

"Som at spille Kalaha": Polyfarmaci i den kommunale hjemmepleje

Mange borgere i hjemmeplejen har brug for hjælp til medicin i hverdagen. Men arbejdet med medicin sker på bekostning af andet vigtigt omsorgsarbejde.

Polyfarmaci er blevet et begreb, der ofte anvendes til at beskrive den massive og komplekse medicinering af særligt de ældre borgere. Definitionen af polyfarmaci varierer, men ofte anvendes begrebet om samtidig brug af fem eller flere lægemidler (Andersen *et al.*, 2019). I et registerstudie fra 2019 er det vist, at over en tredjedel af alle borgere i Danmark over 60 år får mere end 5 forskellige lægemidler, og knap hver femte får mere end 10 forskellige. Blandt borgere over 80 år stiger andelen af dem, der får mere end 10 lægemidler, til 34,5% (Christensen *et al.*, 2019). Polyfarmaci anses som særlig problematisk blandt de ældre, da denne gruppe er ekstra udsat for komplikationer i form af lægemiddelinteraktioner og bivirkninger (Hajjar, Cafiero & Hanlon, 2007), der kan forårsage øget antal hospitalsindlæggelser (Hallas *et al.*, 1991) samt øge forekomsten af for tidlig død og generelt forringet livskvalitet (NICE, 2019). Sårbare ældre, defineret som personer over 65 med nedsat fysisk, psykisk eller socialt funktionsniveau, der gør dem særlig udsat for afhængighed af omverdenen, har ekstra øget risiko for problematisk polyfarmaci, da de ofte er i behandling for flere samtidige, kroniske sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Årsagerne til polyfarmaci er komplekse og inkluderer blandt andet farmaindustriens manglende interesse i forskning indenfor seponering af behandling, sundhedspersonalets begrænsede viden om multisygdom, sundhedsvæsenets opbygning i organspecifikke specialer samt rigiditet i sektorovergange mellem hospital og primærsektor (Straka, 2019). Blandt sociologiske og almen-medicinske forskere karakteriseres polyfarmaci netop som et 'wicked problem', der rummer både kulturelle, teknologiske og sociopolitiske dimensioner, og derfor ikke har nogen simpel løsning eller 'quick fix' (Armstrong & Swinglehurst, 2018).

Udfordringerne ved polyfarmaci er primært beskrevet i den biomedicinske litteratur, hvor fokus hovedsageligt er på at bedømme konsekvenserne af (for) meget medicin samt at undersøge effekten af forskellige tiltag målrettet optimering af medicinsk behandling af ældre (Hajjar, Cafiero & Hanlon, 2007). Derimod belyser den nuværende forskning og debat om polyfarmaci sjældent fænomenet fra et praksisperspektiv (Mol, 2002; Mol, Moser & Pols, 2010). Indsigt i, hvordan polyfarmaci konfigureres i det levede liv, kan bruges til at udfolde kompleksiteten af polyfarmaci for herigennem at få øjnene op for alternative eller oversete løsninger. I denne artikel belyser jeg fænomenet polyfarmaci gennem et etnografisk feltarbejde i en kommunal ældrepleje i en forstad til København. Ved at undersøge, hvordan polyfarmaci gøres i praksis i mødet mellem plejepersonalet, borgerne og borgernes pårørende, søger

jeg at forstå, hvordan omsorgsarbejdet med medicin konstitueres (Hunniche & Olesen, 2014b), og hvilke betydninger, denne konstitution har for relationen mellem personalet i hjemmeplejen og sårbare ældre der får meget medicin.

Metodisk og analytisk tilgang

Artiklen baserer sig på deltagerobservationer foretaget mellem april 2019 og december 2019. Jeg har løbende deltaget i hjemmeplejens morgen- og frokostmøder, og jeg har kørt ud med de ansatte og deltaget i omsorgsarbejdet i borgernes hjem. Jeg har været på i alt 52 hjemmebesøg hos mange forskellige personer, primært ældre, med forskellige plejebehov og helbredstilstande. Besøget startede altid med, at sygeplejersken præsenterede mig og bad om tilladelse til, at jeg kom med ind. Alle de borgere, jeg besøgte, gav hermed mundtligt samtykke til min





deltagelse i hjemmeplejens arbejde. Hos enkelte borgere valgte jeg at blive i bilen under hjemmebesøget, da sygeplejersken mente, at min tilstedeværelse kunne skabe utryghed.

