

Ansvarshierarki i lægemiddelomsorgen på plejehjem.

Sara Elgaard Frantzen¹
Mie Seest Dam²
Iben Mundbjerg Gjødsbøl³

¹Farmakonom, Master of Public Health.

sarafrantzen@gmail.com

²Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

mda@sund.ku.dk

³Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

ibgj@sund.ku.dk

Frantzen, Sara Elgaard; Dam, Mie Seest; Gjødsbøl, Iben Mundbjerg. 2024. Ansvarshierarki i lægemiddelomsorgen på plejehjem. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 40, 91-108.

Polyfarmaci—indtagelse af flere lægemidler samtidig—er et velkendt fænomen blandt ældre, som hovedsageligt er blevet undersøgt kvantitativt med henblik på at definere, hvor mange lægemidler der er for mange. I denne artikel ser vi ud over de numeriske definitioner af polyfarmaci for i stedet at udforske de konkrete praksisser, som lægemidlerne indgår i. Gennem etnografisk feltarbejde på to danske plejehjem undersøger vi, hvordan lægemidler får aktiv indflydelse på plejehjemsbeboeres hverdag og på den omsorg, som plejepersonalet yder. Inspireret af Science and Technology Studies (STS) analyserer vi, hvordan polyfarmaci udspiller sig og erfares i praksis ved at betragte lægemidler som en omsorgsteknologi. I det daglige arbejde med at administrere lægemidler sikrer retningslinjer

for 'rationel farmakoterapi', at den rigtige patient får den rigtige medicin til den rigtige tid. Vores empiriske fund viser imidlertid også, at arbejdet med sikker lægemiddelhåndtering begrænser plejepersonalets muligheder for at inddrage beboerne i deres egen behandling. Vi viser, hvordan det nødvendige fokus på korrekt og sikker lægemiddelhåndtering samtidig skaber et fragmenteret ansvarshierarki blandt plejepersonalet, som hverken inviterer til dialog mellem plejer og beboer eller mellem fagprofessionerne. Det betyder, at uautoriseret og ufaglært personale, som er tættest på beboerne, når lægemidler gives, står uden beføjelser til at handle selvstændigt og ikke involveres på tværs af autoriserede fagligheder. Vi konkluderer, at ansvarshierarkiet fragmenterer omsorgsarbejdet og udgrænser beboernes oplevelse af eget lægemiddelinntag.

Hierarchy of responsibility in pharmaceutical care in nursing homes.

Polypharmacy—taking several medicines at the same time—is a well-known phenomenon among elderly people which has mainly been studied quantitatively to define how many medicines are too many. This article moves beyond the numerical definitions of polypharmacy to explore the everyday practices of medicine management. Through ethnographic fieldwork at two Danish nursing homes, we investigate how medicines actively shape the daily lives of nursing home residents and the care provided by their caregivers. Inspired by Science and Technology Studies (STS), we analyze how medicines actively shape care practices and is experienced in practice by considering medicines as a care technology. The guidelines for 'rational pharmacotherapy' ensure that the right patient receives the right medicines at the right time, yet our empirical vignettes demonstrate that these guidelines simultaneously limit caregivers' possibilities of involving the residents in their own treatment. We argue that the important focus on correct and safe medicines handling creates fragmented hierarchies of responsibility among the care staff which preclude dialogue between caregivers and the nursing home residents and between the caregiving professionals. This means that the professionals who administer the medicines to the residents are left without authority to act independently and are not invited into dialogue across authorized healthcare professionals. We conclude that the hierarchies of responsibility fragment the care work and marginalize the residents' experience of their medicine intake.

Introduktion: Polyfarmaci på plejehjem

Begrebet polyfarmaci dækker over at indtage flere lægemidler samtidig, og mange ældre—særligt dem der bor på plejehjem—lever med flere kroniske sygdomme og indtager derfor flere lægemidler samtidig (Lundby et al., 2020; Sundhedsstyrelsen, 2022). Langt størstedelen af forskningen i polyfarmaci er kvantitativ og har til formål at afdække en numerisk definition af fænomenet med fokus på, hvor mange lægemidler der er *for* mange. I et systematisk review fra 2017 undersøgte Masnoon og kollegaer, hvordan polyfarmaci defineres, og i 110 forskellige artikler identificerede de 138 forskellige numeriske definitioner heraf (Masnoon et al., 2017). Således efterlader reviewet et indtryk af, at polyfarmaci er et komplekst og mangefacetterede fænomen, som ikke er enkelt at definere og undersøge. Kun få studier har undersøgt polyfarmaci kvalitativt med fokus på lægemiddelbrugernes perspektiv (Eriksen et al., 2020). Gennem deltagerobservation på to plejehjem undersøger vi i denne artikel, hvordan lægemiddelhåndtering former omsorgen på plejehjemmet i den daglige pleje, og gennem kvalitative interviews med beboerne fremhæver vi deres oplevelse af at indtage flere lægemidler samtidigt. Samlet set belyser vores empiri, hvordan lægemidler aktivt former hverdagens rutiner for beboerne og personalet. Vi demonstrerer, at retningslinjer for sikker og rationel farmakoterapi, der skal sikre, at 'den rette patient, får den rette medicin, på det rette tidspunkt' (STPS, 2019, 2022), skaber et fragmenteret ansvarshierarki mellem de sundheds- og plejeprofessioner, der er involveret i lægemiddelhåndtering. Vi argumenterer for, at dette ansvarshierarki har den utilsigtede konsekvens, at personalet ikke reflekterer over beboernes lægemiddelindtag som en helhed, og at beboerne ikke inddrages i deres egen behandling.

