



EXAMENSARBETE

Våren 2015

Sektionen för hälsa och samhälle
Omvårdnad avancerad nivå DS8154

Distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering inom kommunal hemsjukvård

Författare

Johanna Voutsinas

Handledare

Zada Pajalic

Examinator

Albert Westergren

Distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering inom kommunal hemsjukvård

Författare: Johanna Voutsinas

Handledare: Zada Pajalic

Empirisk studie

Datum: 2015-03-10

Sammanfattning

Bakgrund: Behovet av medicindelegeringar är stort inom den kommunala hemsjukvården. *Syfte:* Att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård. *Metod:* Datamaterial inhämtades med intervjuer och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. *Resultat:* Två teman och sju kategorier framkom. Det första temat var ”Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar”. Detta tema var kopplat till följande kategorier: Hemsjukvårdens struktur kring medicindelegeringen; Medicindelegeringens påverkan på omvårdnadsarbetet; Svårigheter vid medicinhantering; och Åtgärds kunskap. Det andra temat var ”Distriktssköterskan upplever stress och ansvar gentemot delegeringsmottagaren”. Temat var kopplat till följande kategorier: Kännedom om omvårdnadspersonalens kompetens; Informell kompetens; och Uppfattningar om lagar. *Konklusion:* Distriktssköterskorna utfärdar medicindelegering som en förutsättning för en fungerande organisation. Delegeringar innebär en upplevelse av stress för distriktssköterskor, där brist på distriktssköterskor och behov av omvårdnadspersonal också innebär bristande följsamhet till delegeringslagar och föreskrifter. Behov av kompetens och utbildning till omvårdnadspersonal, leder till att det krävs en bättre kompetensförsörjning för att säkerställa god patientsäkerhet.

Nyckelord: Distriktssköterska, erfarenhet, delegering, undersköterska, kommunal hemsjukvård.

District nurses' experiences of medicine delegation in municipal homecare

Author: Johanna Voutsinas

Supervisor: Zada Pajalic

Empirical study

Date: 2015-03-10

Abstract

Background: The need of medicine delegation is large in the municipal homecare. *Aim:* To describe district nurses' experiences of medicine delegation to assistant nurses' in municipal homecare. *Method:* Data was collected through interviews and analyzed by qualitative content analysis. *Results:* Two themes and seven categories emerged. The first theme was: "Organizational factors contribute to experiencing stress in relation to responsibility for delegations". This theme was connected to the following categories: The structure of home care regarding medicine delegations; Medicine delegations impact on the nursing care; Difficulties in relation to handling medications; and Knowledge about measures. The second theme was: "The district nurse perceives stress and responsibility in relation to the receiver of the delegation". This theme was connected to the categories: Knowledge about the nursing staff's competence; Informal competence; and Perceptions of laws. *Conclusion:* District nurses' issue medicine delegations as a prerequisite for a functioning organization. The delegations contributes to a sense of stress among district nurses', where a lack of district nurses' and needs of nursing staff also means a lack of pliability to delegation laws and regulations. The need of competence and education to nursing staff, leads to the need for a better competence supply to ensure patient safety.

Keywords: District nurse, experience, delegation, assistant nurse, municipal homecare.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Hemsjukvård	6
Distriktssköterskans profession och omvårdnad	7
Distriktssköterskans medicindelegering till undersköterskor.....	8
Tidigare forskning.....	10
SYFTE	12
METOD	12
Design	12
Förförståelse.....	13
Kontext.....	13
Urval.....	14
Tillvägagångssätt	14
Datainsamling	15
Dataanalys	15
Etiska överväganden	16
RESULTAT	17
Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar.....	17
Hemsjukvårdens struktur kring medicindelegeringen	17
Medicindelegeringens påverkan på omvårdnadsarbetet	19
Svårigheter vid medicinhantering	20
Åtgärds kunskap	21
Distriktssköterskan upplever stress och ansvar gentemot delegeringsmottagaren	21
Kännedom om omvårdnadspersonalens kompetens	22
Informell kompetens.....	23
Uppfattningar om lagar	24
DISKUSSION	25

Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion.....	27
Konklusion.....	31
Förslag till vidare forskning.....	32
REFERENSER	33

Bilaga 1 Informationsbrev till xxx chef

Bilaga 2 Skriftligt informerat samtycke till xxx chef

Bilaga 3 Informationsbrev till distriktssköterska

Bilaga 4 Skriftligt informerat samtycke till distriktssköterska

Bilaga 5 Intervjuguide

BAKGRUND

Hemsjukvård har blivit en allt större och växande verksamhet i Sverige, sedan ädelreformen 1992 (Socialstyrelsen 2008). Omfattningen av personer som får hälso- och sjukvårdsinsatser i hemsjukvården beräknas till 250 000 personer och av dessa är 87 procent 65 år och äldre. Då allt fler hälso- och sjukvårdinsatser utförs i hemsjukvården ställer det krav på att det finns personal för att kunna utföra dessa insatser (Socialstyrelsen 2008). I den kommunala hemsjukvården förekommer ofta delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det är främst läkemedelshantering som delegeras. Delegering av läkemedel är nödvändig för att kunna genomföra olika hälso- och sjukvårdsuppgifter i hemsjukvården (Socialstyrelsen 2008). En undersökning från Socialstyrelsen (2008) visar att sjuksköterskor i många fall har ansvar för ett alltför stort antal delegeringar vilket strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift. Läkemedelshantering är ett riskområde eftersom flera personer är inblandade i hanteringen och sjuksköterskan enligt delegeringsföreskriften inte får ansvara för fler delegeringar än att hon kan försäkra sig om att delegeringsuppgifterna utförs på ett korrekt och säkert sätt.

Hemsjukvård

Enligt Socialstyrelsen (2008) definieras hemsjukvård som: *"hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden."* Legitimerad personal som läkare och sjuksköterskor som jobbar i hälso- och sjukvården eller icke legitimerad personal som undersköterskor eller vårdbiträde med delegering kan arbeta inom hemsjukvård (Socialstyrelsen 2008). En annan yrkesbeteckning för undersköterska eller vårdbiträde är omvårdnadspersonal som i sin yrkeskompetens främst berör hemtjänst i kommunen (Socialstyrelsen 2006). Majoriteten av de personer som får hemsjukvård är äldre människor med åldersrelaterade sjukdomar (Josefsson 2009). Allt fler hälso- och sjukvårdsinsatser sker i personers ordinära eller särskilda boende och denna utveckling leder till ökade krav på att läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt i hemsjukvården. Trots det är tillgången till läkare och sjuksköterskor inte tillräcklig (SOSFS 1997:14; Socialstyrelsen 2008).

En undersökning gjord av socialstyrelsen (2008) visar att hemsjukvårdens uppdrag är svårt att avgränsa och definiera. Det är svårt att definiera med tanke på att det finns både skillnader och överlappningar mellan kommunens och landstingets ansvar för hemsjukvård (Socialstyrelsen 2008). Kommunen har ansvar för omsorg och viss hälso- och sjukvård och landstinget för primärvård och sjukhusvård (Dunér & Blomqvist 2009). Kommunen får endast bedriva en del primärvård medan landstinget kan bedriva all hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2008). För att patienter skall kunna få den vård de behöver, är det en förutsättning att samverkan mellan kommunen och landstinget fungerar (Dunér & Blomqvist 2009). Den otydliga ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting gör att samverkan i vårdkedjan försvåras. Hemsjukvårdens uppdrag och kompetens måste förtydligas (Socialstyrelsen 2008). I den kommunala äldreomsorgen behöver samverkan mellan kommun och landsting förändras till det bättre för att tillfredsställa behovet av medicinsk kompetens. Hälso- och sjukvårdslagen reglerar hälso- och sjukvård och socialtjänstlagen reglerar kommunens ansvar för service och omsorg för äldre människor (Josefsson 2009). De olika ansvariga myndigheterna medför att distriktssköterskan och undersköterskan arbetar på olika platser, vilket gör det svårt att arbeta sida vid sida (Craftman, Strauss, Rudberg & Westerbotn 2012).