I analysen til denne artikel har jeg udelukkende genbesøgt feltnoter fra 30 besøg hos personer over 65 med polyfarmaci. Da medicinhåndteringen primært er en opgave i hjemmesygeplejen, har jeg hovedsagelig fulgt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Når jeg i det følgende refererer til hjemmeplejen, er det implicit også hjemmesygeplejen. Projektet er forankret i krydsfeltet mellem medicin, antropologi og science and technology studies (STS). Jeg betragter lægemidler som en omsorgsteknologi (Hasse & Wallace, 2014) og har fokus på at forstå samspillet mellem lægemidler og mennesker i en praksiskontekst (Mol, Moser & Pols, 2010; Hunniche & Olesen, 2014a). Oprindeligt tog feltarbejdet udgangspunkt i en undren over et højt forbrug af medicin mod depression særligt blandt ældre (Hansen et al., 2007) og en interesse i at undersøge praksisser forbundet med udskrivelse og anvendelse af antidepressiva i hjemmeplejen. Efter kort tid i felten blev jeg dog opmærksom på et højt forbrug af medicin generelt hos de ældre borgere, samt at det i håndteringen af medicin i borgernes hjem ofte er svært at skelne mellem de forskellige lægemidler og deres betydning for fx helbred og livskvalitet. Disse observationer fik mig til at flytte fokus fra at handle udelukkende om antidepressiv behandling til i højere grad at forstå betydningerne og udfordringerne ved polyfarmaci. Jeg blev først og fremmest nysgerrig på, hvordan det massive medicinforbrug blandt de ældre har betydning for, hvordan omsorgsarbejdet konstitueres (Hunniche & Olesen, 2014). Ved konstituering mener jeg måden, hvorpå praksisser forbundet med medicinhåndtering i borgernes hjem antager en

speciel form i mødet med polyfarmaci, og hvordan dette er med til at påvirke betydningen af omsorgsarbejdet.

I det følgende præsenterer jeg en række empiriske uddrag fra mit feltarbejde, der på forskellig vis belyser polyfarmaci i praksis. I hjemmeplejen indeholder medicinhåndtering flere forskellige arbejdsrutiner, men der er nogle praksisser, der dagligt går igen. Dette drejer sig særligt om *ophældning* og *oprydning* af medicinen i borgerens hjem, samt *koordinering* af medicinsk behandling med andre faggrupper. Gennem feltarbejdet har jeg erfaret, at disse praksisser er dem, der fylder mest i hjemmeplejens arbejde med medicin, særligt i forbindelse med polyfarmaci, og derfor er de blevet udgangspunktet for denne analyse. Alle navne og identifikationer er anonymiseret i det følgende, og projektet er godkendt af Datatilsynet via den fælles anmeldelse på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

For at opnå sammenhæng mellem de forskellige empiriske uddrag, har jeg valgt at tage udgangspunkt i en dag, hvor jeg kørte med sygeplejersken, som jeg her kalder Mie. Mie er i 40'erne og har arbejdet i den kommunale hjemmepleje i 3 år. I det følgende vil jeg vise, hvordan polyfarmaci i Mies daglige arbejde konstituerer sig gennem praksisser forbundet med ophældning, oprydning og koordinering, samt hvilken betydning denne konstitution får for omsorgsarbejdet og relationen til borgerne.

Polyfarmaci som ophældningsarbejde

Mie låser de to skrigorange plastikkasser op og tømmer indholdet ud på bordet. Hun arrangerer systematisk bjerget af æsker og bølter i en række foran sig på bordet. Der er meget medicin, og rækken fylder knap halvdelen af spisebordet. "Jeg starter altid med at få overblik," forklarer hun mig, mens hun med erfarne bevægelser tager lågene af doseringsæskerne og placerer dem i to

Mange borgere indtager dagligt mere end fem forskellige lægemidler og er hermed udsat for såkaldt *polyfarmaci*. Polyfarmaci har stor politisk og medicinsk bevågenhed, da det er relateret til øget risiko for dødsfald og forringet livskvalitet, særligt blandt sårbare ældre. Gennem uddrag fra et feltarbejde i en kommunal hjemmesygepleje viser artiklen, hvordan arbejdet med polyfarmaci primært er styret af logikken om rationel farmakoterapi eller 'den rette pille i den rette mund'. Dette gør, at omsorgsarbejdet primært handler om at sikre, at borgeren får den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt, men efterlader lidt eller ingen opmærksomhed på borgerens egne behov og bekymringer. Artiklen viser, at den dominerende konfiguration af polyfarmaci overser vigtige sociale og individuelle aspekter af medicinanvendelse blandt sårbare ældre. Projektet er finansieret af Velux Fonden under temaet *Ældre og medicin*, 2017.