Den demografiske udvikling i Danmark betyder, at danskernes gennemsnitlige levetid er øget med 20-25 år i løbet af de sidste hundrede år (Danmarks statistik, 2017). Når befolkningen bliver ældre, vil flere leve med kroniske sygdomme, hvilket er tæt forbundet med et øget lægemiddelforbrug hos den enkelte ældre (Danmarks Statistik, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2017, 2022; Yap et al., 2016). I et kvantitativt studie af brugen af lægemidler på danske plejehjem argumenterer Lundby og kollegaer (2020) for, at det stigende lægemiddelforbrug skyldes, at lægerne forsøger at kompensere for beboernes aftagende helbred med lægemidler, og det er således ikke ualmindeligt, at plejehjemsbeboere i gennemsnittet får otte lægemidler dagligt. Da danske plejehjemsbeboere i gennemsnit lever 2,11 år efter indflytning (Ældresagen, 2019), sætter flere forskere også spørgsmålstegn ved, hvorfor de ældres lægemiddelforbrug ikke nedbringes i takt med, at kroppen ældes, fordi tid til effekt af de ordinerede lægemidler risikerer at overstige restlevetiden

og påvirke livskvaliteten i negativ retning på grund af bivirkninger (Holmes et al., 2013; Lundby et al., 2022). Denne udvikling har afstedkommet et fokus på, hvor mange samtidige lægemidler, der er gavnlige for ældre samt risici ved under- og overbehandling og anden uhensigtsmæssig anvendelse af lægemidler (Pottegård et al., 2021; Steinman et al., 2006; Tommelein et al., 2015). I Danmark er det Sundhedsstyrelsen, der blandt andet arbejder for at fremme rationel brug af lægemidler, der defineres som den lægemiddelbehandling, der giver størst virkning og færrest bivirkninger til den laveste pris (Sundhedsstyrelsen, 2021). Styrelsen For Patientsikkerhed (STPS) udstikker retningslinjer, der sikrer, at plejepersonalet yder korrekt og sikker hjælp til de ældre, og styrelsen fører tilsyn for at vurdere kvaliteten af arbejdet i plejen.

Da forbruget af lægemidler stiger med alderen og særligt efter indflytning på plejehjem, udgør hjælp til håndtering og indtagelse af lægemidler en væsentlig del af omsorgen på disse institutioner. Brugerinddragelse har været efterstræbt i sundhedsvæsenet de seneste 15-20 år ud fra den betragtning, at lægen bør vælge den rette behandling i samarbejde med patienten for at sikre patientens integritet og selvbestemmelse (Retsinformation, 2019). Brugerinddragelse refererer til patientens centrale plads i eget behandlingsforløb, og rationale er, at et øget fokus på at informere patienten om egen helbredssituation og mulige behandlingstilbud vil sikre, at patientens individuelle præferencer imødekommes, og at patienten selv kan træffe et informeret valg (Jønsson et al., 2015). Idealet om frie informerede valg er dog stærkt udfordret i praksis (Mol., 2008), særligt på plejehjem hvor beboerne ofte er fysisk og/eller kognitivt svækkede. Det er beboernes egen læge, der er ansvarlig for at ordinere lægemidler, men til daglig er de ordinerende læger ikke til stede på plejehjemmene. Kun én gang om året får beboerne tilbud om en årskontrol, hvor lægen møder beboeren på plejehjemmet i 10-15 minutter for at gennemgå eventuelle kroniske sygdomme, gøre status over helbredssituationen, revurdere beboerens lægemiddelordinationer, opdatere det fælles medicinkort og fastlægge behandlingsmål (PLO, 2022). I 2020 oplyste danske Regioner (2023), at 66% af de danske plejehjem har en fast tilknyttet plejehjemslæge, som forpligter sig til almen medicinsk lægehjælp til tilmeldte plejehjemsbeboere samt til to timers undervisning pr. måned af personalet på video eller ved fysisk fremmøde (Danske regioner, 2023). Da lægen ikke er til stede i dagligdagen på plejehjemmene, og de ældre ofte behøver hjælp til at håndtere deres ordinerede lægemidler, overdrager lægen beboernes lægemiddelhåndtering til plejepersonalet. Plejehjemsledelsen har midlertidigt svært ved at rekruttere plejepersonale og derfor er det ofte uautoriseret og ufaglært personale, som giver lægemidlerne til beboerne (Vinge & Topholm, 2021). Observerer personalet bivirkninger eller andre problematikker

hos beboerne, skal de henvende sig til en autoriseret sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, som har ansvaret for at vurdere, om lægen skal inddrages. Herved opstår der et tredelt ansvarshierarki, hvor lægen ordinerer lægemidlerne, sygeplejersken/social- og sundhedsassistenten har ansvar for at observere lægemidlernes effekt samt dispensere lægemidlerne, og social- og sundhedshjælperen eller den ufaglærte plejer giver lægemidlerne til beboerne. Det tredelte ansvarshierarki er i overensstemmelse med den lovgivning og de retningslinjer, der har til formål at øge lægemiddelsikkerheden for både patienter og personale.

Trods retningslinjer og anbefalinger om hvad der er godt og rationelt for polyfarmacipatienter, er det en meget kompleks opgave at administrere mange lægemidler samtidig, særligt på plejehjem. I denne artikel viser vi, hvordan den hierarkiske arbejdsorganisering, der skal sikre rationel og sikker farmakoterapi, også resulterer i, at plejepersonalet ikke inddrager beboerne i deres egen behandling eller reflekterer over lægemiddelhåndteringen som en helhed.

Lægemidler som omsorgsteknologi

For at undersøge, hvordan polyfarmaci udspiller sig i praksis, og hvordan lægemiddelhåndteringen former omsorgen på plejehjemmene, trækker vi på forskningsfeltet Science and Technology Studies (STS). Klassiske STS-studier viser, hvordan det sociale og materielle er forbundet og argumenterede således for, at interaktioner mellem humane og non-humane aktører må studeres som en helhed (Cetina, 1995; Latur & Woolgar, 1986; Mol, 2002). Dette sociomaterielle perspektiv muliggør, at vi kan anskue lægemidler som en teknologi, der har betydning for det sociale møde mellem plejehjemsbeboere og plejepersonalet. I sine studier af åreforkalkning viser Annemarie Mol, hvordan objekter og subjekter gensidigt påvirker hinanden, og hvordan sygdom 'gøres' i praksis (Mol, 2008). Mol argumenterer for, at teknologier og mennesker i samspil styrer både de praktiske og moralske valg, som træffes i de daglige omsorgspraksisser: "This is what technologies do. They shift both the practical and the moral frameworks of our existence" (Mol, 2008, s. 78). Med dette STS-perspektiv, hvor objekter og teknologier betragtes som aktører, der medierer det sociale, betragter vi lægemidler som en teknologi, der ikke kan adskilles fra de sociale omsorgspraksisser (Mol et al., 2010). Med inspiration fra Mols begrebsapparat undersøger vi, hvordan

rational farmakoterapi udspiller sig i praksis med fokus på, hvordan lægemidler aktivt former omsorgen og relationerne mellem beboerne og plejepersonalet på plejehjemmene.

