiske problemstillinger
- Om hjemmesygeplejen kan bidrage med at øge medicinkvaliteten

### 5.1 Tilrettelæggelse af borgerbesøg

#### *Borgerbesøg i hjemmeplejen*

Det er almindelig praksis, at der afsættes 20 minutter til hvert borgerbesøg, når der rutinemæssigt skal doseres medicin af hjemmesygeplejerske eller social - og sundhedsassistenter hos de borgere, man kender. Der kan afsættes ekstra tid til dataindsamling på 30 minutter hos borgere, der er nye i hjemmeplejen. Det er desuden muligt, når hjemmesygeplejersken skønner, at der er særlige forhold, som skal tages højde for, at anmode om observationsbesøg på 5 minutter, kontakt til samarbejdspartnere på 10 minutter samt instruktion af borger eller pårørende på mellem 5-og 30 minutter.

Det er almindelig praksis i lokalområdet på Amager, at borgerbesøgene planlægges for én uge ad gangen på skift af ansatte sundhedspersoner, således, at den ansvarlige hjemmesygeplejerske fordeler medicinhåndteringsopgaverne hos de borgere, der skal besøges de respektive dage via såkaldte kørelister til det 'udkørende' sundhedspersonale.

Sundhedspersonalet møder på hjemmeplejens kontor og har her adgang til de pågældende borgernes elektroniske journaler KOS (Københavns Omsorgs System). I KOS kan man bl.a. orientere sig om borgernes medicin samt forhold vedrørende medicinadministration på medicinark, 'Aktuelt medicin'. KOS plejeplan anvendes ikke i hjemmeplejen, men der føres fortløbende notater om forhold vedrørende medicinadministration, herunder hvad medicinen gives for, bivirkninger og bemærkninger, planlægning af undersøgelser mv. samt iværksat pleje.

Medicin arket 'Aktuelt medicin' i KOS indeholder 3 rubrikker til dokumentation af borgerens medicin: **Fast medicin**, som vedrører den medicin, der skal gives i samme dosis på faste tidspunkter hver dag. **Skemamedicin**, som vedrører den medicin, der skal gives på uensartede tidspunkter eller med forskellige antal tabletter fra dag til dag. Der skal knyttes ét doseringsskema til hver ordination. **PN medicin** som vedrører den medicin, der gives eller tages af borgeren selv, når borgeren har *behov* for præparatet.

KOS har hidtil ikke været tilgængelig i borgerens eget hjem.<sup>2</sup> Hjemmesygeplejersken printer derfor borgerens medicinark fra KOS ud på hjemmeplejens kontor til indsættelse i borgerens samarbejdsbog i hjemmet. Det er disse medicinark, der skal doseres efter. Ændringer af borgerens medicin skal ligeledes dokumenteres i KOS på hjemmeplejekontoret og et nyt print medbringes af 'udkørende' sundhedspersonale og sættes foran tidligere medicinark i samarbejdsbogen.

Der kan printes to versioner ud af medicinarket; kaldet en kort og en lang version. Den korte version af medicinarket viser al borgerens aktuelle medicin på én side. Denne version giver et godt overblik over borgerens samlede medicinstatus, men har ingen oplysninger om indikation for medicin, bivirkninger mv. eller om borgerens helbredsstatus sygdomme, funktionsstatus mv. Den lange version af medicinarket medtager nødvendige medicinoplysninger, men da hvert præparat fylder én side giver den lange version ikke noget overblik. Det er derfor nødvendigt, at begge versioner er tilgængelige i borgerens samarbejdsbog. Medicinhistorikken i borgerens hjem fremgår alene af den kronologiske rækkefølge af medicinarkene i samarbejdsbogen. Historikken kan imidlertid være svær at udrede alene på baggrund af disse medicinark.

De lægemidler, der skal doseres, skal sammen med nødvendige administrationsmidler fx kanyler og sprøjter forefindes i hjemmet. Medicinen skal hentes på apotek af borgeren eller pårørende alternativt udbringes fra apoteket. I praksis hjælper hjemmesygeplejersken med at fremskaffe ordinationer, genbestille medicin, materialer mv. Er medicin eller materialer ikke tilstede ved besøget, udløses et ekstra hjemmesygeplejebesøg, kaldet 'efterdosering'.

Derudover er det hjemmesygeplejens opgave, at hjælpe borgeren med at holde orden på og opbevare medicinen korrekt.

### ***Borgerbesøg i pilotprojektet***

Borgerbesøgene i pilotprojektet gennemførtes fra august 2009 og til december 2009 dels af to kyndige hjemmesygeplejersker ansat i det udvalgte lokalområde (Amager) og samtidigt halvtidsansat i projektet som projektsygeplejersker dels af én sundhedsfaglig specialkonsulent fra Forvaltningens Sundhedsstab som observatør og dataindsamler.

Med henblik på at gennemføre projektets udredning så praksisnær som mulig, planlagdes det at:

- **Hjemmesygeplejersken** (projektsygeplejersken) udvælger og tager initiativ til det enkelte hjemmebesøg på samme måde som i daglig praksis. Hjemmesygeplejersken er den, der gennemfører samtalen med borgeren, og observerer og vurderer om der på baggrund af udredningen skal iværksættes flere interventioner end medicindoseringen - herunder kommunikation, dokumentation, vejledning og undervisning. Det er ligeledes hjemmesygeplejersken, der på samme måde som til dagligt, gennemfører disse interventioner under og efter borgerbesøget
- **Deltagerobservatøren** (sundhedsfaglig specialkonsulent) gennemfører den projektrelaterede dataindsamlingen under og efter besøget. Dataindsamlingen støttes af en observations- og interview-

---

<sup>2</sup> I 2009 afprøves Net-book til hjemmesygepleje blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i hjemmesygeplejen blandt 100 medarbejdere på Amager og Nørrebro 2009. Målgruppen er hjemmeboende borgere, der modtager sundhedsydelse fra Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning. Note-book er en lille bærbar KOS opkoblet computer ude hos borgerne, som sikrer at dagens sagsbehandling kan færdiggøres her – medicinændringer dokumenteres på stedet i KOS, hvilket sparer dobbeltarbejde. Det undersøges ligeledes om hjemmesygeplejen kan medbringe en bærbar printer, hvilket vil spare efterdokumentation.

guide. Udredningen noteres som en registrering af svar på spørgsmål og fund ved observationer, planlagte, igangsatte, udførte, udsatte, aflyste interventioner samt dokumentation af disse

De 2 hjemmesygeplejersker gennemførte projektets borgerbesøg på samme måde, som de ellers ville have gjort det, dog med den undtagelse, at de kunne anvendes al den tid, der fandtes nødvendigt til at afvikle borgerbesøgene. De 2 hjemmesygeplejersker var således friholdte fra at skulle indsamle projektdata. Den sygeplejefaglige specialkonsulent, som deltog i alle besøgene, varetog denne opgave.

## 5.2 Observations - og interviewguide samt registrant

Observations - og interviewguiden er udviklet på baggrund af litteraturstudier (se afsnit 2: Baggrund) samt erfaringer fra et miniprojekt gennemført af de 2 hjemmesygeplejersker (projektsygeplejersker) i maj 2009 hos 12 hjemmeboende borgere med deltagelse af sundhedsfaglig specialkonsulent.

Da det af praktiske grunde ikke kunne lade sig gøre at udvikle en egentlig database til projektformål suppleredes notater baseret på observations - og interviewguiden (kvalitative data) dels med data fra KOS dels med data fra registrant udviklet til pilotfasens borgerbesøg (kvantitative data).

De kvantificerbare oplysninger fra borgerbesøgene omfatter:

- **Gennemførelse af borgerbesøg** (tidsperiode og forløb mellem 1. og 2. borgerbesøg)
- **Typer af visiterede ydelser** (medicinindosering og administration)
- **Persondata** (alder og køn)
- **Helbredsstatus** (aktuel og tidligere status)
- **Funktionsstatus** (aktuel og tidligere status)
- **Forbrug af lægemidler** (præparat typer)
- **Kommunikation og kontakt** (antal kontakter til borgeres egen læge og andre læger)
- **Aktører** (antal aktører involveret i borgerens medicinbehandling)
- **Tidsforbrug** (anvendt tid på borgerbesøg)

## 5.3 Forløbsorienteret udredning

Ved en forløbsorienteret udredning forstås én med mellemrum gentagen afdækning af de problemer /ressourcer, som er i fokus fx plejetilstand, ernæringstilstand, sår, medicinering. En udredning danner baggrund for planlægning og udførelse af den indsats, der skal ydes i form af interventioner og aktiviteter.

En udredning er første trin i den kliniske, problemløsende proces, som i sygeplejen ofte kaldes 'sygeplejeprocessen'. Når trinnene i processen dokumenteres, kaldes det i sygeplejen en 'plejeplan'.

En sygeplejefaglig udredning baseres på observationer og samtale med borgeren og eventuelt pårørende, information fra andre sundhedspersoner samt på kliniske fund fx blodprøvesvar.

Den kliniske, problemløsende proces/sygeplejeprocessen er iterativ dvs. en proces med flere trin, som gentages, indtil de ønskede mål og resultater er opnået. En udredning skal derfor gennemføres med regelmæssige mellemrum for at følge udviklingen i borgerens tilstand og for at vurdere, om indsatsen har den ønskede effekt.

Ideelt set burde en udredning af borgerens medicinering og personalets medicinbehandling gennemføres fortløbende med et passende interval - fx 4. gange årligt med et systematisk og regelmæssigt fokus på borgerens medicinbehandling og de gennemførte interventioner samt effekten af disse.

*I projektsammenhæng* udredtes borgerens medicinering og tilhørende medicin håndtering i to på hinanden følgende borgerbesøg med et passende mellemrum. Andet besøg (2. udredning) blev af praktiske grunde planlagt gennemført 2 måneder efter første besøg (1. udredning).

På baggrund af de problemstillinger og ressourcer, som afdækkedes i første besøg, planlagdes og gennemførtes den sygeplejefaglige indsats som en række interventioner og aktiviteter. I andet besøg blev udredningen gentaget for at afklare, om de problemstillinger, som tidligere blev afdækket, fortsat bestod eller var løst. Effekten af indsatsen i forbindelse med 1. besøg bedømtes, hvorefter nye tiltag iværksattes.

## 5.4 Inklusions - og eksklusionskriterier

Den sygeplejefaglige indsats omfattede borgere, som anvendte flere end tre lægemidler samtidigt og som fra hjemmeplejen modtog hjælp til medicindosering.

## 5.5 Udvalgelse

Borgerne udvalgte ud fra et tilgængeligheds- og hensigtsbestemt princip.

På de dage, hvor både hjemmesygeplejerske og deltagerobservatør sammen kunne deltage i et borgerbesøg, indgik de borgere, som de to hjemmesygeplejersker planmæssigt skulle aflægge besøg hos for at dosere medicin. Hvis borgere på den planlagte kørselsrute ikke anvendte mere end 3 lægemidler samtidigt, ville de således udgå af projektet.

Imidlertid var alle de første 18 borgere, som de to hjemmesygeplejersker besøgte i august og september 2009, flerstofbrugere og indgik følgelig i projektet.

I udvalget af borgere indgik derfor ikke borgere, som fik dosisdispenseret medicin og hjælp til indtag af denne.

Der indgik 18 borgere i pilotprojektet. Alle 18 borgere modtog et efterfølgende besøg af hjemmesygeplejersken med henblik på en fornyet udredning (36 besøg i alt). Planen at indsamle data fra besøg hos 20 borgere (40 besøg i alt) viste sig at være praktisk umuligt at nå inden december 2009.

Det var heller ikke muligt på forhånd at udtrække data, som ville kunne identificere de borgere, som anvendte vanedannende lægemidler eller lægemidler som tilsammen kan være årsag til medicinrelaterede indlæggelser og bivirkninger dvs.:

- Afhængighedsskabende medicin
- Smertestillende medicin
- Hjerte-kredsløbsmedicin
- Antikoagulationsmedicin

I stedet blev de udvalgte 18 borgeres forbrug af disse typer præparater registreret.

## 5.6 Samtykke

Borgeren orienteredes om formålet med pilotprojektet og fremmødet af to sygeplejersker i hvert besøg. Borgerne anmodedes om at give skriftligt samtykke til at indgå i pilotprojektet.

## 6: Dataindsamling

Den sygeplejefaglige indsats i pilotprojektet omhandlede dels en *udredning* og dels den efterfølgende *opfølgning* af de problemstillinger, som udredningen afdækkede.

Projektets dataindsamling forløb sideløbende med hjemmesygeplejerskens udredning og opfølgning, således at hjemmesygeplejersken ikke forstyrredes i sin kontakt med borgeren. Hjemmesygeplejersken observerede og interviewede borgeren, og gennemførte den indsats, som hun vurderede var nødvendigt for at sikre at borgeren fik sikker og rigtig medicin.

Dataindsamlingen blev af deltagerobservatøren udmøntet i noter og casebeskrivelser (kvalitative data) suppleret med kvantitative oplysninger indtastet i registrant udfærdiget til projektet.

Data vedrørende medecintyper, medicineringsforløb, begrundelse for medicinering, historik mv. kunne ikke udtrækkes fra KOS. Det var derfor kun muligt at indsamle data ved hjælp af observatørnotater og registrant. En undtagelse herfor var dog data vedrørende typer og antal af sundhedsfaglig personale, som i samme periode ydede de 18 borgere hjælp med medicin håndtering (se afsnit 9.1.7: Kommunikation og kontakt).

Data fra borgerbesøgene blev sammenholdt med borgernes journaler af deltagerobservatør (sygeplejerske ansat i forvaltningen) og de to hjemmesygeplejersker. De data, som tilgik projektet, anonymiserede før de analyseredes og præsenteredes.



## 7: Databearbejdelse

Sammenhænge mellem udredning og sygeplejefaglig opfølgning på de 2 borgerbesøg er derfor opgjort ved at sammenholde noter, casebeskrivelser samt indtastet data i registrant.

Materialet omfatter både kvalitative og kvantitative data.

De forskellige typer data fra de i alt 36 borgerbesøg hos 18 borgere er bearbejdet, analyseret og beskrevet af projektleder og efterfølgende gennemgået med deltagerobservatør og de to hjemmesygeplejersker før præsentationen.

Resultaterne af databearbejdelsen præsenteres i 3 afsnit, dels som generelle resultater, dels som helhedsbeskrivelser af udvalgte borgerbesøg, dels som specifikke resultater ordnet tematisk efter interview – og observationsguidens temaer.

## 8: Præsentation af borgerbesøgene

Materialet, som blev indsamlet i pilotprojektet, præsenteres i følgende afsnit:

- **Generelle forhold** omhandlende opgørelser vedrørende borgerpopulationen samt den sygeplejefaglige indsats mv. (kvantitative data) (se afsnit 9.1)
- **Helhedsbeskrivelser** omhandlende beskrivelse af fire udvalgte typiske borgerforløb (se afsnit 9.2)
- **Tematiserede beskrivelser** omhandlende alle 18 borgerbesøg beskrevet ud fra observations- og interviewguidens fem temaer (kvantitative og kvalitative data) (se afsnit 9.3)

### 8.1 Generelle forhold

#### 8.1.1 Gennemførelse af borgerbesøg

Fra august 2009 til december 2009 gennemførtes 18 ud af 20 planlagte borgerbesøg.

Første borgerbesøg (1. udredning) efterfulgtes af et genbesøg (2. udredning) hos de samme 18 borgere med samme fokus.

Andet borgerbesøg (2. udredning) skulle planmæssigt aflægges 2 måneder efter første besøg, men måtte af praktiske grunde aflægges tidligere.

Den gennemsnitlige tid imellem de to besøg var således 42 dage varierende fra 25 dage til 58 dage. Den sundhedsfaglige specialkonsulent (deltagerobservatør) deltog i alle 36 borgerbesøg.

#### 8.1.2 Typer af visiterede ydelser

Borgerbesøgene blev aflagt hos de borgere, som havde fået visiteret ydelsen 'medicindosering' (alle 18 borgere) og for 9 borgeres vedkommende desuden ydelsen 'medicinadministration' (øjendrypning og injektion). Fra august 2009 til december 2009 registreredes endvidere, at 9 af de 18 borgere i samme periode modtog andre sygeplejeydelser i forbindelse med medicinbehandling.