Sofie Rosenlund Lau

Farmaceut og ph.d. i antropologi, postdoc ved Afdelingen for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, sola@ sund.ku.dk

kolonner med syv æsker i hver. Hver æske har fire rum fordelt over døgnet. Tidspunktet (morgen, middag, aften, nat) står med printet skrift på siden af den gennemsigtige plastik. Bag på hver æske sidder en dymo med borgerens navn og cpr.nr. Lågene med de påtrykte ugedage placeres i en bunke til siden – de skal ikke bruges nu. "Så er jeg klar". Den elektroniske tablet med al essentiel information står praktisk placeret ved Mies højre side, og listen med borgerens medicin er åben på skærmen. Mie klikker på det øverste præparat på listen og tager den første æske i rækken. Hun tjekker medicinens navn og holdbarhed og trykker rutineret et stort antal piller ud i de blå, plastikbeklædte hænder. Kling, kling, kling lyder det, når pillerne lander i rummene. Mie dobbelttjekker med oversigten på tablettet og går videre til næste æske i rækken. Trykker præparatet frem på skærmen, hælder en god portion piller op i hånden og tømmer dem stykvis fra hånden og ned i de korrekte huller. Der doseres til 14 dage ad gangen, og mange af lægemidlerne skal tages flere gange dagligt, så det bliver til mange piller i hvert rum. "Det er lidt ligesom at spille Kalaha," siger Mie med en undertrykt sarkasme og fortsætter til næste præparat i den lange række af medicin.

Borgere, der får hjælp til medicin håndtering, får dispenseret medicin hver 14. dag, og medicinophældning er den praksis, der fylder mest i hjemmeplejens arbejde med medicin (Kjellberg, 2018). Sygeplejerskerne varetager dagligt mange af disse dispenseringsopgaver, så for dem bliver medicinophældningen den primære praksis, hvor igennem polyfarmaci forstås og erfares. Arbejdsgangen bag måden, Mie dispenserer, er nedskrevet i kommunens sygeplejefaglige indsatskatalog, der beskriver procedurer og fælles retningslinjer omkring medicin håndtering. Retningslinjerne er til for at sikre patientsikkerheden ved at sørge for, at sygeplejerskerne systematisk tjekker, at den medicin, der er tilstede i hjemmet, svarer til den ordinerede medicin, at medicinen er i forsvarlig

stand (fx at holdbarheden ikke er overskredet), og at den gives i de rigtige mængder på de rigtige tidspunkter. De indlejrede logikker i arbejdet med medicin tager hermed udgangspunkt i ambitionen om såkaldt *rational farmakoterapi*, der ifølge WHO defineres som den praksis, der skal sikre, at:

Patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community (WHO, 2002).

På dansk oversættes definitionen af *rational farmakoterapi* ofte mere mundret til "den rette pille i den rette mund", nogle gange med tilføjelsen "på rette tidspunkt" (se fx Krag, 2019) eller "til den rigtige pris" (se fx Brostrøm, 2019). I Danmark har Institut for Rational Farmakoterapi som en selvstændig enhed under Sundhedsstyrelsen været den primære kilde bag retningslinjer for sikker og effektiv medicin anvendelse. Det bevirker, at *rational farmakoterapi* i det danske social- og sundhedsvæsen er indlejret i både en biomedicinsk og politisk diskurs, hvor målet er at understøtte, at den medicin, der benyttes, har den højeste effekt (målt på baggrund af kliniske studier) med de færreste bivirkninger og til den laveste pris (Sundhedsstyrelsen, 2020). På den måde er polyfarmaci i praksis også styret af økonomiske interesser. I hjemmeplejen handler det økonomiske perspektiv dog primært om optimering af de ansattes tid. Borgere, der modtager meget medicin, er 'dyre', da håndteringen af medicinen her er ekstra kompleks og tidskrævende. Polyfarmaci i hjemmeplejen bliver herved ikke kun et spørgsmål om borgernes sundhed, men udgør også en sundhedspolitisk problemstilling i forhold til fordelingen af de kommunale ressourcer (Kjellberg, 2018).