I bogen *The Logic of Care: Health and the problem of patient choice* undersøger Mol (2008), hvordan relationer mellem sundhedspersoner og patienter udspiller sig i behandling af og livet med diabetes i Holland. Mol identificerer to modsatrettede logikker: Sundhedsvæsenets dominerende logik benævner hun 'Logic of choice', fordi den sætter fokus på patientens autonomi og ret til at træffe frie informerede valg. Logikken indfanger det patientperspektiv, der er indlejret i idealet om rational farmakoterapi, hvor plejhjemsbeboeren i samarbejde med lægen skal træffe et informeret valg om egen lægemiddelbehandling. Mol kritiserer denne tilgang til omsorg: "Choice is a good, because it offers individuals autonomy (...) When it comes to the question as to which treatment, product, goal or life is best, the logic of choice provides no answer" (Mol., 2008, s. 74). Hun argumenterer for, at ikke alle patienter er i stand til selv at træffe egne valg ud fra et objektivt grundlag, og at der ikke findes én sandhed om den rette behandling og det gode liv. Mol udfordrer derfor 'valglogikken' ved at argumentere for en alternativ logik, som hun benævner 'Logic of care'. Med denne logik fokuserer Mol på, at en forståelse for patienternes individuelle behov er en forudsætning for at sundhedspersonalet kan yde god omsorg. Omsorgslogikken indeholder derfor ikke en standard for god eller dårlig praksis men fremhæver, at relationer og tid er vigtige elementer i behandling, som gør det muligt for plejepersonalet at eksperimentere, erfare og handle ud fra patienternes individuelle situation og sygdom. Med udgangspunkt i Mols logikker fremhæver vi i vores analyse, hvordan idealet om at træffe et informeret valg er særligt udfordret blandt plejhjemsbeboere, både fordi en del af dem er fysisk og kognitivt svækkede, men også fordi ansvarshierarkier i omsorgsarbejdet hindrer plejepersonalet i at inddrage beboerne i deres behandling.

I artiklen *Farmakologik og lægemiddelomsorg* undersøger den danske antropolog og farmaceut, Sofie Rosenlund Lau (2021), hvilken betydning udbredelsen af antidepressive lægemidler har for omsorgen i mødet mellem hjemmeplejen og ældre mennesker. Gennem empiriske eksempler viser Lau, hvordan normer for god lægemiddelhåndtering præger den relationelle omsorg mellem hjemmeplejen og de ældre. Inspireret af Mol (2008) identificerer Lau to modsatrettede logikker. Den første, 'farmakologikken', bygger på principperne for rational farmakoterapi og repræsenterer dermed grundprincipper for korrekt og sikker lægemiddelhåndtering, som den defineres af den danske sundhedsfaglige tilsynsmyndighed (STPS, 2019) Lau argumenterer for, at denne tilgang former og styrer den omsorg, der gives til de ældre: "Farmakologikken introducerer en

række normer for, hvordan lægemiddelarbejdet skal foregå, hvor hjemmeplejen er autoriteten og den ældre en passiv medicinmodtager. Farmakologikken fremmer således nogle særlige måder at anskue og praktisere god medicinering på” (Lau, 2021, s. 90). I forlængelse af Mol’s omsorgslogik præsenterer Lau et hypotetisk alternativ til ‘farmakologikken’, nemlig ‘lægemiddelomsorgens logik’. Denne logik er ikke styret af rationalet for god og dårlig praksis men repræsenterer en mere dynamisk og fleksibel tilgang til lægemidler. Gennem forskellige forslag udformer Lau ‘lægemiddelomsorgens logik’ ved at vise, hvordan lægemiddelarbejdet kan gøres mere meningsfuldt for den enkelte lægemiddelbruger. I en nyere artikel peger Lau og Møllebæk også på hverdagsetik for lægemiddelbrug og fremhæver, at etik på lægemiddelområdet ikke kun bør tilskrives forskning og klinisk anvendelse men også den daglige praksis, da lægemidlerne aktivt former og forandrer sociale relationer og omsorg (Lau & Møllebæk, 2022). Med afsæt i Laus begreb om farmakologik viser vi, hvordan normerne for god lægemiddelhåndtering udspiller sig i praksis på plejehjemmene og samtidig skaber et fragmenteret ansvarshierarki mellem plejepersonalet og lægen. Vi argumenterer for, at plejepersonalets muligheder for at praktisere ‘lægemiddelomsorgens logik’ er udfordret af ansvarshierarkiet, som udgrænser beboernes egne oplevelse af at indtage lægemidler.

Metode

Artiklen trækker på etnografisk feltarbejde, der blev udført af førsteforfatter [navn fjernet] i februar 2022 på et dansk plejehjem i udkanten af Region Hovedstaden. Det empiriske materiale består af deltagerobservationer af den daglige pleje og semistrukturerede interviews med plejhjemsbeboerne. Gennem samarbejde med plejhjemmets ledelse og personalet fik [navn fjernet] mulighed for at observere i alt tredive plejhjemsbeboere og ni personer fra personalegruppen over en periode på fjorten dage. Desuden trækker vi på et lignende etnografisk feltarbejde bestående af fjorten dages deltagerobservation og fire interviews af plejhjemsbeboere, der blev udført af [navn fjernet] i juli 2021 på et andet dansk plejehjem, der også er beliggende i udkanten af Region Hovedstaden. I begge studier fulgte [navn fjernet] personalets og beboernes hverdagsrutiner og aktiviteter for at undersøge, hvordan polyfarmaci udspiller sig i praksis.

For de fleste af beboerne var det deres praktiserende læge, som ordinerede lægemidlerne, mens det for enkelte beboere var en speciallæge fra et hospital. Den ordinerende læge var dog sjældent til stede i den daglige pleje, og det var derfor

plejepersonalet på plejehjemmene, der stod for lægemiddelhåndteringen hos beboerne. Flere forskellige faggrupper var involveret i lægemiddeladministrationen, herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, elever/studerende og ufaglærte. Sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter er autoriseret personale, og det er primært deres opgave at dispensere beboernes lægemidler og at kommunikere med de ordinerende læger. Social- og sundhedshjælpere, elever/studerende og ufaglærte står primært for den daglige pleje og for at give beboerne deres lægemidler. Hver beboer har sin egen individuelle medicinliste, der fungerer som oversigt over beboerens ordinerede lægemidler, og listen angiver de tidspunkter, som plejepersonalet skal give medicinen til beboeren på. For at forstå, hvordan polyfarmaci udspiller sig på plejehjemmene, deltog [navn fjernet] i morgen- og måltidsrutiner, da lægemidlerne i disse praksisser var særligt synlige. Yderligere deltog [navn fjernet] også i dagligdagens gøremål som for eksempel personlig pleje og planlægning, hvor lægemidler ikke nødvendigvis var i fokus.