Disse ydelser omfattede: **Observationsbesøg** (ydelse på 5 minutter), **dataindsamling** (ydelse på 20 minutter), **kontakt til samarbejdspartner** (ydelse på 10 minutter), **instruktion og vejledning** (ydelse mellem 5 og 30 minutter). Ydelserne blev tildelt således:

3 borgere: Observationsbesøg

4 borgere: Observationsbesøg og kontakt til samarbejdspartner

1 borger: Observationsbesøg, dataindsamling, kontakt til samarbejdspartner og instruktion og vejledning

1 borger: Instruktion og vejledning

#### 8.1.3 Persondata

Af de 18 borgere var 14 kvinder og 4 mænd. Gennemsnitsalderen for kvinderne var 85,9 år og 77,5 år for mændene; med en aldersspredning mellem 68 og 101 år.

#### **8.1.4 Helbredsstatus**

Der forelå ikke mange og heller ikke aktuelle oplysninger om borgerens helbredsstatus. Helbredsstatus var for 14 borgeres vedkommende ikke beskrevet i KOS. De øvrige 6 borgeres sygdomsdiagnoser var angivet som hjerte- karsygdomme, leukæmi, gigtt og depression. Helbredsoplysningerne for 2 af disse 6 borgere blev sidst ajourført 2004, for andre 2 borgere i 2007 og for de sidste 2 borgere justeret inden for 2-5 måneder. Det var således ikke muligt at sammenligne borgernes tidligere helbredsstatus med den aktuelle status og dermed få overblik over borgerens helbredsforløb.

Ved 2. besøg var yderligere 3 borgeres helbredsstatus ajourført siden 1. besøg.

#### **8.1.5 Funktionsstatus**

De fleste borgeres funktionsstatus var ikke dokumenteret og heller ajourført inden for de sidste 2-3 år. Ved 1. besøg var 5 borgeres funktionsstatus beskrevet som delvis afhængig af hjælp. For de øvrige 13 borgere forelå ingen oplysninger. Der forelå således heller ikke data, som kunne bruges til at sammenligne funktionsstatus over tid.

Ved 2. besøg var 4 borgeres funktionsstatus ajourført siden 1. besøg.

#### **8.1.6 Forbrug af lægemidler**

Borgerne anvendte i gennemsnit 9,9 forskellige lægemidler ved 1. besøg varierende fra 5 til 15 lægemidler. Ved 2. besøg anvendte borgerne i gennemsnit 10 lægemidler varierende fra 6 til 18 lægemidler. Både i 1. og 2. besøg udgjorde de lægemidler, som ordineredes som PN medicin i gennemsnit 1,3 forskellige lægemidler, dog varierede typerne af PN lægemidler mellem første og andet besøg. Der doseredes ligeledes vitaminpiller til 9 borgere i 1. besøg og 11 borgere i 2. besøg. Disse præparater er ikke talt med i opgørelsen.

#### **8.1.7 Kommunikation og kontakt**

Hos alle 18 borgere var en fornyet medicinafstemning nødvendig. For at få styr på borgernes medicin måtte hjemmesygeplejersken kontakte dels borgernes egne læger, dels hospitalslæger og dels speciallæger (øjenlæger). Hjemmesygeplejersken forsøgte at kontakte borgerens egen læge eller hospitalslæger samme dag, som 1. besøg fandt sted. I 7 tilfælde kunne praktiserende læger kontaktes samme dag og i 2 tilfælde kunne respektive hospitalslæger ligeledes kontaktes samme dag. Kun 1 ud af 4 nødvendige kontakter til speciallæger kunne gennemføres samme dag.

Fremsendte medicinlister godkendtes for 6 af borgernes vedkommende samme dag eller dagen efter af borgerens egen læge.

For de øvrige 10 borgere tog etableringen af kontakt til praktiserende læger og speciallæger samt godkendelse af medicinstatus længere tid; for 2 borgeres vedkommende 1 uge og for 1 borger 7 uger. På trods af hjemmesygeplejerskens notat i samarbejdsbogen med pålæg til kollega om at sikre sig lægens godkendelse på fremsendte medicinliste, så eftersøgte den sundhedsperson, der senere kom i hjemmet, ikke den fremsendte medicinliste samt lægens godkendelse af denne. Da den projektansatte hjemmesygeplejerske - efter afholdt ferie - selv fulgte op viste det sig, at lægen havde faxet svaret til et forkert faxnummer.

1 borger blev indlagt inden svar indløb fra borgerens egen læge.

I 2. besøg måtte hjemmesygeplejersken kontakte borgernes egne læger i 7 tilfælde mhp. medicinafstemning. Det lod sig gøre samme dag i 6 tilfælde. I 1 tilfælde henviste borgerens egen læge hjemmesygeplejersken til at få medicinlisten afstemt hos den ordinerende hospitalslæge, hvilket forsinkede processen.

### 8.1.8 Aktører

Al medicinsk behandling er lægens ansvar. Al lægemiddelhåndtering er delegerede opgaver fra lægen til de, der skal udføre disse opgaver fx hjemmesygeplejersken.

Borgeren har imidlertid ikke kun én læge og én hjemmesygeplejerske.

#### **Borgeren behandles af flere læger:**

Hver borger havde sin egen læge.

De 18 borgere havde tilsammen i alt 15 forskellige praktiserende læger, idet 3 læger hver havde to borgere tilknyttet; 2 af de 18 borgere behandlede af læger i dobbelt praksis og 3 af borgerne behandlede af læger i et lægehus med 6 praktiserende læger.

Hjemmesygeplejen skulle derfor, hvad angår de 18 borgere, samarbejde med 15 forskellige praktiserende læger (potentielt med 20 praktiserende læger).

Ud over borgernes egne læger var andre læger involveret i den medicinske behandling af de 18 borgere.

Borgernes medicin ordineredes af flere læger på tværs af sektorerne.

16 af de 18 borgere gik til behandling hos speciallæger (øjnlæger) og/eller hos hospitalsansatte læger i regionens sygehuse. 7 af disse 16 borgere fik lægeordineret medicin fra 2 eller 3 forskellige ambulatorier, 5 af borgerne fik medicin ordineret fra 1 ambulatorium, 6 af borgerne fik ordineret medicin af øjnlæge og 1 borger fik ordineret medicin af tandlæge.

Da kommunikationen - mellem borgerens egen læge, hospitalslæger og speciallæger på den ene side og imellem borgerens egen læge og hjemmesygeplejen på den anden side - var mangelfuld eller ikke eksisterende, medførte det som resultat, at hjemmesygeplejersken ikke kunne gennemføre sine arbejdsopgaver, nemlig at dosere medicin i borgerbesøgene før end hjemmesygeplejersken havde haft telefonisk kontakt med de ambulatorier og speciallæger, der behandlede borgerne.

Tilsammen behandlede de 18 borgere af 28 forskellige special- ambulatorielæger.

De 18 borgere behandlede medicinsk tilsammen af i alt 43 forskellige læger (praktiserende læger, hospitalsansatte læger og speciallæger). Ved uoverensstemmelser imellem de i hjemmet forekomne præparater og/eller sygeplejens medicinskemaer var samarbejdsfladen til borgerens læger for de projektansatte hjemmesygeplejersker tilsvarende stor.

#### **Borgeren fik hjælp til medicinhåndtering af flere sundhedspersoner:**

I lokalområdet Amager var der fra august 2009 til december 2009 ansat følgende sundhedsfaglige personer i de to hjemmeplejeenheder til at yde sygepleje til 440 borgere (Enhed 1) og 580 borgere (Enhed 2)

<i>Ansatte i Hjemmeplejen i lokalområdet Amager</i>	<i>Hjemmesygeplejersker</i>	<i>Social - og sundhedsassistenter</i>	<i>Social - og sundhedshjælpere</i>	<i>Aftenvagten (dækker enhed 1 og 2)</i>
<i>Enhed 1</i>	11	9	210	<i>Hjemmesygeplejersker: 7</i>
<i>Enhed 2</i>	20	8	130	<i>Social - og sundhedsassistenter: 6</i>

I lokalområdet kunne i alt 38 hjemmesygeplejersker og 23 social - og sundhedsassistenter dosere medicin og varetage andre medicinhåndteringsopgaver. I alt kunne 340 social - og sundhedshjælpere samt uuddannede hjælpere yde borgere bistand med medicinindtag, når medicinen i forvejen var ophældt i doseringsæsker.

Set fra de 18 borgeres synsvinkel kom der perioden fra august til december 2009 i gennemsnit 6,8 forskellige hjemmesygeplejersker /social og sundhedsassistenter for at *dosere medicin* med en spredning på 3-9 hjemmesygeplejersker /social og sundhedsassistenter.

8 ud af de 18 borgere fik i samme periode desuden *hjælp til medicinindtagelse* af social - og sundhedshjælpere i gennemsnit 13,6 forskellige hjælpere med en spredning på 1-37 hjælpere. To af disse borgere fik hjælp af henholdsvis 23 forskellige hjælpere og 45 forskellige hjælpere.

I alt kom der derfor hos de 18 borgere i projektperioden i gennemsnit 27,9 forskellige sundhedspersoner i hjemmet for at udføre sygepleje herunder medicindosering og medicinadministration samt personlig og praktisk bistand (hjemmehjælp) herunder hjælp til medicinindtagelse.

De borgere, som havde brug for megen hjælp, fik derfor besøg af ganske mange forskellige sundhedspersoner.

De 4 borgere, som beskrives i afsnit 8.2 'Helhedsbeskrivelser', modtog sygeplejeydelser som vedrørte medicinhåndtering dvs. både medicindosering og medicinadministration leveret af sygeplejersker og social - og sundhedsassistenter samt hjælp til indtag af medicinindtag leveret af social og sundhedshjælpere (se supplerende oplysninger under hver borgerbeskrivelse 8.3.1, 8.3.2, 8.3.3 og 8.3.4)<sup>3</sup>

### **8.1.9 Tidsforbrug**

**I 1. besøg** er der kun opgjort tidsforbrug hos 9 ud af 18 borgere. I 1. besøg (9 tilfælde) anvendes mellem 30 og 15 minutter, i gennemsnit 21 minutter pr. borger til *dosering af medicin* - den ydelse, som hjemmesygeplejersken skulle levere hos borgeren. For at kunne *dosere den rigtige medicin* anvendtes der i de samme 9 tilfælde mellem 2 og 12 timer; i gennemsnit 4 timer og 25 minutter pr. borger til udredning, medicinafstemning og indhentning af lægernes godkendelse af medicinlisterne.

**I 2. besøg** anvendtes der til dosering og administration af medicin hos alle 18 borgere i gennemsnit 31 minutter pr. borger. Til udredning, medicinafstemning og indhentning af godkendt medicinlister i gennemsnit 1 time og 33 minutter pr. borger.

---

<sup>3</sup> Samtlige data er baseret på dataudtræk fra KOS leveret af Informatikstaben i Sundheds - og Omsorgsforvaltningen.

## 8.2 Helhedsbeskrivelser

For at beskrive borgerbesøgene er fire typiske borgerforløb udvalgt som cases. Borgerbesøgene beskrives i helhed under hver sin overskrift for at give et billede af hjemmesygeplejerskens udredning, indsats under hvert af disse borgerbesøg samt resultatet af den fortløbende indsats.

Borgerbesøgene illustrerer de problemstillinger, som hjemmesygeplejersken møder i forbindelse med medicin håndtering.

### *Borgerforløb case 1:*

### *Mange præparater - manglende overblik og kommunikation mellem borgerens egen læge og hjemmesygeplejen*

#### Overordnet viser forløbet følgende centrale problemstillinger:

- Manglende kommunikation mellem borgerens egen læge og hjemmesygeplejen
- Manglende kommunikation mellem privat praktiserende, speciallæge og borgerens egen læge

### 1. borgerbesøg

Udredning	Problemer/udfordringer
<p>Hjemmesygeplejersken besøger en 75 årig kvinde, som ifølge medicinark for aktuell medicin skal have doseret 4 forskellige præparater:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Simvastatin(kolesterolnedsættende)</li><li>- Olrik(blodtryksnedsættende)</li><li>- Furix retard(vanddrivende)</li><li>- Kaleorid (kaliumchlorin til opretholdelse af vand og saltbalance)</li></ul> <p>Hjemmesygeplejersken skal dosere den medicin, der står på det aktuelle medicinark, hvor af det bl.a. fremgår, at borgeren skal have Simvastatin ordineret den 22. juni. I skabet, hvor medikamenterne opbevares, findes et andet kolesterolsænkende præparat Lescol (Fluvastatin), som er ordineret den 27. juni 2009.</p> <p>Da borgeren klager over kvalme og ondt i maven, vurderer hjemmesygeplejersken, at det kan det have betydning, hvilket af de to præparater, der vælges.</p> <p>Ved gennemgang af al borgerens medicin i medicinskabet, viser det sig, at der står 9 andre receptpligtige lægemidler i hjemmet. Af etiketterne på medicinglassene fremgår det, at disse medikamenter er ordineret inden for de sidste 2-5 måneder af egen læge. Lægemidlerne omfatter dels stærke og lettere smertestillende præparater, som er ordineret til fast indtagelse 4 gange i døgnet - dels medicin, som forebygger ledsmerter, dels sovemedicin og angstdæmpende medicin til fast indtagelse.</p> <p>Desuden findes der et inhalationsmedikament samt øjendråber og beroligende medicin:</p>	<p><b>Fejl i medicin afstemning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ingen overensstemmelse mellem ordineret medicin og medicin, der doseres efter skema</li></ul> <p><b>Symptomer på bivirkninger afklares ikke</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sammenhænge mellem symptomer på kvalme og mavesmerter samt kolesterolsænkende medicin forbliver uafklaret.</li><li>- Behandling med opioider samt symptomer på kvalme og ondt i maven afklares ikke. Mavemedicinen kendes ikke</li></ul> <p><b>Manglende overblik over borgerens reelle medicinforbrug</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Borgerens forbrug af smertestillende, angstdæmpende - og sovemedicin er ukendt</li></ul> <p><b>Manglende udtrappingsplan for vanedannende medicin</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mandologin (opioid til moderat og stærke smerter)</li> <li>- Pamol (non- opioid præparat til lette og moderate smerter)</li> <li>- Glucosamin (præparat mod slidgigt)</li> <li>- Imovane (præparat mod søvnløshed)</li> <li>- Diazepam (præparat mod angst og uro)</li> <li>- Turbohaler terbasmin (præparat, som letter vejtrækningen)</li> <li>- Oculac øjendråber (præparat mod tørre øjenslimhinder)</li> </ul> <p>Borgeren oplyser, at egen læge var på besøg i hjemmet i går og ordinerede noget medicin for "maven", recepten er indleveret på apoteket. Borgeren ved ikke hvilken medicin, det drejer sig om.</p> <p>Ved samme hjemmebesøg giver borgerens egen læge borgeren en injektion af et B-12 vitaminpræparat Vibeden uden at meddele dette til hjemmeplejen. Det er almindeligvis hjemmeplejens opgave at administrere B-12 vitamin. På det aktuelle medicinark står injektion Vibeden opført uden angivelse af tidspunktet for administration af injektionen.</p> <p>Øjenlægen har ordineret øjendråber, som borgeren ikke formår at administrere selv; borgeren mener, at det er for grå stær. Praktiserende læge er ikke bekendt med, at borgeren er i behandling med øjendråber for grå stær.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der forligger ingen udtrappingsplan for vanedannende medicin</li> </ul> <p><b>Borgerens medicinske behandling er ikke kendt af sygeplejerske</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Smertebehandling, behandling for angst og søvnproblemer, vejtræknings- og øjenproblemer er ukendt</li> </ul> <p><b>Borgerens behandling af speciallæge er ikke kendt af egen læge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandling med øjendråber er ukendt</li> </ul> <p><b>Borgeren har ikke viden om egen medicinske behandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Borger har ikke overblik over egen medicinbeholdning og behandling</li> <li>- Borger kan ikke administrere inhalator eller øjendråber</li> <li>- Borger kender ikke begrundelse for øjendråber</li> </ul> <p><b>Manglende kommunikation fra læge til hjemme-sygeplejen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko for overdosering med fx B-12 vitamin og underdosering med øvrige præparater pga. manglende information fra læge til hjemmesygeplejerske</li> </ul>
---	---