I uddraget forløber dispenseringen ukompliceret. Al medicinen er til stede og i god stand, klar til at blive puttet i dose-

ringsæskerne. Dette er på mange måder en undtagelse, da ophældningen ofte vanskeliggøres af medicin, der mangler eller er udløbet, eller af ændringer i medicinen, der ikke er dokumenteret i det elektroniske system, eller som er dokumenteret forkert. Alle disse praktiske benspænd er med til at komplicere sygeplejerskernes arbejde med medicin og hermed gøre medicin håndtering ekstra tidskrævende og øge risikoen for fejl. Samtidig gør arbejdet med at sikre korrekt medicinering så, at borgeren ikke i særlig høj grad, hvis overhovedet, involveres i omsorgsarbejdet. Dispensering er et stykke praktiske benspænd er med til at bruge sygeplejerske Mies egne ord, er håndteringen af medicin for hende sammenligneligt med et spil Kalaha – de rigtige piller skal i de rigtige huller. Metaforen om ophældning som et Kalahaspil er værd at fastholde, da den forstærker billedet af medicin håndtering som et praktisk foretagende, der er fokuseret på pillernes materialitet mere end på det menneske, der tager dem. Dette kommer stærkere til udtryk i de følgende eksempler.

Polyfarmaci som oprydningssarbejde

Elna lukker prustende døren op, da vi ringer på. Hun er tydeligt frustreret. "Kan I ikke lige hjælpe mig med det her bord?" stønner hun og peger mod spisebordet, som hun med nød og næppe har fået bakset ud fra væggen. "Jeg skal have det op at stå på den her måtte, men det er dæleme tungt, og min ryg har det ikke for godt." Elna har fået gjort rent, men rengøringen har glemt at stille spisebordet tilbage oven på den plastikmåtte, der er lagt som underlag til skrivebordsstolen. Den spinkle dame forsøger at løfte det tunge egetræsbord. "Jamen, Elna dog, det skal du da ikke bakse med alene," udbryder Mie. "Nej, jeg ved det godt. Men Bent sover, og det skal bare lige...", hun peger ned på det ene bordben, der allerede er kommet op på måtten. Mie og jeg tager fat i hver vores ende af det tunge bord og får det stillet på plads. "Tusind tak! Jamen altså, hvad skulle jeg

dog gøre uden jer," siger Elna glad. Vi sætter os om bordet. Mie spørger efter medicinen, og Elna peger ud i køkkenet. "Nederst i køleskabet," siger hun. Mie kommer tilbage med to grønsagsskuffer, der i parrets hjem er blevet til medicinskuffer. De indeholder begge både nye og gamle medicinbøtter. På nogle af bøtterne er der skrevet med kuglepen og rystende hånd. "Ja, det er mit system," fortæller Elna. "Jeg kan ikke lide at have alle de æsker, så jeg hælder det nye medicin ned i de gamle bøtter – så passer det lige med, at de kan stå sådan rundt på bakken." Hun peger på en plastikbakke og viser, hvordan bøtterne passer i et sindrigt system i en rundkreds rundt i bakkens kant. "Så kan jeg holde styr på det." Mie kigger på mig med et smil, der viser, at det ikke er første gang, at hun støder på hjemmelavede løsninger, der strider imod standarden. Hun forklarer Elna, at det jo er svært at se, om medicinen er for gammel, og om det overhovedet er de rigtige piller, når det bliver hældt rundt. "Nå ja," sukker Elna, "jeg skal nok lade være med at gøre det igen. Men det var altså smart, fordi..." hun gentager idéen med, at bøtterne passer i højde og størrelse til bakken. "Og den røde tusch er min – Bent har den sorte," tilføjer hun med henvisning til skriften oven på bøtterne. Mie forsøger at finde op og ned i, hvad der er hvad og hvis i de to kasser med medicin. Hun får dispenseret til dem begge i doseringsæskerne og lagt det hele i det rigtige system – hjemmeplejens system. Elna kigger fraværende ud af vinduet til gården og kommenterer vejret. Mie spørger lidt til Bent. "Tjo, det går ikke så godt," fortæller Elna. "Han sover meget." Mie anbringer systematisk medicinen i plastikskufferne til køleskabet. Hvor det før var blandet sammen, er der nu én til Elna og én til Bent. "Sådan!" siger Mie tilfreds. "Så er der styr på det." Elna følger os ud. "Det var søreme godt I kom! Ellers havde jeg aldrig fået det bord på plads," siger hun og hilser os farvel i døren.