Ud over deltagerobservation udførte [navn fjernet] semistrukturerede interviews med tolv af plejehjemmenes beboere, der alle havde givet samtykke til at deltage; fire mænd og otte kvinder i alderen 62 til 95 år. Interviewene varede i gennemsnit 50 minutter. De tolv beboere havde boet på plejehjemmene fra hhv. 2 måneder til 5 år, og de havde hver især mindst fem lægemidler på deres medicinliste, svarende til et indtag på mellem 11 og 40 piller dagligt. I interviewene søgte vi svar på, hvordan beboerne oplever at indtage flere lægemidler samtidig, og hvilken betydning det har for dem at indtage få eller mange lægemidler dagligt. Da flere af plejehjemsbeboerne led af multisygdom, var deres helbred og kognitive tilstand svækket, hvilket vanskeliggjorde enkelte interviews. Denne metodiske begrænsning tydeliggjorde, at idealet om det autonome individ, der kan træffe rationelle beslutninger om eget helbred og behandling, er særligt udfordret hos ældre mennesker, der på grund af fysisk og/eller mental svækkelse bor på plejehjem.

I analysen trækker vi især på observationer og erfaringer fra tre plejehjemsbeboere, Sigurd Elsebeth og Mille, da disse tydeligt eksemplificerer lægemiddelomsorgen på plejehjemmene og beboernes oplevelser med lægemidler. Alle navne er pseudonymer for at sikre anonymitet. I første analysedel undersøger vi, hvordan plejepersonalet dispenserer beboernes lægemidler i dagsæsker – et arbejde, der indbefatter store risici for beboerne og tilsvarende ansvar for personalet, og hvor fejl derfor ikke tolereres. I anden analysedel undersøger vi, hvordan plejepersonalet agerer som 'lægens medhjælper' og er juridisk ansvarlige for, at beboerne får og indtager deres ordinerede lægemidler.

”Pille-pilleri”: Ansvar og inddragelse

Den første fredag i februar fortalte 85-årig Sigurd i et interview, hvordan han var påvirket af sin hurtigt nedadgående helbredstilstand. To måneder forud for interviewet boede han i eget hjem, men nu boede han på plejehjem og var grundet blodpropperne halvsidigt lammet og havde brug for hjælp til alt det daglige. Han beskrev sit lægemiddelindtag således: ”Jeg har det fint med at tage min medicin, og hvis den medicin jeg får nu, kan holde mig i live, så tager jeg den bare. Jeg ved ikke hvad jeg får, mange af pillerne er nye for mig, da jeg fik dem i forbindelse med min blodprop”. Kort tid efter indflytningen fik Sigurd sin første blodprop og blev sat i behandling mod forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, forebyggelse af blodpropper og vanddrivende. Sigurd fik endnu en blodprop under feltarbejdet og indtog på daværende tidspunkt 11 piller dagligt. Sigurd oplevede svækkelse af sit helbred, og som hos mange af de andre beboere på plejehjemmet gjorde deres nedadgående helbred og skrøbelighed, at de gerne ville have pillerne for at leve længere og bedre.

Den daglige medicin, som plejhjemsbeboerne får morgen, middag, aften og nat, bliver dispenseret i dagsæsker af plejhjemmets personale, der kontrollerer, at de ordinerede lægemidler er til stede i rette styrke og antal. STPS’ retningslinjer foreskriver: ”Det er vigtigt, at dispenseringen kan foregå uforstyrret” (STPS, 2019, s. 10), og tager man personalets ansvar i betragtning, er det ikke overraskende, at de fokuserer på at efterleve denne forskrift, da en fejl potentielt kan have alvorlige konsekvenser for både beboerne og personalet. Eksempelvis foretog en sygeplejerske fra Hørsholm kommune i 2019 en fejlagtig dispensering af et lægemiddel, som medførte, at sygeplejersken blev dømt for uagtsomt manddrab (Sygeplejersken, 2021). På begge plejehjem, hvor [navn fjernet] udførte sine observationer, var sygeplejersker og SSAer ansvarlige for at dispensere beboernes lægemidler hver fjortende dag. Som autoriserede sundhedspersoner har de et selvstændigt juridisk ansvar for at observere og reagere på åbenlyse fejl og mangler i lægens ordinationer (STPS, 2019; Ældreministeriet, 2015).

Da [Navn fjernet] netop havde afsluttet sit interview med Sigurd, bankede Jane (SSA) på hans dør. Sigurd skulle have dispenseret sine lægemidler, og Jane medbragte derfor flere forskellige ting som for eksempel et transportabelt bord, iPad og handsker. Inde i lejligheden fandt hun også fjorten tomme dagsæsker og alle lægemidlerne frem. Med ét blev Sigurds lejlighed forvandlet fra en hyggelig privat bolig til en arbejdsplads, hvor ro var et krav, da Jane havde ansvaret for at fordele de 238 piller korrekt i fjorten dagsæsker og på fire forskellige tidspunkter. Under dispenseringen var Jane meget koncentreret om at sortere rette pille til rette

tidspunkt, for udførte hun ikke denne arbejdsgang korrekt, indebar det en stor risiko for, at Sigurd ville få forkerte lægemidler de næste fjorten dage. Al Janes opmærksomhed var rettet mod lægemidlerne, hun forsøgte ikke at involvere eller kommunikere med Sigurd, og hun kommenterede heller ikke på, at Sigurd forlod lejligheden under dispenseringen. Jane var bekymret for forstyrrelser, der kunne forårsage fejl, og hun valgte derfor ofte at dispensere lægemidlerne, mens beboerne ikke var hjemme. Da Jane var færdig med dispenseringen, ryddede hun pænt op, samlede alle sine ting sammen og gik ind på kontoret, hvor der var fagligt møde.