Opfølgning	Interventioner og aktiviteter
<p>Hjemmesygeplejersken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doserer efter skema og drypper øjne efter at have fundet frem til, at øjendråberne er mod tørre øjenslimhinder</li> <li>- Kontakter borgerens egen læge med henblik på at samstemme borgerens medicinstatus. Lægeseekretæren meddeler, at lægen er optaget og ikke har tid til at gennemgå medicinen. Lægeseekretæren beder derfor projektsygeplejerske om at faxe de problemstillinger, der måtte være.</li> <li>- Sender fax til lægen med alle 12 præparater listet med spørgsmål til ordination og til de symptomer, som borgeren har.</li> <li>- Meddeler lægeseekretæren, at injektion af B-12 vitamin administreres af hjemmeplejen.</li> <li>- Aflyser næste injektion B-12 vitamin i KOS mhp. at undgå dobbelt dosering.</li> <li>- Vejleder og instruerer borgeren om øjendrypning og om præparates begrænsede holdbarhed samt opbevaring.</li> <li>- Medinddrager - efter borgerens ønske - datter, som tilfældigvis kommer på besøg.</li> <li>- Anmoder om et observationsbesøg.</li> </ul>	<p><b>Medicinhåndtering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dosering:</b> 4 præparater, men ikke de 12 præparater, som står i medicinskabet</li> <li>- Dosering af disse afventer lægens tilbagemelding</li> <li>- <b>Administration af medicin:</b> Øjendrypning</li> </ul> <p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Medicinafstemning:</b> Planlægges gennemført med borgerens læge</li> <li>- <b>Rapportering:</b> Observationer og symptomer på eventuelle bivirkninger meddeles læge</li> <li>- <b>Rapportering:</b> Overlap mht. administration af medicin: injektion af B-12 vitamin meddeles samtidigt med orientering om sædvanlig arbejdsfordeling</li> <li>- <b>Rapportering:</b> Beder om et observationsbesøg</li> </ul> <p><b>Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Journalføring:</b> Notat i borgerens samarbejdsbog, at der er sendt fax til læge om medicinafstemning med anmodning om at der følges op af øvrige sundhedspersonale</li> <li>- <b>Journalføring:</b> Aflysning af næste injektion B-12 vitamin (i KOS)</li> </ul> <p><b>Undervisning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Instruktion:</b> Borger og pårørende instrueres i brug af inhalator og øjendråber</li> <li>- <b>Vejledning:</b> Borger og pårørende vejledes om øjendråbers opbevaring</li> </ul>

## 2. borgerbesøg

### Opsummering af forløb efter 1. borgerbesøg

I andet borgerbesøg var borgerens medicinafstemning med lægen endelig på plads. Der var nu ikke længere uoverensstemmelser mellem borgerens medicinbeholdning, den ordinerede medicin og hjemmesygeplejerskens medicinskemaer.

Lægen havde sendt sin tilbagemelding på hjemmesygeplejerskens forespørgsel om medicinafstemning til et forkert faxnummer.

Lægens fax blev først genfremsendt, da projektets hjemmesygeplejerske efterlyste sin forespørgsel efter afholdt ferie.

Ingen af det øvrige sundhedspersonale havde fulgt op på hjemmesygeplejerskens notater i samarbejdsbogen om manglende medicinafstemning og den fremsendte forespørgsel til lægen.

Borgeren havde derfor som konsekvens fået 4 præparater doseret i de 7 uger og ikke de ordinerede 13 præparater, som blev resultatet af den endelige medicinafstemning.

Lægen havde i sit svar på fax fastholdt, at give borgeren sovemedicin og angstdæmpende medicin uden udtrapningsplan for vanedannende medicin. Det øvrige sundhedspersonale havde ikke forholdt sig til dette.

Lægen havde i sit svar på fax ikke besvaret hjemmesygeplejerskens skriftlige spørgsmål om, hvorvidt borgerens symptomer kunne være bivirkninger ved den medicinske behandling.

Borgeren fik nu hjælp til dosering af 11 præparater og administration af øjendråber og injektion B-12 vitamin.

#### *Supplerende oplysninger:*

Fra august 2009 til december 2009 fik borgeren følgende ydelser, leveret af flere forskellige sundhedsfaglige personer:

<i>Hjælp til medicindosering</i>	<i>Hjælp til medicinadministration</i>	<i>Anden hjælp til personlig og praktisk bistand</i>	<i>Observationsbesøg</i>
8 sygeplejersker og social - og sundhedsassistenter	Ingen (B-12 vitamin administreredes senere)	12 social - og sundhedshjælpere	Ét observationsbesøg (5 minutter), anmodning efter 2. borgerbesøg



## Borgerforløb case 2:

### Mange bivirkninger - manglende ansvar for opfølgning ved og efter udskrivning

#### Overordnet viser forløbet følgende centrale problemstillinger:

- Manglede opfølgning på medicineringen ved og efter udskrivning fra hospital
- Mangelde reordination /nedtrapning af stærk smertelindrende og vanedannende præparat ved og efter udskrivning
- Mangelde kommunikation fra hjemmesygeplejen om bivirkninger på vanedannende medicin til borgerens egen læge

#### 1. borgerbesøg

Udredning	Problemer/udfordringer
<p>101 årig kvinde får besøg af hjemmesygeplejersken, som skal docere medicin. Ifølge det aktuelle medicinark skal der doseres 9 præparater og lægges vaginaltabletter frem til brug to aftener om ugen.</p> <p>Ved gennemgang af medicinen viser det sig, at der er uoverensstemmelser imellem de 4 af præparaterne omfattende både fast - og PN medicin. Der er forskel på den dosis, der er angivet på det aktuelle medicinark på PN skemaet i forhold til dosis angivet på medicinglassenes etiketter.</p> <p>Borgeren skal bl.a. have doseret depottabletter Oxycontin 10 mg x 2 (morfinlignende præparat mod stærke smerter) og Pamol 500 mg x 4 (smertestillende præparat mod lettere smerter). Desuden er der ordineret Dolol (smertestillende præparat mod stærke smerter) som PN medicin, max 50 mg x 4.</p> <p>Borgeren er træt og svimmel, men har ingen smerter og ved ikke, hvad hun får smertestillende medicin for. Hun er ked af, at hun får så meget medicin.</p> <p>Det viser sig, at borgeren var indlagt i 2007 på sygehus og fik ordineret en stærkt smertestillende medicin Oxycontin (morfin) som depottabletter pga. smerter i skulderen efter fald. Borgeren har fået doseret de smertestillende præparater siden.</p> <p>Borgerens egen læge har sidst godkendt aktuel medicinliste den 3. juli 2009 i forbindelse med en årlig medicinstatus. På et tidspunkt har borgeren fået et andet smertestillende præparat Ibuprofen. Samtidigt med ordinationen af Ibuprofen blev der ordineret Omeprazol til at beskytte slimhinden i maven. Ibuprofen er siden seponeret, men ikke Omeprazol.</p> <p>Borgeren er også i fast behandling med Magnesia (afføringsmiddel) pga. Oxycontinens obstiperende virkning på mavetarmsystemet.</p> <p>Ikke al medicin på den aktuelle medicinliste er aktuel, da det viser sig, at borgeren af sig selv, for længe siden, er stoppet med vaginaltabletter, fordi hun "ikke mere har brug for sin vagina".</p>	<p><b>Fejl i medicinafstemning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Flere uoverensstemmelser mellem ordineret medicin og medicin, der doseres efter skema</li></ul> <p><b>Symptomer på bivirkninger afklares ikke</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sammenhænge mellem brug af Oxycontin og obstipation er overset</li><li>- Sammenhænge mellem Ibuprofen og Omeprazol er overset</li></ul> <p><b>Risiko for u hensigtsmæssige virkninger</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De smertestillende præparater kan medføre både træthed, manglende energi samt svimmelhed og dermed risiko for fald</li></ul> <p><b>Mangelde udtrappingsplan for vanedannende medicin</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Der forligger ingen udtrappingsplan for det morfinlignende præparat Oxycontin</li></ul> <p><b>Borgeren har ikke viden om egen medicinske behandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Borgeren er holdt op med at bruge Vagifem, som angivelig er ordineret pga. urinvejsinfektion, idet det er oplyst i KOS, at borgerens urin af og til lugter. Borgerens fejlforståelse korrigeres ikke og borgerens informeres ikke om vaginaltabletternes virkning på urinvejsinfektioner</li></ul>

Opfølgning	Interventioner og aktiviteter
<p>Hjemmesygeplejersken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tager kontakt til borgerens egen læge vedrørende medicinafstemning. Ved første kontakt blev Oxycontin, Omeprazol og Vagifem seponeret</li> <li>- Tager fornyet kontakt til borgerens egen læge for at drøfte nedtrapning af Oxycontin i stedet for at seponere dette</li> <li>- Hjemmesygeplejersken noterer i KOS til kollegaer, at man skal være opmærksomhed på om Magnesia også kan seponeres pga. ophør med Oxycontin</li> </ul>	<p><b>Medicinhåndtering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Dosering:</i> Dosering af præparater efter ny ordination</li> </ul> <p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Medicinsamstemning:</i> Planlægges gennemført med borgerens læge</li> <li>- <i>Udtrapningsplan:</i> Planlægges gennemført med borgerens læge</li> <li>- <i>Rapportering:</i> Observationer og symptomer rapporteres til borgerens læge - ingen forekomst af smerter, træthed og svimmelhed</li> </ul> <p><b>Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ajourføring:</i> Den ændrede medicinordination noteres i KOS og i samarbejdsbogen</li> <li>- <i>Ajourføring:</i> Forespørgsel om en udtrapningsplan til lægen noteres</li> <li>- <i>Ajourføring:</i> Anmodning om, at der følges op på borgers behov for magnesium noteres i KOS og i samarbejdsbogen</li> </ul> <p><b>Undervisning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Vejledning:</i> Borgeren vejledes om den smertestillende medicins virkning og bivirkning</li> <li>- <i>Vejledning:</i> Borgeren vejledes ikke om indikation for Vagifem</li> </ul>

## 2. borgerbesøg

### Opsummering af forløb efter 1. borgerbesøg

I det andet borgerbesøg var resultatet af borgerens medicinafstemning med lægen, at borgeren nu fik 3 præparater mindre, men fortsat fik Oxycontin 10 mg kl. 22 .

Hjemmesygeplejersken stillede fortsat spørgsmål ved nødvendigheden af at give smertestillende Oxycontin til natten i stedet for om morgenen. Borgeren udtrappedes efterhånden med held af den smertestillende behandling (senere end 2. borgerbesøg).

Borgeren er midtvejs mellem 1. og 2. besøg sat i behandling med øjensalven Ultracortenol samt Cloramfenicol øjendråber, som administreres af privat hjemmehjælp om aftenen. I KOS er indikationen fejlagtigt opført som grøn stær (behandlingen retter sig mod infektion). Behandlingen har ved 2. besøg varet én måned. Ifølge notater i KOS fra 2007 har borgeren tidligere fået laserbehandling for grøn stær, men får aktuelt ikke medicinsk behandling for grøn stær (trykforhøjelse i øjet).

Hjemmesygeplejersken planlægger at gennemføre en medicinafstemning med borgerens øjenlæge. Udredning af status på urinvejsinfektion afventer.

#### Supplerende oplysninger:

Fra august 2009 til december 2009 fik borgeren følgende ydelser, leveret af flere forskellige sundhedsfaglige personer:

Hjælp til medicindosering	Hjælp til medicinadministration	Anden hjælp til personlig og praktisk bistand	Hjælp ved nødkald (fald)
8 sygeplejersker /social - og sundhedsassistenter	26 social - og sundhedshjælpere	48 social - og sundhedshjælpere	Ved behov

## Borgerforløb case 3:

### Risikofyldt medicin - manglende koordinering af behandling mellem ambulatorium, egen læge og hjemmesygeplejen

#### Overordnet viser forløbet følgende centrale problemstillinger:

- Manglede kendskab til borgerens behandlingsforløb på tværs af sektorer
- Uklar ansvarsplacering mellem borgerens egen læge og hospitalslæger
- Manglende information fra borgerens egen læge om medicinen til hjemmesygeplejen

#### 1. borgerbesøg

Udredning	Problemer/udfordringer
<p>81 årig kvinde får besøg af hjemmesygeplejerske, som skal dosere medicin til 14 dage. Borgeren har rod i sine doseringsæsker. Borgeren har i 7 ud af 16 æsker glemt at tage sine piller herunder 1 gang om morgenen og 6 gange om aftenen. Medicinen, der ikke er taget, er bl.a. Marevan (antikoagulationsmedicin dvs. blodfortyndende medicin). Borgeren fortæller, at det nok sker, når hun er på besøg hos sine børn og glemmer at få sin medicin med.</p> <p>Borgeren får jævnlige taget blodprøver pga. behandling med Marevan. Borgerens egen læge ringer svaret tilbage til borgeren og justerer samtidig dosis af Marevan med hende, men giver ikke besked til hjemmesygeplejersken.</p> <p>Borgeren har heller ikke taget sin smertestillende medicin. Til trods for, at borgeren ikke har indtaget Pamol, som ordineret, har borgeren ikke smerter.</p>	<p><b>Borgeren efterlever ikke sin medicinske behandling (utilsigtet non – compliance)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Borgeren glemmer at tage blodfortyndende medicin og smertemedicin, som ordineret</li></ul> <p><b>Manglende koordinering af den medicinske behandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Arbejdsdelingen mellem læge og hjemmesygeplejerske er uklar mht. dosering af Marevan</li><li>- Lægen informerer borger, der formodes at informere hjemmesygeplejerske</li></ul>

Opfølgning	Interventioner og aktiviteter
<p>Hjemmesygeplejersken:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ringer til borgerens egen læge for at få styr på, hvor meget Marevan, der skal doseres</li><li>- Gør samtidig opmærksom på, at borgeren husker dårligt, og at hun og øvrige hjemmesygeplejersker mistænker tiltagende hukommelsessvækkelse</li><li>- Fortæller også om den medicin, som stadig ligger i doseringsæskerne siden sidste dosering</li><li>- Gør opmærksom på, at borgeren ikke har smerter til trods for at borgeren har glemt at indtage smertestillende medicin (Pamol)</li><li>- Borgerens egen læge oplyser, at der er taget en hukommelsestest, og at den var i orden.</li><li>- Hjemmesygeplejerske beder alligevel borgerens egen læge om at ringe/faxe blodprøvesvar til hjemmeplejen mhp. at overtage doseringen af Marevan, da borgeren af hjemmesygeplejen opleves som værende hukommelsessvækket</li></ul>	<p><b>Medicinhåndtering</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Dosering:</b> Dosering af ordineret medicin</li></ul> <p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Medicinsamstemning:</b> Gennemføres med borgerens læge</li><li>- <b>Rapportering:</b> Observation på borgerens tiltagne hukommelsessvækkelse meddeles borgerens læge</li><li>- <b>Rapportering:</b> Behov for at hjemmesygeplejen involveres i dosering af antikoagulationsmedicin meddeles lægen</li><li>- <b>Rapportering:</b> Observation af nedsat behov for smertefrihed meddeles borgerens læge</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det aftales med borgerens egen læge, at Pamol nedtrappes</li> <li>- Medicinen doseres til de næste 14 dage efter lægens opdaterede anvisning</li> <li>- Medicinen ajourføres i KOS og samarbejdsbog</li> </ul>	<p><b>Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Journalføring:</b> Nedtrappingsplan for Parmol noteres</li> <li>- <b>Journalføring:</b> Behov for kontrol med Marevan behandling noteres</li> </ul>
---	---