Her ses tydeligt, hvordan arbejdet med polyfarmaci udfordres i mødet med borgeren. Elnas opfattelse af rationalitet strider

nemlig imod rationaliteten indlejret i hjemmeplejens standard for medicinbehandling. Elna har indtil fornylig selv forvaltet sin og mandens medicin, men nu er det besluttet, at hjemmeplejen skal overtage, for parret anses for at være ude af stand til selv at varetage medicinen på forsvarlig vis. Mie bekræftes i dette, da hun ser, hvordan medicinen "roder". Selvom der er en tydelig mening og orden med måden, Elna selv har sorteret medicinen i bøtter af en særlig størrelse og ensartethed og selv har sørget for at skrive på bøtterne, så hun kunne kende forskel på præparaterne og på sin og mandens medicin, så anses denne praksis for at være uhensigtsmæssig og udgøre en risiko for fejlmedicinering. Mies primære opgave, udover selve dispenseringen, bliver derfor at få ryddet op og sat tingene i et forsvarligt system for herigenem at sikre, at Elna og Bent fremover får udleveret de korrekte piller. Men i dette arbejde spiller Elna selv en meget lille, hvis nogen, rolle. Elnas egne erfaringer med medicinen anses i denne sammenhæng som ikke-betydende, ja ligefrem problematiske. Hun inddrages ikke i arbejdet med medicinen og giver heller ikke udtryk for et ønske om inddragelse. Elna virker – som størstedelen af de borgere, jeg har besøgt – nærmest ligeglad med medicinbehandling. For hende ligger det primære omsorgsarbejde et andet sted; i dag var det først og fremmest at få flyttet bordet på plads.

Både Elna og Bent får, som mange andre ældre borgere, meget medicin, og det praktiske arbejde i at få sorteret og ryddet op, er noget, der tager tid og kræver koncentration. Sygeplejersker oplæres i, at medicinophældning helst skal foregå uforstyrret, og derfor er samtale undervejs i det praktiske arbejde også begrænset. Jeg har i flere tilfælde oplevet, at plejersonalet beder borgeren være stille, mens de dispenserer. Stilheden og koncentrationen er en nødvendighed for at undgå fejl, der kan have alvorlige konsekvenser for

borgerne, men samtidig bevirker det også, at relationen mellem borger og plejersonal begrænses, eller i hvert fald må komme til udtryk på andre måder eller i andre situationer. I tilfældet med Elna hjælper vi godt nok med at flytte et bord, men samtalerne forbliver overfladiske. På intet tidspunkt spørges ind til Elnas oplevelser med medicinen – om den virker, eller om hun oplever bivirkninger, om den giver mening i hendes og mandens liv. Arbejdsgangen inkluderer således ikke nogen særlig opmærksomhed på borgerens rolle, ønsker eller behov. Dette gælder ikke kun ved ophældningen og oprydningsarbejdet, men også i koordineringen af medicin.