Sigurd og Jane fik ikke talt sammen om de lægemidler, som hun lige havde dispenseret til ham, og hun fortalte bagefter: "Jeg synes, det er en lidt tidspresset opgave! Jeg ville gerne snakke med Sigurd om hans medicin og spørge ham, om det virker og sådan. Men det er generelt svært at inkludere beboerne, og ofte er det bedst at få ro—jeg vil jo gøre alt for at undgå fejl". I sin analyse af lægemiddelhåndtering i hjemmeplejen beskriver Lau dispenseringsarbejdet som 'pille-pilleri': "Arbejdet er så stærkt fokuseret på lægemidlernes fysiske tilstedeværelse i samspil med dokumentationssystemerne og så lidt på det menneske, som medicinen er påtænkt' (Lau, 2021, s. 85). I overensstemmelse hermed udtrykte Jane en frygt for at begå fejl og en tidsdiskrepans, der ikke tillader omsorg for beboeren som lægemiddelbruger. Hun foretrak at dispensere medicin, når beboerne ikke var hjemme, fordi hun vurderede det at have ro som det mest korrekte og det, der bedst sikrede og beskyttede både Sigurd og Jane selv bedst muligt. Plejepersonalet dispenserer på en måde, så de ordinerede lægemidler udelukkende håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne, som ikke juridisk forpligter involvering af beboeren. Tager vi personalets ansvar i betragtning, kan det anses for både hensynsfuldt og sikrest ikke at inkludere Sigurd. Det vil kræve mere tid og nye rutiner i dispenseringspraksissen, hvis risikoen for at begå fejl samtidig skal minimeres. At inkludere lægemiddelbrugeren i lægemiddelhåndtering er en arbejdsopgave i sig selv, der kræver tid og ressourcer, som vil gå fra andre omsorgsopgaver.

I hverdagen er det plejepersonalet, der har den tætteste daglige relation til beboerne og er derfor de nærmeste til at kende til og snakke med beboerne om deres individuelle ønsker og behov. I det følgende udfolder vi, hvordan plejepersonalet agerer som 'lægens medhjælper' og er juridisk ansvarlige for, at beboerne får og indtager deres ordinerede lægemidler. Vi viser, at ansvarshierarkiet mellem faggrupperne, der skal sikre rette pille i rette mund til rette tid, forhindrer plejepersonalet i at forholde sig reflektorisk til beboernes lægemiddelindtag og deres eventuelle ønsker hertil.

Lægens medhjælper: Ansvar og livskvalitet

Det er plejehjemsledelsens ansvar, at al lægemiddelhåndtering kan foregå forsvarligt, og at plejepersonalet har en korrekt rolle- og ansvarsfordeling, når de håndterer beboernes lægemidler. Gennem lokale vejledninger og arbejds gange sikrer ledelsen derfor, at plejepersonalet har forstået, at de som 'lægens medhjælper' har et selvstændigt juridisk ansvar for, at beboerne får deres lægemidler ifølge lægens ordination, og at de ikke er autoriserede til at må foretage ændringer af lægens ordinationer (STPS, 2019; Ældreministeriet, 2015). Plejehjemsledelsen tillader, at både autoriseret og uautoriseret/ufaglært plejepersonale må give beboerne lægemidler, så længe de efterlever lægens ordination. Denne organisering af arbejdet bygger på en antagelse om, at den ordinerende læge ved bedst, Haynes og kollegaer (Haynes et al., 2005, s. 3) definerer denne tilgang til praksis gennem begrebet compliance: "The extent to which patients follow the instructions they are given for prescribed treatments". Det er lægen, der har den højeste faglige ekspertise, og for at styrke patientsikkerheden i den daglige praksis samt sikre, at det er den mest kompetente, der træffer beslutninger om lægemidler, tager plejepersonalets omsorg udgangspunkt i at efterleve lægens ordination.

En tidlig morgen i februar sad beboeren Elsebeth ved sin morgenmad i plejehjemmets fælles spiserum. Som 91-årig fik Elsebeth en blodprop, hvorefter hun flyttede ind på plejehjemmet. Under [navn fjernet's] feltarbejde var Elsebeth 95 år og diagnosticeret med forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, kroniske smerter, vitaminmangel og kaliummangel, hvilket resulterede i et dagligt indtag på 11 lægemidler. [Navn fjernet] observerede Jytte, som er social- og sundhedshjælper (SSH), mens hun gik rundt og gav beboernes deres morgenmedicin. Da Jytte nåede til Elsebeth, spurgte Elsebeth: "Hvad er det jeg får?". Jytte svarede: "Det er den medicin, din læge har ordineret". Elsebeth spurgte ikke yderligere, hun nikkede og indtog sine lægemidler ligesom de andre beboere, der sad rundt om spisebordet. Jytte blev stående ved siden af Elsebeth for at sikre sig, at Elsebeth indtog alle lægemidlerne, som lægen havde ordineret. Plejepersonalet serverede beboernes lægemidler til måltiderne og gerne med sparsomme bemærkninger som for eksempel: "værsgo", "her er din medicin" eller "så er det pilletid". De fleste beboere svarede lige så sparsomt: "tak" eller smilede bare. Beboerne virkede ikke synligt generede af at indtage flere lægemidler samtidig eller påvirkede af personalets kontrollerende position, når de stod med beboernes lægemidler i den ene hånd og en lysende iPad med medicinlisten i den anden. Hver gang en beboer indtog sine lægemidler, dokumenterede plejepersonalet det med et flueben i den elektroniske medicinliste som et bevis på at have efterlevet lægens

ordination. I arbejdsorganiseringen knytter personalet opgaven med lægemidler tæt til måltiderne, da det giver en stabil og sikker rutine i omsorgspraksissen. Beboerne indtager lægemidlerne med samme selvfølgelighed som mad og drikke, og på den måde sikrer personalet, at beboerne tager deres medicin som ordineret, tilsyneladende uden at reflektere over hvorfor eller hvilke lægemidler, beboerne indtager.

På plejehjemmet er det ikke et krav, at de uautoriserede medarbejdere, der giver lægemidlerne, kan svare på spørgsmål herom som i eksemplet med Elsebeth. Det er ikke fordi, de ikke vil, men fordi de ikke har den nødvendige viden om lægemidlerne. Med begrebet 'farmakologikken' beskriver Lau, hvordan ældre i hjemmeplejen ofte ender som passive medicinmodtagere, da personalets lægemiddelarbejde ikke har fokus på lægemiddelbrugerens oplevelser med lægemidler, men derimod på rationaler for god lægemiddelhåndtering (Lau, 2021). Situationen omkring morgenbordet og eksemplet med Elsebeth viser, hvordan 'farmakologikken' dominerer Jyttes omsorgspraksis, idet hun i sit svar holder sig inden for sit eget ansvarsområde—at sikre sig, at Elsebeth indtager de lægemidler, hun har fået ordineret af lægen uden at indgå i en dialog med Elsebeth om, hvilke lægemidler, der er tale om og hvorfor. Valget om og refleksioner over hvilke lægemidler, der skal gives og indtages, er lægens, og den gode omsorg består således i, at alle beboere får deres medicin til tiden ifølge lægens ordinationer.