## 2. borgerbesøg (efter 14 dage)

Opfølgning	Interventioner og aktiviteter
<p>Andet besøg gennemføres allerede 14 dage efter, fordi borgerens egen læge ikke har faxet eller ringet om ny dosis på Marevan. I hjemmet forsøger hjemmesygeplejerske gennem 45 minutter at få kontakt til borgerens egen læge. Det viser sig, at dosis på Marevan skal sættes op.</p> <p>Efter samtalen med borgerens læge bliver hjemmesygeplejerske opmærksom på, at der ligger ny medicin i den pose, hvor al medicinen til dosering ligger. Den nye medicin: Methotrexat a 2,5 mg skal gives én gang om ugen, i alt 6 tabletter 15 mg i alt).<sup>4</sup></p> <p>At borgeren skal have denne medicin er ukendt for hjemmesygeplejersken. Lægen har ikke omtalt medicinen i tidligere samtale.</p> <p>Borgeren ved ikke hvem, der har ordineret medicinen eller lagt den i posen. Af medicinæsken fremgår navnet på apoteket, der har udleveret medicinen. På den måde finder hjemmesygeplejersken ud af, at medicinen er købt i det område, hvor borgerens datter bor.</p> <p>Borgeren ringer datteren op og hjemmesygeplejersken taler med datteren, som fortæller, at hun tilfældigt fandt recepten i moderens taske og indløste den på et apotek, hvor hun selv bor.</p> <p>Datteren ved ikke hvem, der har ordineret medicinen, men fortæller, at hendes mor lige har været til kontrol på Hvidovre Hospital - Reumatologisk ambulatorium. Hjemmesygeplejerske spørger borgeren, om hun har været på Hvidovre Hospital for nylig. Borger finder sit 'mødekort' frem, hvoraf det fremgår, at borgeren har været til kontrol 3 dage inden 2. besøg.</p> <p>Hjemmesygeplejerske ringer til Reumatologisk ambulatorium, som bekræfter ordinationen på Methotrexat.</p> <p>Hjemmesygeplejerske gør opmærksom på, at borgeren får hjemmesygeplejerske hjælp til at dosere medicin, og at borgeren netop er startet på nedtrapping af Pamol, da borgeren ikke har smerter.</p> <p>Hjemmesygeplejerske opfordrer til, at hospitalet fremover giver besked om medicinordinationer og ændringer til hjemmeplejen samt at borgerens læge også orienteres om den nye ordination på Methotrexat.</p> <p>Hjemmesygeplejerske planlægger efterfølgende at tale med borgerens læge om behandling med Methotrexat, da hjemmesygeplejerske ikke observerer eller hører fra borgeren, at hun har smerter – og at det netop var begrundelsen for nedtrapping af Pamol.</p>	<p><b>Medicinhåndtering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dosering:</b> Dosering af medicin efter ny ordination</li> <li>-</li> </ul> <p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Medicinsamstemning:</b> Gennemføres med Reumatologisk ambulatorium</li> <li>- <b>Rapportering:</b> Observation af nyordineret medicin fra ambulatorium meddeles lægen</li> <li>- <b>Bestilling:</b> Bestiller ydelsen kontakt til samarbejdspartner</li> </ul> <p><b>Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Journalføring:</b> Ny medicin noteres først fejlagtig under aktuel medicin på medicinskemaet i stedet for under skemamedicin</li> </ul> <p><b>Undervisning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veiledning:</b> Datter anmodes om at meddele medicinændringer til hjemmesygeplejen, idet moderen glemmer disse</li> </ul>

<sup>4</sup> Methotrexat har en celledræbende virkning; Methotrexat gives bl.a. til patienter, der har kræft- psoriasis eller leddegigt ).

### 3. borgerbesøg

#### Opsummering af forløb efter 1. og 2. borgerbesøg

I det efterfølgende tredje borgerbesøg var behandlingen af borgeren med Methotrexat afstemt med borgerens egen læge. Derimod var antikoagulationsbehandlingen ikke velreguleret; dosis af Marevan er for lav. Borgeren havde jævnfør notat i KOS i perioden siden 2. borgerbesøg været på skadestuen for en blødning i den ene halvdel af ansigtet, og her fået at vide, at dette skyldtes et sprængt blodkar. Initiativet til henvendelsen på skadestuen blev taget af borgerens søn.

Kommunikationen mellem borger, læge og hjemmesygeplejerske blev derefter aftalt vedrørende den fortsatte antikoagulationbehandling. Hjemmesygeplejersken påtog sig fremover at styre medicinbehandlingen af antikoagulationsbehandlingen baseret på blodprøvesvarene.<sup>5</sup>

#### Supplerende oplysninger:

Fra august 2009 til december 2009 fik borgeren følgende ydelser, leveret af flere forskellige sundhedsfaglige personer:

<i>Hjælp til medicindosering</i>	<i>Hjælp til medicinadministration</i>	<i>Anden hjælp til personlig og praktisk bistand</i>	<i>Andet: Kontakt til samarbejdspartnere</i>
6 sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter	Ingen hjælp	Ingen hjælp	Bevilliget som ydelse efter 3.besøg

<sup>5</sup> Antikoagulationsbehandling (AK) iværksættes almindeligvis med henblik på at forebygge blodpropper fx med Marevan. AK behandling medfører risiko for blødning i hud og indre organer. Behandlingen skal derfor reguleres regelmæssigt. INR (International Normalised Ration) er den blodprøve, som tages med henblik på at undersøge blodets evne til at koagulere. AK behandlingen følges derfor ved hjælp af regelmæssige blodprøver (INR)

## Borgerforløb case 4:

### Symptomer på mangelfuld behandling - manglende medicinafstemning ved udskrivelse og ambulante behandling

#### Overordnet viser forløbet følgende centrale problemstillinger:

- Manglede styr på dokumentationen i hjemmesygeplejen og dermed manglende ansvar for at medvirke til at borgeren medicineres rigtigt
- Manglende besked fra hospital ved udskrivning samt ved efterfølgende ambulante behandlinger
- Manglende oplysninger hos borgerens egen læge om behandlingsforløb og om hjemmesygeplejens observationer og dermed manglende mulighed for at rette op på medicineringen

## 1. borgerbesøg

Udredning	Problemer/udfordringer
<p>Under hjemmesygeplejerskens besøg hos en 81 årig kvinde fortæller borgeren, at hun har fået sin dosis af jerntabletter halveret pga. hård mave. Hun er svimmel og har talt med lægen. Hun får her jævnligt målt sit blodtryk. Hun administrerer selv Panodil for smerter i lænden både morgen og aften.</p> <p>Men borgeren kan ikke selv overskue sin medicin, fordi der sker så mange ændringer hele tiden.</p> <p>Hjemmesygeplejersken har ligeledes problemer med at danne sig et overblik over borgerens aktuelle medicin, da det viser sig, at hun skal forholde sig til 6 forskellige - tilsyneladende <u>aktuelle medicinlister</u>, hvoraf nogle findes i borgerens samarbejdsbog andre andetsteds i borgerens hjem og andre kun i KOS (på hjemmeplejekontoret):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Det aktuelle medicinark - det print fra KOS som sidder i samarbejdsbogen, som listen, der skal doseres efter - er dateret den 12. maj 2009</li><li>2. I samarbejdsbogen ligger desuden én medicinliste fra Amager hospital dateret den 14. marts 2009. Listen er placeret foran i samarbejdsbogen.</li><li>3. Der findes yderligere en medicinliste i hjemmet fra Amager Hospital dateret den 19. september 2009.</li><li>4. Desuden er der et print fra KOS af en aktuell medicinliste KOS fra den 14. september 2009 med en vikars håndskrevne ændringer indført den 21. september 2009. (En vikar har ikke adgang til at skrive i KOS). Dette print ligger ikke i samarbejdsbogen</li><li>5. Udredningen viser, at der ligeledes ligger en medicinliste fra Amager hospital dateret den 16. september 2009.</li><li>6. Endelig forefindes en aktuell medicinliste fra 14. september 2009, som ikke indeholder de håndskrevne forslag til medicinændringer fra den 21. september 2009</li></ol> <p>Medicinarket i KOS (på hjemmeplejens kontor) er sidst ændret den 14. september 2009 dog uden at medtage de sidste ændringer fra Amager hospital fra den 19. september 2009 (svarende til de håndskrevne noter fra vikar).</p> <p>Medicinlisten ude hos borgeren (samarbejdsbogen) er imidlertid fortsat et udprint fra KOS fra den 12. maj 2009.</p> <p>Medicinlisten fra Amager hospital (dateret den 14. marts 2009 er placeret sammen med</p>	<p><b>Fejl i medicinafstemning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hjemmesygeplejens notater i KOS og samarbejdsbog stemmer ikke overens Med ordinationer fra Amager hospitals kardiologiske sengeafsnit og med Amager hospitalsambulatorium</li></ul> <p><b>Symptomer på bivirkninger afklares ikke</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sammenhænge mellem hævede ben og seponering af brug af vandrivende medicin overses</li></ul> <p><b>Manglende overblik over borgerens reelle medicinforbrug</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Borgerens forbrug af medicin mod hjertekramper (nitroglycerin) er ikke kendt, præparaterne er ikke dokumenteret under PN medicin i KOS</li></ul> <p><b>Borgerens medicinske behandling er næppe korrekt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Borgerens hjertemedicin er opdateret på Amager hospital, men der er ikke taget stilling til vanddrivende medicin eller medicin for vandladningsbesvær (glemt/seponeret?)</li><li>- Borgeren får ikke den ordinerede medicin mod forebyggelse af hjertekramper pga. dokumentationsfejl i KOS. Borgeren tager imidlertid nitroglycerin ved anfald</li></ul> <p><b>Borgerens behandling er ikke kendt af egen læge</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Borgerens egen læge er ikke ajourført mht. den medicinske behandling</li></ul>

<p>den aktuelle medicinstatus foran i samarbejdsbogen) - medicinlisten fra den 16. september 2009 samt rettelserne fra den 21. september 2009.</p> <p>Hjemmesygeplejersken undrer sig over at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amager hospital i den seneste ordination har udeladt (glemt) eller seponeret borgerens vandrivende medicin (tabl. Furix.) men har ordineret Natriumklorid 250 mg.x 3. Borgeren har fortsat hævede ben.</li> <li>- Behandlingen (Tabl.Vecicare ) for vandladningsproblemer er halveret selv om borgeren fortsat har vandladningsproblemer.</li> </ul> <p>Ved at sammenstemme medicinen viser det sig, at der er en række andre uoverensstemmelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis af jerntabletter er af borgerens egen læge nedsat til det halve, men dette er ikke dokumenteret i KOS</li> <li>- Tabl. Isodur (forebygger hjertekramper) fremgår ikke af det aktuelle medicinark i KOS, selv om det ordineredes af Amager hospital den 16. september 2009.</li> <li>- Tab.Natriumklorid fremgår ikke af det aktuelle medicinark i KOS, selv om det ordineredes af Amager hospital den 16. september 2009.</li> </ul> <p>Borgeren har 2 slags PN medicin stående mod anfald af hjertekramper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nitroglycerin á 0,5 mg</li> <li>- Glytrin á 0,4 mg</li> </ul> <p>Brug af disse præparater fremgår ikke af nogen af de 6 medicinlister.</p> <p>Det er hjemmesygeplejens opgave at ajourføre alle synonympræparater ved medicindosering, så navnene på borgerens medicin altid er korrekt dokumenteret. Ved gennemgang af dokumentationen viser det sig at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Synonympræparatet for Glucosaming: Cosamin ikke er dokumenteret</li> <li>- Synonympræparatet for Zarator: Thorvagt ikke er dokumenteret</li> <li>- Synonympræparatet for Enterotabl.Nexium: Esomeprazol ikke er dokumenteret</li> </ul>	<p>ordineret fra Amager hospital</p> <p><b>Borgeren har ikke viden om egen medicinsk behandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Borgeren en har ikke overblik over egen behandling</li> </ul> <p><b>Manglende kommunikation lægerne imellem og mellem læger og hjemmesygeplejen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende kommunikation fra hospitalslæger til borgerens egen læge og til hjemmesygeplejen</li> </ul> <p><b>Manglende kommunikation internt i hjemmesygeplejen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende kommunikation fra hjemmesygeplejerske til hjemmesygeplejerske</li> <li>- Journalføringen af borgerens medicin er fejlagtig</li> <li>- Journalføring af PN medicin mangler</li> <li>- Journalføring af synonympræparater mangler</li> </ul>
--	--

<b>Opfølgning</b>	<b>Interventioner og aktiviteter</b>
<p>Hjemmesygeplejersken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ringer til Amager hospital sengeafsnit og kardiologisk amb l for at få styr på ordinationerne herfra</li> <li>- Gør samtidig opmærksom på, at man her skal huske at meddele medicinændringer både til borgerens egen læge og til hjemmesygeplejen</li> <li>- Ringer til borgerens egen læge og orienterer om uoverensstemmelserne i borgerens mange medicinordinationer samt forespørger om borgeren fortsat skal have vanddrivende medicin og medicin for vandladningsproblemer</li> <li>- Medicinen doseres til de næste 14 dage efter lægens opdaterede anvisning</li> <li>- Medicinen ajourføres i KOS og samarbejdsbog</li> <li>- Et observationsbesøg rekvireres</li> </ul>	<p><b>Medicinhåndtering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dosering:</b> Dosering af den ordinerede medicin</li> </ul> <p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Medicinsamstemning:</b> Gennemføres med Amager hospitals medicinske sengeafsnit og kardiologisk ambulatorium</li> <li>- <b>Medicinsamstemning:</b> Gennemføres med borgerens egen læge</li> <li>- <b>Rapportering:</b> Observationer og symptomer på bivirkninger (hævede ben, vandladningsproblemer) rapporteres til borgerens egen læge</li> </ul> <p><b>Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Journalføring:</b> Ordinationerne ajourføres</li> </ul> <p><b>Undervisning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vejledning:</b> Borger vejledes om, at der i halvdelen af doseringsæsken for de næste 14 dage ligger tabletter og i den anden halvdel kapsler (synonympræparat)</li> </ul>

## 2. besøg

### Opsummering af forløb efter 1.borgerbesøg

- I det efterfølgende borgerbesøg var borgerens hjertemedicin, herunder vanddrivende medicin, afstemt med borgerens egen læge. Borgeren fortsætter med såvel vanddrivende medicin (Furix) med Natriumklorid og med Vesicare (vandladningsproblemer) som tidligere
- Dokumentation i KOS og samarbejdsbog af medicinordinationerne - både den aktuelle medicin og PN medicinen - var samstemmende med ordinationerne.
- Via notater i samarbejdsbogen om borgerens tid til ambulante behandling blev kollegaer gjort opmærksom på, at borgerens medicin kunne ændre sig efter ambulante besøg.

#### Supplerende oplysninger:

Fra august 2009 til december 2009 fik borgeren følgende ydelser, leveret af flere forskellige sundhedsfaglige personer:

<i>Hjælp til medicindosering</i>	<i>Hjælp til medicinadministration</i>	<i>Anden hjælp til personlig og praktisk bistand</i>	<i>Andet: Observationsbesøg,</i>
8 sygeplejersker /social- og sundhedsassistenter	Ingen	8 social - og sundhedshjælpere	Observationsbesøg bestilt efter 1. borgerbesøg



## 8.3 Tematiserede beskrivelser

Alle 18 borgerbesøg beskrives i forhold til observations- og interview guidens temaer. Datamaterialet hidrører fra deltagerobservatørens notater omhandlende hjemmesygeplejerskens samtaler med borgerne og observationer under besøgene samt notater omhandlende hjemmesygeplejerskens indsats under og efter besøgene (kvalitative data) suppleret med data fra indtastning i registrant samt dataudtræk fra KOS (kvantitative data).

De 5 temaer:

- **Medicinstatus** omhandler borgerens beholdning af de lægemidler, der skal doseres og administreres
- **Medicinhåndtering** omhandler hjemmesygeplejerskens dosering og administration af lægemidler
- **Medicinering** omhandler medicinens virkning, bivirkninger mv. i forhold til sygdom, symptomer mv.
- **Medicinmestring** omhandler borgerens overblik over samt evne til at klare egen medicinering
- **Medicinpædagogik** omhandler det øvrige sundhedspersonales viden om borgerens medicin mv.

præsenteres i den rækkefølge, temaerne blev gennemgået og data registreret under besøgene.

### 8.3.1 Medicinstatus

#### Medicinstatus

Temaer:

Hvad har borgeren liggende i medicinskabet af receptpligtig medicin mv.?  
Hvad tager borgeren af receptpligtig medicin, håndkøbsmedicin mv.?