Polyfarmaci som koordineringsarbejde

Jens har været indlagt med en brækket hofte efter et fald, formentlig forårsaget af et ukontrolleret blodsukker. Han blev udskrevet i går, men har været til kontrol i dag og er først lige kommet tilbage. Jens' kone Ruth er også for nylig kommet hjem efter længere tids indlæggelse. Hun sidder i en plejeseng i stuen, da vi kommer ind. Mie taler kort med datteren, der udtrykker tydelig bekymring for sine forældre. De har anmodet om plejehjemsplads, men hvem ved, hvor længe der går, før der er plads til dem begge. Mie spørger, om medicinen er kommet. Ruth ryster på hovedet. Mie finder medicinlisten frem i FMK og kigger på de piller, der er kommet med hjem fra hospitalet. Der er doseret i to engangsæsker til to dage i alt, i går og i dag. Når aftenpillerne er indtaget, er der ikke flere. Jens skal til kontrol igen i morgen og tager tidligt hjemmefra, så det er vigtigt, at medicinen bliver doseret i dag. "Åh, for pokker", sukker Mie frustreret, alt imens hun forsøger at finde ud af, hvad der er nyt i medicinen efter indlæggelsen. "Han er begyndt at få insulin igen," fortæller Ruth. "Før var han kun på piller. Eller, han har tidligere fået insulin, men så kom der styr på det. Nu roder det igen." Datteren supplerer: "Ja, far får ikke målt blodsukker. Han kan ikke selv styre det." Jens har fået

en ny blodsukkermåler og insulinpenne med hjem fra sygehuset. Det er ikke insulinen, der mangler i doseringsæskerne. Mie ringer op til hospitalsafdelingen for at spørge ind til den nye medicin. Mens hun venter på at komme igennem, spørger hun Jens, om hun må tage hans blodsukker. Han samtykker men forsvinder så ud af stuen. ”Gik han på toiletet?” spørger Mie. ”Ja, han render hele natten,” svarer Ruth. ”Det gør vi begge to. I nat var vi lige ved at slås om pladsen. Det er en værre redelighed.” Datteren nævner, at de måske skulle få begge plejesenge ind i stuen, så turen til toiletet ikke er så lang for Jens. ”Ja, han når det ikke altid,” fortsætter Ruth. ”Det er synd.” Mie når ikke at svare, da telefonen til hospitalsafdelingen går igennem. Sammen med sygeplejersken gennemgår hun Jens’ medicinliste i FMK. Det ser rigtigt ud. Hun lægger på og ringer videre til kollegaen, der var i hjemmet tidligere, for at spørge, om hun ved noget om de nye piller. Kollegaen beretter, at hun bestilte dem fra apoteket tidligere samme dag. ”Hvem skal vi kontakte for at få dørrinnene af?” spørger datteren i et kort hul mellem Mies telefonsamtaler. De har forsøgt at gøre hjemmet rollatorvenligt og har fjernet gulvtæpper. Det gamle trægulv er slidt med tydelige mærker af lim fra tæpperne, der klistrer til de blå overtrækssko. Mie svarer halvt, mens hun leder på telefonen efter nummeret til apoteket. ”Øh, det er kommunen.” Efter lidt betænkningstid ændrer hun svaret; ”Nej, for resten, det er ejendomskontoret.” Datteren nikker og fortsætter. ”Far og mor skal jo genhuses på grund af renoveringen. Jeg er ikke sikker på, at de klarer det.” Mie svarer ikke på bemærkningen. Hun taler i telefon med apoteket. De har ikke modtaget bestillingen, men accepterer at komme ud med et særbud. ”Har I udskrivelsespapirerne?” spørger hun datteren, mens hun lægger på. Datteren finder en hvid konvolut frem, og Mie skimmer igennem papirerne efter tegn på ordination af blodsukkermålinger. Hun ringer op til kommunens sygeplejevisitation: ”Jeg kan altså ikke finde det ordineret nogle steder. Men

familien siger, at han ikke kan selv, så jeg tænker, at vi er nødt til at hjælpe, i hvert fald lige til det hele er faldet til ro igen.” Visitationen noterer de ekstra besøg. Imens trisser Jens rundt, støttende til en bækkenstol. Mie giver ham insulin og meddeler, at apoteket kommer med pillerne, og at aftensygeplejersken kommer forbi og dispenserer. Mie skal videre, så vi siger hurtigt farvel. Ruth vinker til os fra plejesengen i stuen.

primære opgave er at sørge for, at Jens får dispenseret den nye medicin fra hospitalet, samt at han bliver tildelt tre ekstra daglige besøg med blodsukkermåling og insulingivning. Men medicinen er ikke til stede til at blive dispenseret, og Mie kan ikke finde dokumentation for de ekstra besøg. Sådanne udfordringer, hvor de praktiske foranstaltninger forud for selve opgaven er udeblevne, er hverdagskost for sygeplejerskerne i hjem-