Da alle beboere ved det fælles spisebord havde fået deres morgenmad og -piller, valgte [navn fjernet] at følge med Line (SSH) rundt til de beboere, der ikke var stået op endnu. Line gik ind til Mille, der som 50-årig havde fået diagnosen Parkinson; en fremadskridende hjernelidelse, som forårsager forstyrrelser af muskelkontrollen, muskelstivhed og langsomme bevægelser. Mille var på det tidspunkt 83 år og havde boet på plejehjemmet siden 2019. Udover Parkinson levede hun med diagnoserne depression, nedsat stofskifte, kroniske smerter i kroppen, forstoppelse og vitaminmangel, hvilket resulterede i et dagligt indtag på 40 lægemidler. Mille lå i sin seng, da Line og [navn fjernet] kom til hendes lejlighed, som var mørklagt, men Mille var lysvågen og klagede over smerter: "Er det tid til, at jeg kan få mine piller? Ellers vil jeg gerne have ekstra smertestillende medicin. Kan jeg få det?". For Mille var det tiltrængt, at Line kom, da hun havde smerter og brug for hjælp. Line talte efter, at antallet af piller var korrekt og gav dem til Mille med et glas vand. 'Åh, tak for hjælpen' sagde Mille og lagde hovedet på puden. 'Ønsker du, at en sygeplejerske ser til dig?' spurgte Line, men Mille takkede nej. Som følge af en tidligere samtale med Mille tolkede [Navn fjernet], at afvisningen skyldtes, at Mille ikke ønskede at være til besvær, da hun vidste, at sygeplejersken havde travlt med andre omsorgsopgaver. Bekymringen om at

være til besvær var også tydelig hos de andre beboere på plejehjemmet, og Mille eksemplificerer den tilbageholdenhed og autoritetstro, [navn fjernet] observerede hos de fleste af beboerne. Besøget hos Mille tog præcis den tid, Line brugte på at finde lægemidlerne frem, hvorefter hun og [navn fjernet] fortsatte rundt til de andre beboere.

Line spurgte ikke ind til, hvor længe Mille havde haft ondt, og hun reflekterede efter alt at dømme ikke over, hvorfor Mille havde ondt, eller om pillerne var den rette løsning. Hendes fokus var på at efterleve lægens ordination og Milles ønske om smertelindring. Situationen tydeliggjorde således det ansvarshierarki, der dominerer og styrer praksis på plejehjemmet. Lægen har ansvaret for at vurdere, om beboerne får de rette lægemidler, og plejepersonalet har et juridisk ansvar for at sikre "rette pille, i rette mund til rette tid" (STPS, 2019). Det er ofte de uautoriserede medarbejdere, som Line, der giver beboerne deres lægemidler, men da de ikke har viden om lægemidler, skal de kontakte en autoriseret sygeplejerske eller SSA, hvis de gør sig nogle vigtige observationer. Som uautoriseret omsorgsperson er Lines opgaver med beboernes lægemidler fastlagte, og hun har derfor ikke et incitament til at forholde sig reflekterende til beboernes lægemidler. Plejepersonalet er klar over, at kvaliteten af deres arbejde bliver målt ud fra antallet af korrekte og tidstro dokumentationer i medicinskemaet, og derfor bliver omsorgen styret af målet om at opnå korrekt efterlevelse af lægens ordinationer frem for at inkludere beboeren i egen lægemiddelbehandling.

Lægemidlerne bliver en naturlig del af beboernes hverdag og personalets omsorgspraksisser, og gennem [navn fjernet's] besøg og interviews med plejehjemsbeboerne blev det tydeligt, at mange af beboerne var autoritetstro over for deres læge. Uanset hvilke bivirkninger eller virkninger (eller mangel på samme) beboerne oplevede, fortsatte de dagligt med at indtage lægemidlerne. I et interview med Mille udtrykte hun det således:

"Jeg spiser omkring 40 piller om dagen plus det løse (sukker). Åh ja, det er især smerter jeg døjer med, ja det eneste sted jeg ikke har ondt, det er dér (hun peger på sin næsetip og sukker). Jeg ved jo godt, at jeg ikke kun får medicin, som hjælper mig med min Parkinson, men at jeg også får en del medicin mod bivirkninger. Det er vel bare noget som følger med, det kan jeg vel ikke komme udenom, hvis min krop fortsat skal fungere. Det er jo både forstoppelse, mundtørhed, hovedpine og ja, du ved det vel—jeg oplever det hele. (...) Jeg bryder mig ikke om at tage pillerne, og jeg får så mange. Jo, hvis jeg kunne undvære nogle af dem, ville jeg da meget gerne det—også hvis det bare er to eller tre piller, der kom væk, så ville det være godt. Men jeg ved jo ikke helt, hvad jeg får? Så kun hvis jeg kan undvære dem! Ellers så tager jeg dem bare."

Mille fremhæver her en forventning om, at mængden af lægemidler naturligt vil stige med alderen, hvis hun ikke ønsker at gå på kompromis med sit funktionsniveau. På den ene side sidestiller Mille lægemiddelindtaget med at kroppen bliver hjulpet til at yde bedst muligt trods sygdom og alderdommens skavanker, men på den anden side oplever hun, at lægemidlerne giver bivirkninger, der forringer hendes livskvalitet og er en daglig byrde at indtage. Personalet har primært fokus på at sikre lægemiddelindtaget, og beboerne indtager lægemidlerne som en del af hverdagens vaner. I praksis opstår der således et tredelt og fragmenteret ansvarshierarki, hvor plejehjemmets personale ikke deler viden og erfaring, som de tilegner sig om beboerne og deres helbredstilstand - og hvor beboerens egen oplevelse af at indtage lægemidler udgrænses. Efter [navn fjernet] feltarbejde blev det ikke desto mindre muligt at arbejde med dialog på tværs af ansvarshierarkiet på det ene plejehjem ved at etablere en ny plejehjemsordning, som sikrede, at lægen og plejepersonalet mødtes hver uge. Lægen stod til rådighed for plejepersonalet til undervisning og sundhedsfaglig rådgivning af aktuelle udfordringer med beboernes lægemiddelordinationer, og dette tættere samarbejde gavnede også beboerne. For Mille betød det, at 12 ud af hendes 40 lægemidler gradvist blev fjernet, så bivirkningerne blev reduceret. Elsebeth fik svar på, at de piller, hun skulle spise, var smertestillende, og de blev fjernet, da hun ikke længere havde brug for dem.