Da medicinstatus set fra borgerens hjem, kunne være en anden end den medicinstatus, der fremgår af lægejournalen, var udgangspunktet for den sygeplejefaglige medicinudredning i pilotprojektet først at skaffe sig *overblik* over borgerens medicinbeholdning og anvendelse af lægemidler, både receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin før udredning af de forhold, som i sygeplejen opfattes som hjemmesygeplejens primære opgavesæt dvs. medicinhåndtering, vejledning og undervisning af borgere.

#### Udredning og indsats

Hvad har borgeren liggende i medicinskabet af receptpligtig medicin, håndkøbsmedicin mv.?

Alle borgere gav tilladelse til at få al medicinen gennemgået, både den, der lå tilgængelig for hjemmesygeplejen i poser, skuffer, køleskabe mv., men også den medicin, der fandtes andet steds fx på badeværelse, i natbordet og i håndtasker.

Resultatet af udredningen af borgerens samlede medicinstatus viste, at der fandtes langt mere aktuelt medicin end antaget. I den forbindelse var der mange forhold, som var så problematiske, at der ikke umiddelbart kunne doseres medicin før tilendebragt udredning.

*Ved udredningen af medicinstatus fandtes:*

- Receptpligtig aktuel medicin, som hjemmesygeplejersken ikke kendte til og som ikke figurerede på skema over aktuel medicin

- Receptpligtig aktuel medicin, som ikke benyttedes; både PN medicin, men også medicin ordineret til fast indtagelse
- Håndkøbsmedicin, som anvendtes uden hjemmesygeplejers eller lægens kendskab hertil
- Lægemidler, som var seponeret eller som tilhørte afdød ægtefælle

Udredningen klarlagde, at når den receptpligtige aktuelle medicin ikke blev indtaget, var det fordi borgerne enten oplevede bivirkninger fx kvalme, havde mistet tillid til behandlingen (se afsnit 9.3.4 Medicinmestring) eller havde glemt at tage medicinen.

I de mange tilfælde, hvor der forekom medicin i hjemmet, som ikke var dokumenteret og derfor ukendt for hjemmesygeplejersken, skyldtes det, at ordinerende læger (borgerens egen læge, hospitalslæger eller speciallæger ikke havde underrettet hjemmesygeplejen (se afsnit 9.2 Helhedsbeskrivelser borgerbesøg case 1 og 2 )

#### Ved udredningen af medicinstatus manglede fx:

- Nyordineret medicin, som borgeren eller andre ikke havde sørget for at få hentet på apoteket
- Fast medicin, som hjemmesygeplejen havde glemt at genbestille hos lægen eller pårørende og andre glemt at afhente på apoteket, eller genbestilling af hjælpemidler til medicinadministration
- Medicin, ordineret i forbindelse med udskrivelse eller ambulante behandling uden, at man fra hospitalet side havde medgivet borgeren tilstrækkelig medicin indtil det var muligt at indløse medicinrecepten på apotek

Når der manglede medicin, kunne der som planlagt, ikke doseres medicin til alle 14 dage, hvilket betød, at hjemmesygeplejersken måtte tilbage til borgerens hjem på et ekstra besøg og *efterdosere* medicinen, når denne var hentet fra apoteket eller endeligt afklaret med den ordinerende læge.

Som resultat af udredningens mange forskelligartede problemstillinger blev medicinbeholdningen saneret under og efter 1. besøg.

### Udredning og indsats

Hvad tager borgeren af receptpligtig medicin, håndkøbsmedicin mv.?

Efter medicinsanering og medicinafstemningen i 1. borgerbesøg omfattede borgernes medicin følgende præparattyper:

Medicin ved 1.besøg	Medicin ved 2.besøg
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 ud af 18 borgere fik afhængighedsskabende medicin</li> <li>• 14 ud af 18 borgere fik smertestillende medicin</li> <li>• 15 ud af 18 borgere fik hjerte/kredsløbsmedicin</li> <li>• 12 ud af 18 borgere fik antikoagulationsmedicin*</li> <li>• 4 ud af 18 borgere fik desuden administreret medicin som øjendråber /øjensalve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 ud af 18 borgere fik afhængighedsskabende medicin</li> <li>• 7 ud af 18 borgere fik smertestillende medicin</li> <li>• 16 ud af 18 borgere fik hjerte/kredsløbsmedicin</li> <li>• 13 ud af 18 borgere fik antikoagulationsmedicin*</li> <li>• 4 ud af 18 borgere fik desuden administreret medicin som øjendråber /øjensalve</li> </ul>
*Ingen af de 18 borgere indtager fiskeolie	*Ingen af de 18 borgere indtager fiskeolie

Borgernes forbrug af de lægemidler, der var særlig fokus på i projektet (vanedannende medicin og medicintyper, som tilsammen er årsag til de fleste af de medicinrelaterede indlæggelser) forblev stort set det samme efter 1. og 2. udredning.

Dog blev brugen af smertestillende medicin nedbragt fra 1. til 2. besøg. Halvdelen af borgeren fik fortsat afhængighedsskabende medicin, de fleste fortsat uden nedtrappingsplan, på trods af lægernes forpligtigelse til at lægge en sådan plan ved ordination eller receptfornyelse af vanedannende medicin.

### 8.3.2 Medicinhåndtering

<b>Medicinhåndtering</b>	<b>Temaer:</b> Er der overensstemmelse mellem ordineret medicin og den medicin, som borgeren skal have doseret og have hjælp til at indtage? Er der overensstemmelse mellem den medicin, borgeren får ordineret og dokumentationen af denne i KOS og samarbejdsbog? Er borgerens medicin dokumenteret korrekt i KOS og i samarbejdsbogen? Håndteres medicinmodtagelse, opbevaring og bortskaffelse sikkert? Kan medicinen doseres og administreres rigtigt og sikkert?
--------------------------	---

Det er hjemmesygeplejens ansvar at håndtere den ordinerede medicin korrekt efter lægens anvisninger. Al medicindosering starter derfor med kontrol af den medicin, der skal doseres i medicinæsker, lægges frem eller på anden vis administreres.

#### Udredning og indsats

Er der overensstemmelse mellem ordineret medicin og den medicin, som borgeren skal have doseret og have hjælp til at indtage?

Den udleverede/indkøbte medicin skal svare til den medicin, der er ordineret og samstemme med de medicinark, hvorpå der står, hvad der skal doseres og administreres af medicin.

Den medicin, som lægen/lægerne ordinerede til borgeren stemte ikke altid overens med den medicin, der fandtes i hjemmet eller med de oplysninger, som hjemmesygeplejersken havde (via KOS medicinskema og samarbejdsbog).

#### Ved gennemgang af al borgerens medicin i hjemmet fandt hjemmesygeplejersken *en større beholdninger af aktuelt medicin hos borgeren end den, hjemmesygeplejen var orienteret om:*

Den aktuelle medicin stammede fra 3-4 forskellige kilder; dels fra borgerens egen læge, dels fra behandlende læger på hospitalsafdelinger/ambulatorier og dels fra speciallæger (øjnlæger).

- Hos 6 borgere fandtes flere aktuelle lægemidler end de lægemidler, som hjemmesygeplejersken var informeret om via KOS og samarbejdsbog, at hun skulle dosere. Borgerens egen læge kendte heller ikke til de tilfælde, hvor borgeren havde fået medicin ordineret andet steds fra. Der forelå ingen form for skriftlig information hverken til hjemmesygeplejersken eller borgerens egen læge om disse lægemidler
- Hovedparten af borgerne huskede ikke hvorfra, de havde modtaget recepter og medicin (se afsnit 9.3.4: Medicinmestring)<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Transport til og fra kontrol på ambulatorier arrangeres herfra. Hjemmesygeplejerskerne er derfor ikke automatisk informeret om, hvornår disse finder sted dvs. hvornår man kan forvente af borgerens medicin opdateres

Forskellen imellem borgerens beholdninger af lægemidler og hjemmesygeplejens information om, hvad der skulle doseres hos borgeren havde rod i den mangelfulde afstemning lægerne imellem om borgernes medicinske behandling.

### **Udredning og indsats**

Er der overensstemmelse mellem den medicin, som borgeren har fået ordineret og dokumentationen af denne i KOS/samarbejdsbog

Den aktuelle medicin skal til enhver tid være dokumenteret i KOS som er tilgængeligt centralt på hjemmeplejekontoret og i samarbejdsbogen som er tilgængelig i borgerens hjem. Af udskrifterne fra KOS indsat i samarbejdsbogen, skal det fremgå hvad, der skal doseres af medicin.

***Ved at samstemme ordineret medicin (medicinlister fra ambulatorier mv.) med medicinskemaer i KOS og i samarbejdsbogen viste der sig uoverensstemmelser i 17 ud af 18 borgeres medicinanvendelse:***

- I 7 tilfælde af uoverensstemmelser havde borgerens egen læge ikke givet hjemmesygeplejersken besked, i 5 tilfælde havde hospitalsafdelinger/ambulatorier ikke givet besked - hverken til borgerens egen læge eller til hjemmesygeplejen og i 4 tilfælde havde speciallæger (øjnlæger) ikke givet besked om medicinen - hverken til borgerens egen læge eller til hjemmesygeplejen
- I 1 tilfælde havde hjemmesygeplejen overset en nyere ordination og videreført den tidligere

Uoverensstemmelserne medførte, at hjemmesygeplejersken måtte gennemføre en større medicinudredning med efterfølgende kontakt til borgerens egen læge og i flere tilfælde direkte til læger på hospitaler eller i specialklinikker før, der kunne doseres korrekt.

### **Udredning og indsats**

Er borgerens medicin dokumenteret korrekt i KOS og i samarbejdsbogen?

Hjemmesygeplejen er forpligtet til at dokumentere og ajourføre al medicin, som skal håndteres af hensyn til patientsikkerheden. Dokumentationssystemer er samtidig det vigtigste koordineringsredskab til brug for alle de sundhedsfaglige personer, som er involveret i håndtering af medicin i hjemmesygeplejen herunder i planlægning og evaluering af borgernes behandlings- og plejeforløb.

Dokumentationsfejl fører til medicineringsfejl.

Ved udredningen af den foreliggende dokumentation hos de 18 borgere forekom flere typer fejl og mangler:

***Manglende dokumentation af præparater:***

- Ét eller flere aktuelle receptpligtige præparater var ikke dokumenteret i KOS og/eller samarbejdsbog. Det skyldes hovedsageligt ovennævnte forhold, at de behandlende læger ikke havde givet hjemmesygeplejen besked om medicinændringer
- Synonympræparater dokumenteredes sjældent, seponeret medicin afsluttedes ikke altid og vitaminpræparater dokumenteredes ikke altid, selv om de doseres af hjemmesygeplejersken. Disse typer af undladelser udgjorde hovedparten af de tilfælde af manglende dokumentation, som hjemmesygeplejens sundhedspersonale var ansvarlige for

### *Fejlagtig dokumentation af præparater:*

- Der optrådte kun meget få eksempler på fejlagtig indtastning af præparater fx at Nitroglycerin a 0,5 mg kan indtages maximalt 99 gange i døgnet
- Derimod var der en række uoverensstemmelser imellem medicinarkene på den ene side og etiketterne på medicinæskerne og medicinglassene på den anden side. Angivelser af præparaters styrke, hvor mange og hvornår tabletter skal doseres stemte ikke overens. Fx stod der på ét medicinark, at der skulle gives 1 tbl. Selo-Zok à 50 mg og 2 tbl. Selo-Zok á 50 mg på æsken; på et andet medicinark var Simvastatin dokumenteret som en ordination på 40 mg x 1 hvorimod der på medicinæskeden stod Simvastatin 20 mg x 1
- De mange vanskeligheder med at holde styr på synonympræparater resulterede bl.a. i usikkerhed om borgeren fik medicin doseret med det samme indholdsstof under to forskellige navne fx Corodil og Coaprovel (indholdsstoffet er ikke det samme, men begge præparater indvirker på blodtrykket). Usikkerhed resulterede i kontakt til borgerens egen læge

### *Forkert anvendelse af sygeplejersjournalens medicinark – med risiko for alvorlige medicineringsfejl:*

- Medicinforløbet (historikken) var ikke let tilgængelig – medicinarket giver ingen overblik over forløb og notaterne skrives i fri tekst og kan være svære at finde rundt i – fx doseredes der efter det aktuelle medicinark, som sad først i samarbejdsbogen. Når et skema er fejlplaceret, kunne der i skyndingen doseres forkert
- Medicinnotaterne i samarbejdsbogen og i KOS dateredes ikke altid, hvilket førte til manglende overblik over medicinforløbet med risiko for medicineringsfejl i det efterfølgende forløb fx ved indlæggelse
- Dokumentation ajourførtes ikke samme dag alene af den grund, at adgangen til KOS kun kan ske på hjemmeplejekontoret. Derfor ajourførtes ændringer først dagen efter borgerbesøget eller endnu senere; i 2 tilfælde var indførelsen af ændringer glemt og fejlen videreført  
I de situationer, hvor en vikar havde indført medicinændringer med blyant i borgerens samarbejdsbog og disse ikke efterfølgende var blevet indført i KOS, optrådte tvivl om medicindoseringen
- Bruges de 3 rubrikker i medicin arket 'Aktuelt medicin' ikke korrekt, når der dokumenteredes, opstår risiko for fejl. I ét tilfælde dokumenteredes det, at borger skulle have 6 tabletter á 2,5 mg Methotrexat hver dag kl. 18 i stedet for - som ordineret - kun én gang om ugen kl. 18. (Methotrexat har en celledræbende virkning med risiko for en række alvorlige og permanente bivirkninger). Hjemmesygeplejerskerne argumenterede senere for, at alle, som doserer medicin, ved at Methotrexat kun gives én gang om ugen

Det viste sig, at hjemmesygeplejersken ikke kunne dosere medicin hos nogen af de i alt 18 borgere før medicinen enten blev saneret (se afsnit 9.3.1 Medicinstatus) eller afstemt med de respektive borgeres egen læge og i flere tilfælde direkte med de hospitalsafdelinger/ambulatorier og speciallæger (øjnlæger) hvorfra borgeren fik ordineret medicin.

### *Udredning og indsats*

Håndteres medicinmodtagelse, opbevaring og bortskaffelse sikkert?

Medicinen skal være korrekt opbevaret for at være virksom, og udløbsdatoen skal ikke være overskredet.

Modtagelse, opbevaring og bortskaffelsen af medicin hører til de opgaver, som ligger inden for hjemmesygeplejers ansvarsområde. I borgerens hjem yder hjemmesygeplejersken løbende hjælp hermed.

Der var forhold, der skulle tages hånd om – sådan som det er almindelig praksis, når der skal doseres medicin.

#### *Der fandtes:*

- Lægemidler, hvis holdbarhed var udløbet
- Lægemidler, som var seponeret og opbevaret sammen med aktuel medicin
- Præparater med forskellige styrker blandet i samme glas

Hjemmesygeplejersken ryddede op i borgerens medicinbeholdning i hjemmet.

Alle lægemidler tilhører borgerne; dog var de fleste borgere glade for tilbuddet om, at hjemmesygeplejersken tog al forældet medicin med til destruktion på apoteket. Det hører ikke med til hjemmesygeplejerskens opgavesæt at sørge for, at medicinen destrueres, men oprydning i medicinbeholdningen forhindrer medicineringsfejl senere i forløbet.

#### *Udredning og indsats*

Kan medicinen doseres og administreres rigtigt og sikkert?

Som resultat af hjemmesygeplejerskens udredning i 1. besøg fik alle 18 borgere ændret deres medicin. Udredningen kunne ikke gennemføres samme dag, hvorfor borgerne i kortere og længere tid fik en anden medicin, end den sidst ordinerede eller medicin med en anden styrke end den, der sidst ordineredes.

I 2. besøg måtte hjemmesygeplejersken kun afklare borgerens medicin i 7 ud af 18 tilfælde.

Som resultat af denne afstemning fik 4 borgere ændret deres medicin.

Det var ikke de samme præparater, som skulle afstemmes. At der fortsat var forhold, som skulle korrigeres under og efter 2. besøg viste også, at medicineringsprocessen ikke er statisk, men en fortløbende iterativ proces.

### *8.3.3 Medicinering*

#### *Medicinering*

Temaer:

Hvad behandles borgeren for? og hvordan forløber behandlingen?

Er der interaktioner imellem de enkelte lægemidler, som borgeren tager, inklusiv håndkøbsmedicin m.fl.?