“

Ambitionen om rationel farmakoterapi gør, at praksisser omkring medicin håndtering bliver domineret af et materielt fokus på medicinens tilstedeværelse og korrekthed – og da dette kræver al sygeplejerskernes tid og opmærksomhed, efterlades kun et spinkelt rum til samtale om borgerens ve og vel

Overgangen fra sygehus til hjem eller plejehjem er ofte beskrevet i litteraturen som en af de helt store udfordringer i forbindelse med polyfarmaci (Thomsen & Lindhardt, 2014). Medicinering ved sådanne sektorovergange stiller nemlig store krav til kommunikationen mellem de forskellige aktører (sygehuspersonale, hjemmepleje, almen praksis, apotek, pårørende og borger selv), særligt når borgeren eller de nærmeste pårørende, som i tilfældet med Jens, ikke selv er i stand til at overskue informationen. Netop i situationer som denne, hvor livssituationen ændrer sig på grund af sygdom, indlæggelser og behov for yderligere hjælp, er medicinen kun en lille brik i en stor omvæltning. Der skal tages stilling til plejehjemsplads, hjemmet skal gøres handicapvenligt, kommunen har renoveringsplaner, pleje- og omsorgsrelationer skifter fra forældre til børn. Det hele kræver et utal af henvendelser til forskellige kommunale og sygehusbaserede instanser og skaber en masse usikkerhed og forvirring blandt både borgere og pårørende. Udgangspunktet for Mies besøg er dog medicinen. Hendes

meplejen. Særligt manglende medicin er en daglig udfordring og noget, som kræver meget tid og skaber frustration blandt de ansatte. For at få situationen bragt i orden må Mie varetage en koordinerende rolle som den, der samler informationen fra de mange aktører rundt om Jens – sygehus, kollega, apotek og visitation. Dette koordineringsarbejde kommer til at fylde hele besøget. Samtidig er der en familie rundt om Jens, der er bekymrede og usikre. For dem er der meget andet på spil end det, der relaterer sig direkte til medicin. Men som empiriuddraget viser, er der ikke meget overskud i Mies arbejdsgang til også at tage sig af spørgsmål fra de pårørende. Det praktiske oprydning-, ophædnings- og koordineringsarbejde for at sikre den rette pille i den rette mund, tager således fokus væk fra borgeren og de mange andre problemstillinger, som gør livet i hjemmet svært. Ambitionen om rationel farmakoterapi gør, at praksisser omkring medicin håndtering bliver domineret af et materielt fokus på medicinens tilstedeværelse og korrekthed – og da dette kræver al sygeplejerskernes tid og opmærksomhed,

efterlades kun et spinkelt rum til samtale om borgerens ve og vel.

Afslutning

I denne artikel belyses praksisser involveret i hjemmeplejens daglige arbejde med polyfarmaci. Jeg har vist, at medicin håndtering i borgernes hjem primært drejer sig om medicinophædning, oprydning og koordinering. For at leve op til kravet om at arbejde rationelt med medicin, bruger personalet i hjemmeplejen meget tid på de materielle aspekter af medicinen; den skal være tilgængelig, den skal opbevares forsvarligt, og den skal dispenseres rigtigt i doseringskæderne. Disse arbejdsopgaver kan alle varetages uden borgerens indblanding. Faktisk kræver praksisserne ofte, at borgeren forholder sig stille og passiv for at undgå forstyrrelser og fejl, der i sidste ende kan have alvorlige konsekvenser for borgeren. Fejl i medicin håndtering i hjemmeplejen er et alvorligt problem og Styrelsen for Patientsikkerhed har stort fokus på at minimere risikoen for fejl, blandt andet ved løbende at føre tilsyn i kommunerne, hvor procedure og dokumentation i forbindelse med medicin håndtering gennemgås, og praksisserne kontrolleres (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2018). På den måde, og af god grund, er arbejdet med medicin håndtering i hjemmeplejen underlagt statslig regulering og kontrol. Men hvad indsigterne fra denne artikel viser, er, at noget også går tabt i styringen af disse praksisser. I den nuværende konstellation af arbejdet med polyfarmaci spiller borgerne og borgernes pårørende kun en lille og ofte ubetydelig rolle. Men er det altid hensigtsmæssigt? Polyfarmaci er komplekst, men kompleksiteten kan konkretiseres ved at opøge dialog om medicinens betydning i borgerens liv. Dette fokus er dog fraværende i de nuværende arbejdsgange omkring sikker medicinering. Det er en skam, for de kommunale sygeplejersker kan så meget mere end at spille Kalaha.