Ansvarshierarkiet i ældrepleje

De empiriske eksempler med Sigurd, Elsebeth og Mille demonstrerer, at lægemidler er en fast og naturlig del af de daglige rutiner på plejehjemmene på lige fod med mad og drikke, og at 'sikker' lægemiddelhåndtering udgrænser inddragelse samt rum for refleksion over beboerens ønsker eller lægemidlernes nødvendighed. Formålet er at skabe forudsigelighed, sikkerhed og ensartethed for beboere og personale, men det snævre fokus på sikkerhed har også utilsigtede konsekvenser. Lægen har ordinationsretten men er ofte placeret langt fra plejehjemsbeboerne, og derfor arbejder personalet udelukkende efter ordinationerne - Jane fokuserer på at dispensere rigtigt, mens Line er fokuseret på at få beboerne til at spise pillerne. Da personalet ikke har hjemmel til at træffe afgørelser om lægemiddelbehandling, er der hverken tid eller handlerum til, at de kan reflektere over beboernes lægemiddelforbrug. Inddragelse og involvering på tværs af professioner vil tage tid fra andre omsorgsopgaver i en hverdag, hvor plejepersonalet i forvejen oplever at mangle ressourcer. Ansvar for at ordinere lægemidlerne er placeret hos

lægen, observation og dokumentation af lægemidlernes effekt er placeret hos det autoriserede plejepersonale, og den daglige lægemiddeladministration er placeret hos det uautoriserede plejepersonale.

Denne type arbejdsdeling, hvor forskellige professioners ansvar er opdelt, er velkendt i bilindustrien. Omorganisering af arbejdet hos bilproducenten Toyota har vist at forenkling og præcisering af hvem der gør hvad og hvornår, øger kvaliteten af produktionen. Winch og Henderson fremhæver imidlertid i artiklen 'Making cars and making health care' (Winch & Henderson, 2009), at der er grundlæggende forskel på at producere biler og på at yde professionel behandling og omsorg, og at denne arbejdsdeling begrænser den professionelle praksis i sundhedsvæsnet og plejen (Winch & Henderson, 2009). Rationalet for at efterligne Toyotas arbejdsdelingsmodel i sundhedsvæsnet er, at det reducerer fejl og dermed øger patientsikkerheden, men i lighed med Which og Henderson ser vi, at denne fragmentering af ansvarshierarkiet begrænser personalet i at reflektere aktivt og gå i dialog med beboerne og hinanden. Af samme årsag bliver 'Lægemiddelomsorgens logik' (Lau, 2021), der repræsenterer en mere dynamisk og fleksibel tilgang til lægemidler, hvor fokus flyttes fra lægemidlerne til relationerne i mødet mellem den sundhedsprofessionelle, lægemidlerne og borgeren, udfordret af et fragmenteret ansvarshierarki mellem plejepersonalet og lægen.

Vi har undersøgt det samme fænomen som Lau, dog på et plejehjem, og finder, at 'lægemiddelomsorgens logik' ikke kun er betinget af 'pille-pilleri', men også af et fragmenteret ansvarshierarki mellem plejepersonalet og lægen. Dette fragmenterede ansvarshierarki motiverer til, at plejepersonalet fokuserer på at udføre deres egen del af opgaven, som de er juridisk ansvarlige for – at få beboerne til at indtage deres medicin – og begrænser personalet i at reflektere aktivt og gå i dialog med beboerne om deres lægemidler. Vores empiri peger på vigtigheden af, at de forskellige professioner omkring plejehjemsbeboeren skal anerkende hinanden ved at omfavne og tilpasse dialog på tværs af ansvarshierarkiet samt inddrage lægemiddelbrugerne som en del af lægemiddelhåndteringen i det omfang, beboerne selv ønsker og kan. Det kræver, at lægen er tættere på patienten og plejepersonalet, hvilket øger muligheden for, at plejepersonalet og lægen i samarbejde kan være opmærksomme på beboernes individuelle behov frem for én årligt tidsbegrænset lægekontrol, som tager udgangspunkt i et øjebliksbillede af beboerens skrøbelige og foranderlige liv. Et fragmenteret ansvarshierarki øger risikoen for, at beboerne fastholdes i et lægemiddelindtag, der ikke nødvendigvis gavner dem. Når beboernes og personalets viden fra dagligdagen ikke

inddrages i lægens beslutninger om lægemiddelbehandlingen, kan der opstå et uhensigtsmæssigt lægemiddelindtag, der kan være til daglig gene for beboeren og en uhensigtsmæssigt tidskrævende opgave at håndtere for personalet.

Konklusion

I denne artikel har vi undersøgt, hvordan lægemidler former omsorgspraksis på to forskellige plejehjem, og hvordan beboerne oplever at indtage flere lægemidler samtidig. Inspireret af Mols (2002, 2008) og Laus (2021) begrebsapparater om omsorg i praksis og rationaler for god lægemiddelhåndtering har vi fremhævet, at plejehjemsbeboerne ofte udelukkes fra og er ude af stand til at træffe valg om egen lægemiddelbehandling. Retningslinjer for korrekt og sikker farmakoterapi sikrer forudsigelighed, sikkerhed og ensartethed i plejepersonalets lægemiddelhåndtering men skaber samtidigt et fragmenteret tredelt ansvarshierarki, hvor hver sundhedsprofessionel aktør isoleret set holder fokus på eget juridiske ansvarsområde. Dette resulterer i, at ingen af faggrupperne reflekterer over lægemiddelhåndteringen som en helhed, og at beboernes oplevelser af at indtage lægemidler udgrænses. På den ene side argumenterer vi for at fremme anerkendelsen og samarbejdet på tværs af fagligheder i det tredelte ansvarshierarki ved at styrke dialog mellem lægen og plejepersonalet. Det kræver, at lægen er tættere på den daglige praksis, så plejepersonalet, der til dagligt arbejder helt tæt på lægemiddelbrugerne, anerkendes for deres erfaringer og viden om beboernes liv og helbred. På den anden side opfordrer vi til, at lægemiddelbrugerne inddrages i egen lægemiddelbehandling, så vidt denne ønsker og er i stand til det. Vores empiri viser, at de tiltag, der skal skabe sikker lægemiddelhåndtering – faste ansvarsområder og rutiner – har den utilsigtede konsekvens, at beboerne risikerer at blive fastholdt i et lægemiddelindtag, der ikke nødvendigvis gavner dem. Arbejdet med at inddrage lægemiddelbrugeren bør sættes i fokus og prioriteres som en integreret del af håndteringen af lægemidler.