Oplever borgeren eller observerer sygeplejersken, at medicinen har den virkning, den burde have?

Oplever borgeren eller observerer sygeplejersken symptomer, som kan være forårsaget af ubehandlet over- eller underbehandlet sygdom?

Borgerens læge er ansvarlig for, at den ordinerede medicin har den intenderede virkning, ingen bivirkninger og eller interaktioner. Det er en sygeplejefaglig opgave at medvirke i observationen af medicinens indvirkning på borgernes sundhedstilstand og at rapportere tilbage til borgerens læge om symptomer på virkning/bivirkninger/interaktioner samt eventuelle konsekvenser for borgerens øvrige livskvalitet.

I modsætning til de fleste af borgernes egne læger ser hjemmeplejens sundhedspersonale borgerne i eget hjem og kan derfor fungere som lægens 'deltagerobservatør'. En forudsætning herfor er at hjemmesygeplejen kender indikationerne for den medikamentelle behandling samt virkning/bivirkninger/interaktioner af den medicin, der skal doseres eller er instrueret om disse af lægen.

### Udredning og indsats

Hvad behandles borgeren for og hvordan forløber behandlingen?

Udredningen viste, at projektets hjemmesygeplejersker havde en rimelig god forståelse af, hvad borgeren behandlede for; imidlertid snarere baseret på egne erfaringsgrundlag end på tilgængelig informationer.

Modsat hospitalssygeplejersker, har hjemmesygeplejersker ikke adgang til lægejournalen; kun til egne optegnelser i KOS. De data, der var tilgængelige i KOS i projektsammenhænge, gav ikke noget egentligt billede af borgerens helbreds- og funktionstilstand (se afsnit 9.1.4: Helbredstilstand og 9.1.5: Funktionstilstand).

Hjemmeplejen får ikke besked om borgerens sygdomsdiagnoser, men skal alligevel kende behandlingsbegrundelserne. Indikationen for hvert præparats behandling skal i hjemmeplejen dokumenteres i 'den lange version' af medicinarket i KOS. Her kan der fra en prædefineret 'rulleliste' vælges mellem indikationer - eller indikationen kan indtastes manuelt af sundhedspersonalet. Hvad angår de 18 borgere fremstod medicin indikationer temmelig upræcise og ind i mellem misvisende. De foreliggende oplysninger i KOS var derfor ikke et særligt godt grundlag for hjemmesygeplejerskens observation af sammenhænge mellem den medicinske behandling og symptomer på behandlingens virkning, bivirkninger mv.

Mere vanskeligt var det via KOS at holde styr på sammenhænge mellem undersøgelser, resultaterne heraf og behandlingen. Behandlinger, som baseres på kontinuerlig monitorering af værdier fx blodsukker (diabetes) blodtryk (hjerte-karsygdomme), vægt (hjerte - kar sygdomme, nyresygdomme ernærings sygdomme mv.) INR (risiko for blodpropper mv.) forudsætter klar arbejdsdeling og kontinuerlig kommunikation mellem hjemmesygeplejerske og læge, idet resultatet af hjemmesygeplejens målinger skal meddeles lægen, som derefter justerer behandlingen og melder tilbage, hvad der skal doseres. Det fremgik fx ikke altid af KOS, om og hvor tit hjemmesygeplejersken fx skulle kontrollere blodtryk, når hun besøgte borger, der fik blodtryksmedicin.

### Udredning og indsats

Er der interaktioner imellem de enkelte lægemidler, som borgeren tager inklusiv håndkøbsmedicin m.fl. ?

Lægemedelinteraktioner kan karakteriseres som u hensigtsmæssige kemiske forbindelser i kroppen pga. indgift af flere stoffer på én og samme tid. Nogle sygeplejersker har viden om almindeligt forekomne lægemiddelinteraktioner; de fleste har ikke. Lægemedelinteraktioner er et speciale for farmaceuter, apotekere og specialuddannede læger. Visse interaktioner er dog kendt blandt hjemmesygeplejersker. Blandt andet derfor holdt hjemmesygeplejersken øje med borgerens forbrug af fiskeolie i forbindelse med borgernes antikoagulationsbehandling (fiskeolie mindsker blodets koagulationsevne).

Planen om, at projektets hjemmesygeplejersker kunne undersøge, om der var tale om risici for interaktioner de enkelte lægemidler imellem, kuldsejlede alene pga. af den tid, det tog, at udrede borgernes øvrige

medicinstatus, medicinmestring mv. De tilgængelige databaser fx Lægemiddelstyrelsens 'Interaktionsdatabasen', Apotekets 'Lægemiddelhåndbog' blev derfor ikke anvendt i pilotprojektet.

Da det er planen at udvikle modeller for en tværfaglig medicingennemgang med inddragelse af farmaceuter i projektets anden fase, anvendtes der ikke yderligere ressourcer på denne del af udredningen.

### *Udredning og indsats*

Oplever borgeren eller observerer sygeplejersken, at medicinen har den virkning, den burde have?

Oplever borgeren eller observerer sygeplejersken symptomer, som kan være forårsaget af ubehandlet over- eller underbehandlet sygdom?

Da det var svært for både borgere og projektets hjemmesygeplejersker at skelne imellem virkning, over- eller underbehandling af sygdom præsenteres resultaterne af udredningen og indsatsen under ét og samme punkt.

Borgerne og hjemmesygeplejerskerne i pilotprojektet var stort set enige i vurderingen af, om medicinen havde en virkning men også enige i forekomst af bivirkning. Der var sammenfald i de 28 besøg ud af 36 mulige imellem borgernes rapportering og hjemmesygeplejerskens observationer. Der var ingen sammenfald i øvrige besøg.

*Borgerne* blev spurgt, om de syntes, at medicinen virkede, og om de havde symptomer, der kunne have med medicinen at gøre:

- De fleste borgere dvs. 9 borgere mente ikke, at medicinen hjalp, 6 mente, at det gjorde den
- Der var mange borgere, som var svimle og trætte; få havde kvalme, enkelte havde hævede ben. Disse symptomer blev forbundet med medicinanvendelsen
- Flere borgere angav symptomer, som sandsynligvis ikke hang sammen med den medikamentelle behandling fx manglende virkning af jerntabletter på forhøjet blodtryk

*Hjemmesygeplejerskerne* blev ligeledes bedt om at forholde sig til medicinens virkning og til forekomst af symptomer, som kunne skyldes bivirkninger, ubehandlet, over- eller underbehandlet sygdom.

Hjemmesygeplejerskerne observerede og rapporterede videre til borgernes egne læger/øjnlæger om *medicinens manglende effekt* herunder at:

- Flere af borgerne havde alvorlige smerter og var ifølge hjemmesygeplejersken ikke tilstrækkelig smertedækket. Andre borgere fik for meget smertestillende medicin uden effekt (se eksempel i afsnit 8.1.6 Forbrug af lægemidler)
- Flere af borgerne havde højt/lavt blodtryk, højt blodsukker, svingende INR værdier

De *bivirkninger* som rapporteredes videre af hjemmesygeplejerskerne omhandlede:

- Vanedannende medikamenters obstipationsfremkaldende, angst og sløvende virkninger
- Hududslæt, muligvis foranlediget af medicinindtagelsen

Flere af de spørgsmål, som blev rapporteret videre til lægerne, vurderet som *eventuelle fejlbehandlinger*, omhandlede bl.a. de observationer, som blev gjort på baggrund af dokumentationen i KOS af:



- Længerevarende behandling af grøn stær med Cortison øjensalve og Chloramfenicol øjendråber
- Ophør med behandling med vaginaltabletter Vagifem, som angiveligt var ordineret pga. urinvejsinfektion
- Længerevarende – uvirksom behandling med Fuicidin salve pga. kløe i skridtet. Borgeren fik samtidigt østrogenpræparat Ovestin, som kan give lokal irritation og kløe. Ovestin må derudover ikke gives ved forekomst af tidligere blodpropper. I KOS er anført, at borgeren har haft en blodprop eller hjerneblødning.

### 8.3.4 Medicinmestring

#### Medicinmestring

Temaer:

Ved borgeren hvorfor? og for hvad, han/hun får sin medicin?

Indtager borgeren den doserede medicin som foreskrevet mhp. at undgå utilsigtet/tilsigtet non-compliance?

Er der potentiale for at øge borgerens viden om medicineringen?

Er der potentiale for at borgeren kan lære at håndtere sin egen medicin?

Hvis en medicinske behandling skal kunne efterleves af borgeren skal begrundelserne herfor helst kunne forstås. Desuden formodes det, at indsigt i medicinens virkning og bivirkninger vil motivere til at medicinen ikke glemmes, men tages på de rigtige tidspunkter.

#### Udredning og indsats

Ved borgeren hvorfor og for hvad, han/hun får sin medicin?

Sygeplejersker yder i al almindelighed en stor indsats i formidling af informationer om pleje, sygdom, medicin mv. til patienter og borgere. Det blev derfor antaget, at der hos den ældre gruppe borgere kunne være et potentiale for at bedre medicinkvaliteten, såfremt borgerne selv og deres pårørende blev inddraget og motiveret til at være mere aktivt deltagende i egen behandling. Det blev ligeledes antaget at hjemmesygeplejerskerne, givet der var tid hertil, kunne motivere borgerne.

Det gjaldt for alle borgere - på nær én nylig tilflyttet borger fra Jylland – dvs.17 borgere i alt, at de ikke huskede hvilken medicin de fik, eller hvorfor, den blev ordineret.

#### Udredning og indsats

Indtager borgeren den doserede medicin som foreskrevet mhp. at undgå utilsigtet/tilsigtet non-compliance?

Én af borgere tog ikke medicinen som ordineret på grund af mistillid til behandlingen.

Én pårørende havde ikke tillid til, at hjemmesygeplejersken kunne dosere Marevan korrekt efter lægens anvisning.

De øvrige borgere ville gerne tage medicinen, som ordineret. Flere huskede det ikke altid og andre havde svært ved selv at administrere medicinindtag fx hvis den skulle inhaleres.

## Udredning og indsats

Er der potentiale for at øge borgerens viden om medicineringen?  
Er der potentiale for at borgeren kan lære at håndtere sin egen medicin?

Konsekvensen af indførelse af kopi/synonympræparater - med henblik på at give borgerne den billigste medicin- betyder, at lægemidlerne, der udleveres fra apotekerne, ændrer navne og udseende, selv om indholdsstoffet er det samme. Tidligere kunne borgerne holde styr på medicinen, men det kunne de efter eget udsagn ikke længere, fordi medicinen konstant ændrede navn og udseende.

Konsekvensen var, at de 18 borgeren helt havde mistet overblik over egen medicin – og dermed motivation for at sætte sig ind i egen sygdomsbehandling.

Borgerne havde, som det blev udtrykt, enten opgivet at følge med - ikke lyst eller behov – eller var ikke interesserede.

### 8.3.5 Medicinlæring

<b>Medicinlæring</b>	<b>Temaer:</b> Ved det sundhedspersonale, som kommer i hjemmet, hvorfor og for hvad, borgeren får sin medicin? Er der potentiale for at øge sundhedspersonalets viden om de konkrete lægemidler, borgeren tager? Kan sundhedspersonale administrere borgerens medicin rigtigt? Kan sundhedspersonale lære borgeren selv at administrere sin medicin Kan sundhedspersonale motivere borgeren til kontinuerligt at anvende medicinen som foreskrevet mhp. at undgå utilsigtet/tilsigtet non- compliance?
----------------------	---

Det viste sig, at det i pilotprojektet ikke var muligt systematisk at undersøge, om det sundhedspersonale, der i øvrigt kom i hjemmet, kendte indikationerne for borgeren behandling mv. Der var i projektforsløbet ingen fælles møder med de øvrige sundhedspersoner, som deltog i plejen af borgerne eller andre kontaktmuligheder, hvor der var tid til at drøfte borgerens medicinanvendelse.

Flere fejl og utilsigtede hændelser blev dog registreret undervejs i pilotprojektet. Én hjælper havde fx taget fejl af medicinæskernes datoer, hvilket gjorde det svært for hjemmesygeplejersken at se, om borgeren havde fået sin morgenmedicin samme dag. En del dokumentationsfejl blev registreret under borgerbesøgene hidrørt fra fejl dokumenteret af det øvrige sundhedspersonale som kom i hjemmene.

Flere af de eventuelle *fejlbehandlinger* som udredtes i projektet skyldtes bl.a., at meget medicin administreres af social- og sundhedshjælpere under udøvelsen af personlig pleje til borgerne (se afsnit 9.3.3 Medicinering).

Hjemmesygeplejersken undrede sig fx over:

- At en borger hver dag - af privat hjemmehjælper - fik smurt og dryppet øjnene med Cortison øjensalve og Chloramfenicol øjendråber med indikationen grøn stær
- At social- og sundhedshjælperne ikke havde fulgt op på den tidligere rapporterede stinkende urin sammenholdt med at borgeren på eget initiativ var ophørt med behandling med Vagifem formodentligt igangsat for at forebygge urinvejsinfektion
- At social- og sundhedshjælperne i forbindelse med at hjælpe borgeren med personlig hygiejne ikke havde registreret, at Fuicidin salve ikke hjalp på udslæt og kløe efter en måneds behandling

## 9: Diskussion af resultater

Resultaterne af pilotprojektet diskuteres dels generelt dels specifik ud fra et borgerperspektiv og et sygeplejefagligt perspektiv.

### 9.1 Generelt

Overordnet viste projektet, at en systematisk sygeplejefaglig indsats havde en markant effekt i forhold til de 18 borgeres medicinanvendelse idet de mange typer problemer, der afdækkedes under første besøg, blev afklaret imellem besøgene eller løst ved andet besøg.

‘Der blev ryddet godt og grundigt op i borgerens medicinstatus’, som en af projektets hjemmesygeplejersker udtrykte det.

*Hjemmesygeplejens særlige indsats hos de 18 borgere gjorde en forskel og var med til at forbedre medicinkvaliteten.*

Overordnet viste projektet, at det lykkedes hjemmesygeplejerskerne at få udredt, hvad borgerne skulle have af medicin samt afstemt medicinen med de ordinerende læger dvs. borgernes egne læger, hospitalslæger og praktiserende speciallæger

*Pilotprojektet bekræftede* flere af de overordnede antagelser (se afsnit 5: Antagelser). Først og fremmest at en fokuseret og øget indsats fra hjemmesygeplejerskens side var nødvendig som grundlag for:

- at afstemme borgerens medicin og sanere borgerens beholdning af lægemidler
- at korrigere for uoverensstemmelser mellem på den ene side lægernes oplysninger om aktuel medicinering i journal og på lægernes medicinlister og på den anden side hjemmesygeplejens egne medicinark i KOS og i samarbejdsbogen
- at borgerens egen læge kunne kvalificere borgerens medicinering på baggrund af hjemmesygeplejens observationer og rapportering; pilotprojektet viste dog, at hjemmesygeplejerskernes observationer ikke udnyttedes tilstrækkeligt af lægerne

*Pilotprojektet kunne ikke bekræfte*, at en fokuseret og øget indsats fra hjemmesygeplejerskens side kunne:

- fremme borgerens motivation til at lære om egen medicinske behandling og medicinanvendelse, (en systematisk inddragelse af pårørende til at lære om borgerens medicinanvendelse var ikke muligt at gennemføre)
- fremme det øvrige sundhedspersonales motivation til at lære om borgerens helbredsstatus herunder sygdomme, funktionsstatus mv. samt medicinske behandling, (en systematisk afdækning af sundhedspersonales kompetencer og motivation til at lære om borgerens medicinanvendelse var ikke muligt at gennemføre)

## 9.2 Specifikt

En række fund og resultater af mere specifik karakter diskuteres ud fra et borgerperspektiv og et sygeplejefagligt perspektiv.

### 9.2.1 Resultater set fra et borgerperspektiv

Det resultat, som umiddelbart springer i øjnene er, *at ingen af de 18 udvalgte borgere kunne medicineres rigtigt ved 1. borgerbesøg*. Der var ikke tale om én eller få typer fejl og mangler, men om en mangfoldighed af forskelligartede – betydningsfulde og mindre betydningsfulde fejl, som tilsammen betød, at medicinhåndteringen i pilotprojektet ikke kunne gennemføres korrekt uden en gennemgribende indsats fra hjemmesygeplejens side.