Referencer

- Armstrong, N. & Swinglehurst, D. (2018). Understanding medical overuse: the case of problematic polypharmacy and the potential of ethnography. *Family Practice*, 35(5), s. 526–527.
- Brahma, D., Marak, M. and Wahlang, J. (2012). Rational Use of Drugs and Irrational Drug Combinations. *The Internet Journal of Pharmacology*, 10, s. 1-5.
- Brostrøm, S. (2019). Rationel farmakoterapi: IRF 20 års jubilæum. *Rationel Farmakoterapi*. Jubilæumsnummer 2019. København.
- Christensen, L. D. et al. (2019). Use of prescription drugs in the older adult population – a nationwide pharmacoepidemiological study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75(8), s. 1125–1133.
- Hajjar, E. R., Cafiero, A. C. & Hanlon, J. T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(4), s. 345–351.
- Hallas, J. et al. (1991). Drug related events and drug utilization in patients admitted to a geriatric hospital department. *Danish Medical Bulletin*, 38(5), s. 417–420.
- Hansen, D. G. et al. (2007). Increased use of antidepressants at the end of life: population-based study among people aged 65 years and above. *Age and Ageing*, 36(4), s. 449–454.
- Hasse, C. & Wallace, J. (2014). Omsorgsteknologier. I: Huniche, L. & Olesen, F, red. *Teknologi i sundhedspraksis*. København: Munksgaard, s. 83–100.
- Hunniche, L. & Olesen, F. (2014a). *Teknologi i sundhedspraksis*. København: Munksgaard.
- Hunniche, L. & Olesen, F. (2014b). Teknologiforståelse og sundhedspraksis. I: Huniche, L. & Olesen, F, red. *Teknologi i sundhedspraksis*, s. 35–57.
- Kjellberg, J. (2018). Bruger vi sygeplejerskernes tid bedst muligt i kommunerne? *VIVE Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*, [online]. Tilgængelig på: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/bruger-vi-sygeplejerskernes-tid-bedst-muligt-i-kommunerne-11185/> [Tilgået 26/2 2020].
- Krag, M. Ø. (2019). Sundhedsstyrelsen: Sådan gør vi det mere trygt at stoppe en behandling. *Altinget*, [online]. Tilgængelig på: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/sundhedsstyrelsen-mere-viden-skal-goere-det-trygt-at-stoppe-en-behandling> [Tilgået 26/2 2020].
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press.
- Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (2010). *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: Transcript-Verlag.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). *Multimorbidity and polypharmacy, Key therapeutic topic [KTT18]*, [online]. Tilgængelig på: <https://www.nice.org.uk/advice/ktt18/chapter/Key-points> [Tilgået 26/2 2020].
- Straka, R. (2019). Ny debat: Hvordan får vi ryddet op i de ældres medicinskabe? *Altinget*, [online]. Tilgængelig på: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/ny-debat-hvordan-faar-vi-ryddet-op-i-de-aeldres-medicinskabe> [Tilgået 26/2 2020].
- Styrelsen for Patientsikkerhed (2018) *Tilsyn i hjemmepleje og hjemmepleje danner grundlag for læringsinitiativer*, [online]. Tilgængelig på: <https://stps.dk/da/nyheder/2018/tilsyn-i-hjemmepleje-og-hjemmepleje-danner-grundlag-for-laeringsinitiativer/> [Tilgået 26/2 2020].
- Sundheds- og Ældreministeriet (2016). *National Handlingsplan. Styrket indsats for den ældre medicinske patient*. København K.
- Sundhedsstyrelsen (2020). *Rationel Farmakoterapi*, [online]. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/ogaver/Rationel-Farmakoterapi> [Tilgået 26/2 2020].
- Thomsen, A. M. & Lindhardt, T. (2014). Forløbskoordinator optimerer medicinering ved sektorovergang. *Sygeplejersken*, 11, s. 70–74.
- WHO (2002). *Promoting rational use of medicines: core components, WHO Policy Perspectives on Medicines*. Geneva.