Litteratur

- Cetina, K.K. (1995). *Handbook of Science and Technology Studies*, Revised Edition. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Danmarks statistik (2017). *Danmark i tal 2017*. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/Publikationer/VisPub?cid=21499>.

- Danmarks Statistik (2021). Befolkningstilvæksten højest blandt de ældste, Befolkningsfremskrivninger 2021-2060. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=32783>.
- Danske regioner (2023). Plejehjemslæge: Vi har næsten ingen akutte besøg på plejehjemmet mere. *Danske regioner* Available at: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/marts/plejehjemslaege-vi-har-naesten-ingen-akutte-besoeg-paa-plejehjemmet-mere>.
- Eriksen, C.U., Kyriakidis, S., Christensen, L.D., Jacobsen, R., Laursen, J., Christensen, M.B., et al. (2020). Medication-related experiences of patients with polypharmacy: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*, 10, e036158 doi:10.1136/bmjopen-2019-036158 Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/9/e036158.full.pdf>.
- Haynes, R.B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H.P. (2005). Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane database of systematic reviews*, CD000011-CD000011 doi:10.1002/14651858.CD000011.pub2
- Holmes, H.M., Min, L.C., Yee, M., Varadhan, R., Basran, J., Dale, W., et al. (2013). Rationalizing Prescribing for Older Patients with Multimorbidity: Considering Time to Benefit. *Drugs & aging*, 30, 655-666 doi:10.1007/s40266-013-0095-7
- Jønsson, A.R., Baker, V.H., Jacobsen, C.B., & Pedersen, L.H. (2015). Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* doi:10.7146/tfss.v0i22.20817
- Latur, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory Life, The Construction of Scientific Fact*. 2. udg. Princeton: Princeton University Press.
- Lau, S.R. (2021). Farmakologik og lægemiddelomsorg: Et etnografisk studie af mødet mellem sårbare ældre, hjemmepleje og medicin. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 18, 73-94 doi:10.7146/tfss.v18i35.129994 Available at: <https://tidsskrift.dk/sygdomogsamfund/article/view/129994>.
- Lau, S.R., & Møllebæk, M. (2022). Mod en hverdagsetik for lægemiddelbrug: Om mennesker, medicin og multiplicitet. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 19, 19-41 Available at: <https://tidsskrift.dk/sygdomogsamfund/article/view/135374>.
- Lundby, C., Henriksen, D.P., Ryg, J., Søndergaard, J., Thonesen, I.L., & Pottegård, A. (2022). Afmedicinering i almen praksis: Udfordringer og muligheder. Sundhedsstyrelsen Rational Farmakoterapi månedsbaldet. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/rational-farmakoterapi-1-2022/afmedicinering-i-almen-praksis-udfordringer-og-muligheder>.
- Lundby, C., Jensen, J., Larsen, S.P., Hoffmann, H., Pottegård, A., & Reilev, M. (2020). Use of medication among nursing home residents: a Danish drug utilisation study. *Age and Ageing*, 49, 814-820 doi:10.1093/ageing/afaa029 Available at: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa029>.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G.E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17, 230 doi:10.1186/s12877-017-0621-2 Available at: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>.
- Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (2010). Care: putting theory in practice. *Care in practice - on tinkering in clinics, homes and farms* Available at:
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple Ontology in Medical Practice*: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- PLO. (2022). § 63 Fast tilknyttet læge på plejehjem
- Pottegård, A., Lundby, C., Jarbøl, D.E., Larsen, S.P., Hoppe, B.C., Hoffmann, H., et al. (2021). Use of sedating medications around nursing home admission in Denmark.

- Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 30, 1560-1565 Available at: <https://doi.org/10.1002/pds.5341>.
- Retsinformation (2019). Sundhedsloven <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>. Available at:
- Steinman, M.A., Landefeld, C.S., Rosenthal, G.E., Berthenthal, D., Sen, S., & Kaboli, P.J. (2006). Polypharmacy and prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc*, 54, 1516-1523 doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00889.x
- STPS (2019). Korrekt håndtering af medicin. Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje og bosteder Available at: <https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/-/media/52746D26182D4455A46EEF96F760F8D7>.
- STPS (2022). Når du får besøg af tilsynet. Available at: <https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/temaer-og-risikoomraader-for-tilsyn/naar-du-faar-besoeg-af-tilsynet/>.
- Sundhedsstyrelsen (2017). Danskernes sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017, Sundhedsstyrelsen Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>.
- Sundhedsstyrelsen (2021). Rationel Farmakoterapi. Available at: <https://www.sst.dk/da/opgaver/rationel-farmakoterapi>.
- Sundhedsstyrelsen (2022). Polyfarmaci ved multisygdom, Sundhedsstyrelsen Rationel farmakoterapi. Available at: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Polyfarmaci/Polyfarmaci-ved-multisygdom---Viden_fokusomraader-og-anbefalinger-til-viderearbejde.ashx.
- Sygeplejersken (2021). Sygeplejerske dømt for uagtsomt manddrab. Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2021-10/sygeplejerske-doemt-for-uagtsomt-manddrab>.
- Tommelein, E., Mehuys, E., Petrovic, M., Somers, A., Colin, P., & Bousserly, K. (2015). Potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older people across Europe: a systematic literature review. *Eur J Clin Pharmacol*, 71, 1415-1427 doi:10.1007/s00228-015-1954-4
- Vinge, S., & Topholm, E.H.-E. (2021). VIVE det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd: Social- og sundhedshjælpere og socialog sundhedsassistenter i kommunerne: En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området Available at: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/social-og-sundhedshjaelpere-og-social-og-sundhedsassistenter-i-kommunerne-yzenrpzk/>.
- Winch, S., & Henderson, A.J. (2009). Making cars and making health care: a critical review. *Medical journal of Australia*, 191 doi:0.5694/j.1326-5377.2009.tb02670.x Available at: <https://www.mja.com.au/journal/2009/191/1/making-cars-and-making-health-care-critical-review>.
- Yap, A.F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y.H. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatr Gerontol Int*, 16, 1093-1101 doi:10.1111/ggi.12616
- Ældreministeriet, S.-o. (2015). Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. Retsinformation
- Ældresagen (2019). Beboere på plejehjem: Et godt og meningsfyldt liv på plejehjem Available at: <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/plejehjem/fakta/beboere-paa-plejehjem>.