Den afsatte tid til hjælpen med medicinhåndtering, som borgerne tilbydes af hjemmeplejen, fordi borgerne ikke selv magter at dosere eller administrere egen medicin, var ikke tilstrækkelig til at sikre, at borgere fik korrekt medicin, med mindre der blev brugt ekstra ressourcer og tid på at rette op på en række fejl og mangler.

Man må formode, at kvaliteten af den daglige medicinhåndtering følger er for lav.

*Borgerne anvender i gennemsnit 10 lægemidler samtidigt*. Alle udvalgte 18 borgere anvendte langt flere lægemidler, end det antal, som definitionen på polyfarmaci /mangestofbehandling angiver (mellem 3 + og 4+ lægemidler); nemlig 10 forskellige lægemidler i gennemsnit. Antallet af lægemidler peger endvidere på, at den undersøgte population led af flere - eller mange sygdomme og af symptomer, som i sig selv kunne være et resultat af den medicinske behandling og/eller bivirkninger ved denne. En nærmere undersøgelse af interaktioner lægemidlerne imellem vil kunne bidrage til at belyse disse forhold. Projektets anden fase, som inddrager den farmaceutiske viden i forhold til flerstofbrugere, vil ligeledes kunne vise, om antal af lægemidler vil kunne nedbringes gennem tværfaglige medicingennemgange.

*Borgernes medicinforløb var præget af manglende koordinering*. Borgernes medicinering var karakteriseret af at være initieret af flere læger på tværs af sektorer på én og samme tid. Der var kun én borgerne, der blev indlagt i løbet af projektperioden; ingen blev udskrevet i samme periode, derimod var der en del borgere, som gik til ambulante behandling på indtil flere ambulatorier.

Borgernes hjemmesygeplejersker/social - og sundhedsassistenter blev ikke orienteret om borgerens ambulante undersøgelser og behandlinger, med mindre borgeren selv oplyste herom. Kørsel arrangeres af ambulatorierne. Det var derfor ikke muligt for hjemmesygeplejerskerne at holde sig ajour om eventuelle ændringer i medicin doseringen ved at holde sig orienteret om tidspunkter for borgernes ambulante behandling. Under ambulatoriebesøgene oplystes borgerne om medicinændringer, fik recepter og medicin med hjem, men undersøgelsen viste, at de ældre borgere ikke altid var i stand til senere at huske at videregive disse oplysninger til hjemmesygeplejen. Borgernes egne læger var heller ikke altid orienteret om disse medicinændringer på det tidspunkt, hvor hjemmesygeplejersken skulle dosere medicin.

Den igangværende udbygning af forløbspakker, som i disse år designes som grundlag for ressourcefordeling sektorerne imellem har hidtil taget udgangspunkt i én sygdomsdiagnose fx KOL cancer, hjertesygdom. De ældre medicinske borgere har på én og samme tid flere diagnoser og falder derfor uden for disse diagnosestyrede forløbspakker. Også pilotprojektet viste, at de ældre hjemmeboende borgere let overses eller bliver pendlere imellem sektorerne.

Borgernes medicin anvendelse svarede af ovennævnte grunde ikke til den af lægerne ordinerede medicin. Selve behandlingsgrundlaget må derfor også karakteriseres som værende upålideligt.

Billedligt talt mangler der en styrmand for den samlede medicinske behandling i sejladsen imellem sundhedsvæsnets sektorer, afdelinger, ambulatorier, klinikker, lægehuse mfl.

**Borgerne mødte mange sundhedspersoner i eget hjem.** Som det fremgår af pilotprojektet, skal der en vedvarende koordineringsindsats til fra hjemmesygeplejens side for at integrere de opsplittede behandlingsforløb, så de set fra borgernes side fremstår som et hele. I daglig praksis har den enkelte borger imidlertid ikke en fast person i hjemmesygen eller tilknyttet et fast team i hjemmesygeplejen til at hjælpe sig.

Den medicinske behandling er fragmenteret. Det samme kan siges om plejen af borgeren i eget hjem. Nogle af borgerne i projektet fik besøg i eget hjem af så mange personer, at den samlede medicinomsorg fremstår lige så fragmenteret.

Fordelingen af medicineringsopgaverne imellem hjemmesygeplejen, som doserer medicin og hjemmehjælpen, som hjælper borgeren med at indtage medicinen, smøre den på huden eller dryppe den i øjnene i forbindelse med hjælp til personlige pleje, medvirker yderligere til en opsplitning af den samlede medicineringsproces. Jo ældre, jo flere sygdomme, jo mere medicin, jo flere behandlere og jo flere hjælpere.

Det er de mindst kvalificerede sundhedspersoner dvs. social - og sundhedshjælpere, som får til opgave at hjælpe de ældre borgere med medicinindtag. Pilotprojektet kunne trods intentioner herom ikke vise, som det var muligt for hjemmesygeplejersken at varetage intern oplæring (medicinlæring) af det sundhedspersonale, som varetog medicineringsopgaver i forbindelse med udførelsen af personlig hygiejne.

**Borgerne ønskede ikke selv at være involveret i egen medicinanvendelse.** Idéen om at tilbyde borgerne undervisning og vejledning om egen medicin og sammenhænge mellem medicineringsens indvirkning på sygdomme, symptomer mv. viste sig at være urealistisk. Borgerne havde for længst opgivet at følge med i egen medicinerings. Årsagen skyldtes de mange piller, der skulle tages daglig, men især, at borgerne havde opgivet at følge med i lægemidlernes skiftede navne og udseende. Selv om kopimedicienen er billigere end originalmedicinen, har denne konstante udskiftning af præparatnavne og præparatudseende den bivirkning, at de ældre borgere ikke længere havde overblik over egen behandling. De billige kopipræparater er måske dyrekøbte målt i forhold til borgernes sundhed.

Det viste sig vanskeligt at gennemføre vejledning og undervisning hos de ældre borgere, som ofte var glemsomme, konfuse eller opgivende på grund af smerter, træthed og manglende energi.

**Det var vanskeligt at følge effekten af borgernes medicinerings.** Det var i pilotprojektets korte periode ikke muligt at se om en ændret medicinerings - nedbringelse af antal lægemidler, nedtrapning af vanedannende medicin - som antaget - ville øge borgernes energiniveau, mindske smerterne og trætheden. Få undersøgelser i sygeplejen viser, at det kan lade sig gøre. Det vil imidlertid være interessant, om dette perspektiv kunne belyses yderligere ved supplerende længerevarende undersøgelser, men bedre endnu om data indtastet i KOS af sundhedspersonalet om borgernes helbreds-, funktions- og sygeplejestatus på sigt ville kunne genbruges til sammenligninger mellem borgerens medicinerings og helbreds-, funktions- samt sygeplejestatus.

### **9.2.2 Resultater set fra et sygeplejefagligt perspektiv**

Pilotprojektets resultater afdækker mange forskelligartede forhold, der skal tages hånd om for at kunne gennemføre en korrekt medicinbehandlingsopgave.

Hver for sig synes medicindosering og medicinadministration at være enkle og overskuelige ydelser. Medicinbehandlingsopgaver afføder imidlertid en række kommunikations-, koordinerings- og dokumentationsopgaver, som skal gennemføres i borgerens eget hjem. Er medicinen ikke afstemt skal der anvendes ekstra tid til koordinering, 'efterdosering' og 'efterdokumentation'.

Borgerne formåede på trods af mange sygdomme og et svagt helbred at forblive i eget hjem, men var som konsekvens heraf afhængige af hjælp fra hjemmeplejen. Set gennem hjemmesygeplejens optik var det også svært *at bevare overblik og sikre sammenhænge og helhed i medicinforløbene*.

*Medicinhåndteringen kunne ikke gennemføres i hjemmene under ét besøg og på den normerede tid.* I forbindelse med gennemførelsen af undersøgelsen, forventedes det, at der anvendtes længere tid end almindeligt på at gennemgå borgerens medicin. Imidlertid anvendes det større tidsforbrug i det planlagte doseringsbesøg ikke på selve ophældningen af medicinen, men på de afledte *kommunikations- og koordineringsopgaver* i form af udredning af medicinstatus, medicinafstemning og indhentning af lægens godkendelse af medicinlister.

*Kontakt mellem borgerens egen læge og hjemmesygeplejen.* Der er lang tradition for et godt samarbejde mellem hjemmesygeplejen og de praktiserende læger. Det er de projektansatte hjemmesygeplejerskers opfattelse af kommunikationen og kontakten til de fleste læger er god.

Undersøgelsen viste, at lidt mere end halvdelen af borgerens læger kunne kontaktes samme dag ved uoverensstemmelser i borgerens medicinafstemning. Omvendt var det vanskeligt at komme i gennem til de øvrige læger.

Rapporten omhandlende sygeplejens indsats fokuserer alene på de kommunikations- og koordineringsvanskeligheder, som opleves set fra hjemmesygeplejerskernes side. Der er ikke tvivl om, at lægerne på deres side finder, at de ind imellem kontaktes mere end nødvendigt, især fordi de også kontaktes af sundhedspersonale, som ikke ved meget om medicin.

Den kommunikation og kontakt, som andre steder i sundhedsvæsenet, kun vil tage få minutter at initiere og afvikle, er mere tidskrævende og omstændelig i primærsektoren. (Se bilag 3: Medicinhåndtering i hjemmeplejen – overvejelser på baggrund af pilotundersøgelsens resultater.)

Hjemmesygeplejerskerne fandt at der ofte var en *uklar arbejdsdeling* mellem læge og hjemmesygeplejerske, når borgerens medicinske behandlinger skulle monitoreres i hjemmet fx antikoagulationsbehandling med måling af INR, behandling af forhøjet blodtryk med blodtryksmåling behandling af diabetes med måling af blodsukker.

Det er værd at bemærke, at det er hjemmeplejen, som tilsyneladende bærer de mange ekstra byrder med henblik på at sikre, at de ældre borgere får den rigtige medicin; især fordi mange af de fejl og mangler, der skal rettes op på for at dosere og administrere medicinen korrekt kan tilbageføres til manglende ansvarsplacering for borgerens samlede medicinske behandling ordinerende læger imellem, manglende instruktioner fra lægeside til hjemmeplejen samt mangelfuld formidling om medicinering ved sektorovergange. De ressourcer, den enkelte læge anvender på at medicinere borgeren korrekt, synes forspildte, hvis borgernes samlede medicinske behandling ikke samordnes med de øvrige behandlende læger.

*Kvaliteten af medicinhåndteringen.* Pilotprojektet kunne af gode grunde ikke afdække, om og i hvor høj grad, der forekom kvalitetsbrist i selve medicindoseringen. De to erfarne hjemmesygeplejersker, som gennemførte pilotprojektet tog sig den nødvendige tid til at dosere. Desuden var de ikke repræsentative for de forskellige sundhedspersoner, som i løbet af 4 måneder doserede medicin. En undersøgelse af forekomst af fejl i selve medicinhåndteringen fordrer et andet projektdesign; alternativt gennemførelse af audits.

Forekomst af kvalitetsbrist vedrørende medicindoseringen skyldes de forskellige typer af forhold, som bevirkede, at medicinen ikke kunne doseres samme dag, som hjemmebesøget fandt sted, hvorfor hjemmesygeplejerskerne må tilbage til borgeren igen og 'efterdosere' når medicinen var skaffet til veje, medicinstatus og medicinafstemningen udredt og lægens godkendelse af medicinlister fremskaffet.

***Kvaliteten af dokumentation af medicinbehandlingen.*** Det største kvalitetsbrist i hjemmesygeplejen vedrørte imidlertid dokumentationen dvs. ajourføring af medicinpræparater herunder kopimedicinens navne, styrke og dosis. Dokumentationen af borgernes sundheds- og funktionstilstand, observationer og opfølgning på disse var ligeledes mangelfuld. Flere forhold medvirkede imidlertid til at gøre dokumentationsprocessen omstændelig og svært at holde ajourført. Når dokumentationen ikke kunne gennemføres decentralt i borgerens eget hjem, måtte det efterfølgende ske centralt i hjemmeplejeenheden hvor medicinændringer mv. først skulle indtastes i medicinarkene i KOS, et print heraf udskrives, bringes ud og sættes i borgerens samarbejdsbog kaldet en 'efterdokumentation'. Denne arbejdsgang medfører, at der igennem 2 uger mangler opdaterede medicinoplysninger i borgerens samarbejdsbog som dels medfører risiko for fejl, fordi hjemmesygeplejen glemmer at medbringe de sidste rettelselser fra KOS dels medfører et ekstra borgerbesøg alene for at opdatere dokumentationen.

Indførelse af muligheden for at vælge den billigste medicin har betydet en forøgelse af de ressourcer, der må anvendes på at sikre en altid ajourført medicinark i borgerens hjem. Dokumentationsarbejdsgangene er imidlertid under revision med undersøgelse af muligheden for at indføre net-book i hjemmeplejen.

## 10: Metodeovervejelser

Selv om pilotprojektet er præget af at være udviklet sideløbende med igangsættelse af projektet, så viser resultaterne, at det er værd at satse på en videreudvikling af en systematiseret sygeplejefaglig udredning på medicinområdet.

Indsamling af data ved hjælp af observations- og interviewguide samt registrant har kun kunnet lade sig gøre fordi dataindsamlingen gennemførtes af deltagerobservatør. Pilotprojektets metoder kan derfor ikke umiddelbart overføres til daglig praksis.

Skal en systematisk udredning implementeres i alle lokalområder skal observations- og interviewguiden justeres og videreudvikles før en sådan udrolning. Såfremt pilotprojektet tænkes udvides til at inkludere flere mangestofbehandlede, skal der udvikles en egentlig database til håndtering af data.



## 11: Konklusioner

På baggrund af diskussionen resumeres en række overordnede konklusionerne (se også Afsnit 2: Resumé).

Ved at sammenholde baggrundsbeskrivelser (Afsnit 3: Baggrund) med pilotprojektets resultater må det konkluderes, at mange af de samme typer fejl og undladelser på medicinbehandlingsområdet, som forekommer i den regionale sundhedssektor og ved sektorovergange også forekommer i den borgernære sundhedssektor. Det kan kort summeres således at:

***Mange sygdomme, mange behandlere, mange lægemidler, mange sundhedsfaglige hjælpere, mange registreringssystemer fører til mange problemer.***

De problemer, som hjemmesygeplejerskerne især fik styr på i løbet af pilotprojektet var, ***at det lykkedes hjemmesygeplejerskerne at få udredt, hvad borgerne skulle have af medicin samt at få afstemt medicinen med de ordinerende læger*** dvs. borgernes egne læger, hospitalslæger og speciallæger.

Resultatet er ikke i sig selv bemærkelsesværdigt, idet det altid har været en sygeplejefaglig opgave at holde styr på medicinen. Det er værd at notere, at uden en sygeplejefaglig udredning ville de 18 borgeres medicinanvendelse sandsynligvis have været utilstrækkelig og ukorrekt. Borgerne, de praktiserende læger og det udkørende sundhedspersonale ville næppe have haft tid til at checke og dermed bemærke alle de fejl og mangler, som afdækkedes i undersøgelsen.

De ældre flerstofbrugeres medicinanvendelse vil derfor kunne forbedres ved en systematisk og gentagen medicinudredning af erfarne og medicinkyndige hjemmesygeplejersker.

Set isoleret vil hjemmesygeplejen kunne udvikle modellen for en sådan systematisk sygeplejefaglig medicinudredning med fokus på medicinafstemning og udrulle denne til alle 5000 borgere i de fem lokalområder uafhængigt af, om der senere kan iværksættes tværfaglige medicingennemgange med fokus på medikamentelle interaktionsproblematikker hos hjemmeboende mangestofbehandlede borgere.

Pilotprojektet kan imidlertid ikke give svar på, hvor tit en sådan sygeplejefaglig udredning bør gennemføres; det må dog antages, at en udredning hvert kvartal vil være tilstrækkeligt til at fastholde de forbedringer, som gennemføres på baggrund af en systematisk udredning.

***Ikke alle problemstillinger vil kunne løses alene gennem iværksættelse af en sygeplejefaglig udredning.***

Internt i hjemmesygeplejen må man vurdere, om man kan stramme op på organiseringen, således at der altid er én hjemmesygeplejerske, som har ansvar for borgerens samlede medicinbehandling eller omlægge organiseringen således, at det kan lade sig gøre. Der må ydes en ekstra indsats for at bringe dokumentationen af medicinbehandlingen på plads. I det hele taget bør der sættes på at få styr på 'tilsigtede hændelser' før igangsættelse af indrapportering af 'utilsigtede hændelser' i hjemmeplejen.

De problemstillinger, som kun kan løses fra lægelig side, omhandler dels nødvendigheden af en præcis ansvarsplacering lægerne imellem om hele borgernes medicinforbrug og dels en større indsats fra lægelig side for at gennemføre løbende medicinafstemninger af borgernes medicin, som bliver nødvendig på grund af den manglende koordinering lægerne imellem.

Selv om der ikke kan generaliseres fra en undersøgelse af få borgeres medicinanvendelse til alle de ca. 5000 borgere, som i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen modtager hjælp til medicinbehandling, så må de

problemstillinger, som pilotundersøgelsen afdækker vedrørende samarbejde mellem alle involveret i medicineringsprocessen medtages som opmærksomhedspunkter i det videre arbejde med at højne medicinkvaliteten.

## 12: Referencer

1. SUF: Administrationsrapport, 4 kvartal 2009 (årsrapport 2009) suppleret med informationer fra Dokumentationsstaben
2. Danmarks Apotekerforening, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Praktiserende Lægers Organisation: Samarbejde om det sikre medicinforløb - Baggrundsdokument, september 2007
3. Vass M. og Hendriksen C.: Ældre og medicin i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning juni/juli 2007, årgang 85 p.639-650
4. Institut for Rationel Farmakoterapi: Compliance: Hvilke interventioner virker, juli 2008
5. Søndergård B., Herborg H., Knudsen P. Rossing C. :Evidensrapport 7. Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer. Version 2.1, Pharmakon 2006
6. Vass M. og Hendriksen C.: Ældre og medicin i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning juni/juli 2007, årgang 85 p.639-650
7. Sveriges Kommuner och Landsting: Förebygg läkemedelsfel i vårdens övergångar – National satsning för ökad patientssäkerhet 2008
8. Vinge S. og Kilsmark J.: Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. Dansk Sundhedsinstitut juni 2009
9. Danmarks Apotekerforening, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Praktiserende Lægers Organisation: Samarbejde om det sikre medicinforløb - baggrundsdokument, september 2007
10. Hagerup, A: Stop berøringsangsten over for medicinmisbrugere, Sygeplejersken 5/2009
11. Sundheds - og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune: bedre medicin til ældre, september 2006
12. Sundhedsstyrelsen vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler 1.juli 2008
13. Sundhedsstyrelsen vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m, 22.februar 2007
14. Sundhedsstyrelsen: Vejledning om hjemmesygepleje, den 11.december 2006
15. Sundhedsstyrelsen: Vejledning autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp til udførelse af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed og delegation af ikke forbeholdt virksomhed, den 16. december 2009
16. Region Hovedstaden: Høringsudkast. Plan for den ældre medicinske patient 29. september 2008
17. Dansk Selskab for Patientsikkerhed: Et patientsikkerhedsperspektiv på medicinering i Danmark 2009
18. Drøftelser på introduktionsmøde til projekt: Medicinkvalitet -sikker og rigtig medicin anvendelse i hjemmeplejen den 6.oktober 2009

## 13: Bilag

### Bilag 1: Perspektiver på medicinkvalitet i hjemmesygeplejen

#### *Borgerperspektiv*

Borgeren er udgangspunkt for al medicinomsorg og tiltag for at sikre medicinkvaliteten

Alle borgere har - uanset alder - behov for at få den bedste, den mest sikre og billigste medicinske behandling, det er muligt at tilbyde, uanset om lægemidlerne har et forebyggende, et helbredende eller lindrende sigte.

Desuden har alle borgere behov for et stabilt og sammenhængende medicineringsforløb uanset, hvorfra borgerens medicinske behandlinger initieres.

Endelig har alle borgere behov for en medicinomsorg, som individualiseres med udgangspunkt i borgernes livssituation og ressourcer med henblik på, at borgeren tager aktiv del i egen medicinhåndtering.

I al almindelighed forventes det, at borgeren selv tager ansvar for egen medicinhåndtering. Borgeren ejer sin egen medicin og kan kun rådgives om at kassere den medicin, hvis holdbarhed er udløbet.

#### *Lægefagligt perspektiv*

Borgerens egen læge er, som ansvarlige for borgerens sygdomsbehandling, central i sikring af borgerens medicinkvalitet samt nøgleperson i forhold til de behandlinger, som iværksættes fra hospitalsregi.

Medicineringen skal være rigtig dvs. have den tilsigtede kliniske effekt uden samtidigt at påføre borgeren skader i form af bivirkninger og nedsat livskvalitet.

Den medicinske behandling skal, uanset hvor borgeren befinder sig, være korrekt og uanset, om det er borgerens egen læge, eller en speciallæge, der har initieret behandlingen.

Borgerens egen læge har stor klinisk viden og erfaring, men ser kun borgeren lejlighedsvis i egen konsultation - sjældent i borgerens eget hjem.

#### *Sygeplejefagligt perspektiv*

Hjemmesygeplejersken er ansvarlig for at yde hjælp til medicinhåndteringen efter lægens ordination.

Hjemmesygeplejersken har stor klinisk viden og erfaring om samspil mellem medicinering og daglig liv.

Medicineringen skal være sikker dvs. håndteres pålideligt hver gang i rette dosis, rette styrke, rette hyppighed og på rette tidspunkt med henblik på at sikre, at medicinen kan opnå den rigtige virkning.

Medicineringen må ikke medføre u hensigtsmæssige virkninger i forhold til kropslige funktioner (fx fordøjelse, søvn) mentale funktioner (fx hukommelse), sindstilstand (fx livslyst), beslutningsevne (mestring) eller handlemuligheder (fx egenomsorg).

Den medicinske behandling skal kunne efterleves af borgeren og begrundelserne for den medicinske behandling skal helst kunne forstås af borgeren.

Hjemmesygeplejersken, som kommer regelmæssigt i borgerens hjem, har ud over en vigtig koordinerende rolle, mulighed for at observere medicinbehandlingens samspil med borgerens funktioner og aktivitetsniveau og hele livssituation. Endelig har hjemmesygeplejersken en væsentlig rolle som vejleder og underviser af borger og pårørende. Imidlertid delegeres mange af hjemmesygeplejerskens opgaver til såvel assistenter som hjælpere. Den måde, hvorpå hjemmesygeplejen er organiseret spiller derfor ind på kvaliteten af den ydede medicinadministration.

#### *Sundheds - og Omsorgsforvaltningens perspektiv*

Kan borgeren ikke selv tage ansvar for sin medicinering, udløses ydelser, som skal gives af de sundhedsfaglige personer, som har kompetence til at hjælpe borgeren med medicinadministrationen, medicinhåndteringen mv.

I Københavns Kommune er hjælp til borgernes medicinadministration den enkeltydelse, der oftest iværksættes.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen lægger vægt på at se borgeren som en ressource og en del af løsningen<sup>7</sup>. Oversat til medicinrådet betyder dette at borgerens sammenhængende medicineringsforløb skal understøttes på tværs af enheder i forvaltningen og på tværs af sektorer. Medicinkvaliteten skal have samme høje kvalitet i alle hjemmeplejeenheder i forvaltningen. Det faglige miljø skal styrkes med henblik på at fremme medicinkvaliteten. Der er i ydelseskataloget fra 2009 præciseret, at al hjælp til medicinbehandling henhører under sundhedsloven – ikke serviceloven.

Den for nylig vedtagne lov om patientsikkerhed har bl.a. udpeget medicinrådet som ét fokusområde i forhold til UTH. Oversat til medicinrådet betyder dette, at medicinsikkerhed skal fremmes fx ingen utilsigtede hændelser i medicinbehandling, ingen fejl i medicinafstemningen på alle trin i medicinforløbet. Det betyder også, at der skal fokuseres på læring om bedre medicinkvalitet på baggrund af registrering af utilsigtede hændelser med medicinbehandling.

---

<sup>7</sup> "Værdi for borgeren – visioner og resultater som grundlag for organisering og styring i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen"

## Bilag 2: Interview og observationsguide

# Observations- og interviewguide

-Rigtig og sikker medicinanvendelse hos borgere, som i hjemmeplejen får hjælp til medicinering med flere end tre lægemidler på samme tid (polyfarmaci)

### 1. Medicinstatus:

- Er der overensstemmelse mellem ordineret medicin og den medicin, som borgeren skal have doseret og have hjælp til at indtage?
- Er der overensstemmelse mellem den medicin, som borgeren har fået ordineret og dokumentationen af denne i KOS/samarbejdsbog?
- Håndteres medicinmodtagelse, opbevaring og bortskaffelse sikkert?
- Kan medicinen doseres og administreres rigtigt og sikkert?

### 2. Medicinhåndtering (sikker medicinanvendelse):

- Er der overensstemmelse mellem ordineret medicin og den medicin, som borgeren skal have doseret og have hjælp til at indtage?
- Er der overensstemmelse mellem den medicin, som borgeren har fået ordineret og dokumentationen af denne i KOS og i samarbejdsbogen?
- Er borgerens medicin dokumenteret korrekt i KOS og i samarbejdsbogen?
- Håndteres medicinmodtagelse, opbevaring og bortskaffelse sikkert?
- Kan medicinen doseres og administreres rigtigt og sikkert?

### 3. Medicinering (rigtig medicinanvendelse):

- Hvad behandles borgeren for og hvordan forløber behandlingen?
- Er der interaktioner imellem de enkelte lægemidler kontra håndkøbsmedicin som stærke vitaminer og mineralprodukter, kosttilskud, naturlægemidler og eventuelt alternativ medicin?
- Oplever borgeren eller observerer sygeplejersken, at medicinen har den virkning, den burde have?
- Oplever borgeren eller observerer sygeplejersken symptomer, som kan være forårsaget af ubehandlet over- eller underbehandlet sygdom?

### 4. Medicinmestring (borgeren kompetencer):

- Ved borgeren hvorfor og for hvad, han/hun får sin medicin
- Indtager borgeren den doserede medicin som foreskrevet mhp. at undgå utilsigtet/tilsigtet non-compliance?
- Er der potentiale for at øge borgerens viden om medicineringen?
- Er der potentiale for at borgeren kan lære at håndtere sin egen medicin?

### 5. Medicinlæring (sundhedspersonalets kompetencer):

- Ved det sundhedspersonale, som kommer i hjemmet, hvorfor og for hvad, borgeren får sin medicin?
- Er der potentiale for at øge sundhedspersonalets viden om de konkrete lægemidler, borgeren tager?
- Kan sundhedspersonale administrere borgerens medicin rigtigt?
- Kan sundhedspersonale lære borgeren selv at administrere sin medicin
- Kan sundhedspersonale motivere borgeren til

## Bilag 3: Medicinhåndtering i hjemmeplejen – overvejelser på baggrund af pilotundersøgelsens resultater

**Hjemmesygeplejerskens rolle.** I modsætning til sygepleje på hospitaler udøves hjemmesygepleje som en 'enpersonspraksis'. Megen behandling er rykket hjem i borgerens eget hjem; det har mange fordele, men en ulempe, der vedrører patientsikkerhedsperspektivet, kan være at sundhedspersonalet ikke har samme tætte kontakt som på en hospitalsafdeling. Hjemmesygepleje gennemføres i borgerens eget hjem, hvor der ikke er kollegaer, hverken sygeplejersker, læger eller andre, som kan spørge til råds.

Det forventes derfor, at hjemmesygeplejersken har en bred vifte af kundskaber inden for eget fag dvs. kan fungere som generalist, men det forventes også, at hjemmesygeplejersken kender til det øvrige sundhedsvæsen og til andre professionelle kundskabsområder og derfor kan fungere som koordinator og tovholder.

På den ene side skal hjemmesygeplejersken kunne udfylde rollen som medarbejder blandt kollegaer i hjemmeplejeenhederne og på den anden side som faglig leder af de sundhedspersoner, som ikke har en sygeplejefaglig uddannelse, men som også fungerer alene ude i borgernes hjem.

Begge roller er svære. Fungerer hjemmesygeplejersken alene i enpersonspraksis, hvor hun har ansvar for egne opgaver er der en tendens til at glemme at øvrige samarbejdspartnere, som fungerer på samme måde, og skal orienteres, rådspørges og rådgives, hvis der skal skabes kontinuitet i plejen. Pilotundersøgelsen viste fx, at det især i enpersonspraksis er nødvendigt at sikre kontinuitet via fælles dokumentationssystemer.

Endnu sværere er det at fungere som arbejdsleder på fjerndistance for en personalegruppe, der er alene ude hos borgerne.

### **Delegering og videredelegering af medicinhåndteringsopgaver i hjemmesygeplejen**

Som i alle andre situationer, hvor sundhedspersoner arbejder alene 'ansigt til ansigt' med borgeren og træffer faglige beslutninger uden at have meget andet med i bagagen end faglig erfaring og viden, er resultatet i høj grad afhængig af, om den pågældende persons faglige kompetencer, moral og etik mv. samt parathed til at undersøge forhold, som vedkommende ikke umiddelbart selv kan tackle. Det er derfor tankevækkende, at **medicinhåndtering** ifølge hjemmesygeplejerskerne i lokalområdet (udtrykt på informationsmøde om projektet) i stigende grad opfattes som et **lavstatusområde i sygeplejen**. Begrundelsen, som gives herfor er, at opgaver med medicinhåndtering ikke prioriteres, fordi opgaverne kan delegeres til hvem som helst og fordi der er en praksis, som betyder at man først og fremmest skal have arbejdsopgaverne løst under hensyntagen til antal fremmødt personale og ikke under hensyntagen til sundhedspersonernes kompetencer.

**Opgaveglidning i hjemmesygepleje.** Den øgede medicinske specialisering betyder, at borgerne i større udstrækning behandles i ambulant regi. Samtidig betyder opgaveglidningen fra den regionale sundhedssektor til den borgernære sundhedssektor, at hjemmesygeplejerskerne overtager opgaver, som tidligere udførtes af hospitalsansatte sygeplejersker fx stomipleje, intravenøs behandling og sårpleje. Denne stigende specialisering i hjemmesygeplejen trækker hjemmesygeplejerskerne væk fra medicinhåndteringsopgaverne, som overlades til mindre kvalificerede sundhedsfaglige personer. Opgaveglidningen fra sygehuse til hjemmeplejen ledsages af **opgaveglidningen i hjemmesygeplejen** fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

**Kompetenceudvikling og specialisering i hjemmesygeplejen.** At der ikke var det samme behov for at afklare og samstemme borgerens medicin på 2. besøg gav et fingerpeg om, at borgerne efter en grundig

medicinudredning ved hjemmesygeplejerske kan medicineres efter hensigten. Udredningen baseredes på hjemmesygeplejerskernes sygeplejefaglige kompetencer frem for særlige kompetencer om lægemidler og farmakologi.

Undersøgelsen viste dog, at det ville være en fordel, om udvalgte hjemmesygeplejersker kunne specialisere sig inden for medicinområdet med henblik på at varetage fremtidige sygeplejefaglige udrednings- og koordineringsopgaver inden for medicinområdet og med henblik på at løfte vidensområdet hos øvrige ansatte i hjemmeplejen, især må det organisatorisk være muligt at igangsætte praksisnær læring.

Derudover viser tendensen til en øget specialisering i fokuserede emneområder i sygeplejen fx sårbehandling, ernæring, fald og forhåbentlig også medicinhåndtering, at der herudover også er behov for den type kompetenceudvikling, som supplerer generalistniveauet med få 'avancerede generalister'. En generalist er i hjemmesygeplejen en sygeplejerske, som kan fungere i forhold til løsning af de mange typer almindeligt forekomne plejeproblestillinger hos borgerne; hvorimod en avanceret generalist er en hjemmesygeplejerske, som selvstændigt kan udvikle og igangsætte initiativer for hele populationen af hjemmeboende borgere uden at miste den brede tilgang, selv om problemstillingernes kompleksitet øges. En avanceret generalist vil sammen med den sundhedsfaglige ledelse af hjemmeplejen kunne medvirke til at løfte plejen af borgere i hjemmeplejens regi.