Distriktssköterskans profession och omvårdnad

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska beskrivs att distriktssköterskans arbete ska bygga på ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt samt vetenskap och beprövad erfarenhet (Gunnarsson, Gusdal, Jarl, Johansson, Rising, Strender, Törnvall & Östlinder 2008). Distriktssköterskans arbete ska utföras i enighet med gällande lagar och författningar som bland annat inbegriper hälso- och sjukvårdslagen och delegeringslagar (Gunnarsson et al. 2008). Distriktssköterskan ska utifrån patientens behov ha förmåga att leda, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet, samt samverka med andra aktörer för att uppnå kontinuitet och kvalitet i vårdkedjan (Socialstyrelsen 2005). I en studie av Furåker (2008) beskrev sjuksköterskorna att de i huvudsak kordinerar arbetsuppgifter och är ”spindeln i nätet”. Många sjuksköterskor ansåg det vara nödvändigt att ha kompetens om att leda, organisera och delegera omvårdnadsarbetet (Furåker 2008). Distriktssköterskan har en central roll att samordna och planera omvårdnad i hemsjukvården utifrån patientens enskilda behov (Socialstyrelsen 2008).

Att inkludera personen i alla aspekter av vården är centralt för personcentrerad omvårdnad (Edvardsson 2010). Personcentrerad omvårdnad innebär att bekräfta en patients upplevelse av sjukdom och utgå från individens perspektiv (Edvardsson 2010). Enligt en studie av Furåker (2008) var sjuksköterskans ansvar över omvårdnaden för patienterna en viktig del av deras professionella yrkesroll, men i praktiken tycktes undersköterskan göra mycket av sjuksköterskans jobb. För att kunna ge god omvårdnad ansågs olika kunskaper som bland annat utdelning av läkemedel vara viktig. Majoriteten av sjuksköterskorna tyckte att etisk kompetens var en mycket viktig förmåga i omvårdnadsarbetet. God kommunikation och relation till patienten betraktades vara viktigare än praktiska moment (Furåker 2008). Distriktssköterskans etiska förhållningssätt är viktigt och innebär en strävan till att vilja hjälpa patienten till att bevara integritet och autonomi för en god hälsa (Gunnarsson et al. 2008; Edvardsson 2010). Distriktssköterskans kompetens omfattar förmåga att stärka patienten till god hälsa (Gunnarsson et al. 2008) genom att lära känna och skapa kontakt med patienten för att få denna persons upplevelse av sjukdom (Edvardsson 2010). För att förstå en patients upplevelse måste sjuksköterskan sätta sig in i patientens perspektiv, det är då två olika världar möts. Då sjuksköterskan utgår från patientens situation får hon närmare förståelse för patientens livsvärld (Birkler 2007). Distriktssköterskan har en central roll i att ha kunskap om och vara lyhörd för patienters behov, genom att ge personcentrerad omvårdnad för att öka deras hälsa och välbefinnande (Baid, Bartlett, Gilhooly, Illingworth & Winder 2009). Det krävs alltid en professionell bedömning vid behov att överlåta en delegering och det är viktigt att delegering sker så att den är förenlig med en god och säker vård (SOSFS 1997:14), samt krävs det personcentrerad omvårdnad för att stödja, stärka och samordna hälsofrämjande och medicinska ställningstagande för individen (Gunnarsson et al. 2008).

Distriktssköterskans medicindelegering till undersköterskor

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den är av god kvalitet och kan tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet i vården. Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att det tillgodoser god kvalitet av vård och hög patientsäkerhet. Beslut som sjuksköterskan tar om att delegera ut ansvar för en viss vårduppgift, ska vara förenligt med säkerheten för patienterna (SFS 1982:763). Det vill säga att delegeringen av en arbetsuppgift får ske om den är överensstämmande med en god och säker vård (Socialstyrelsen 2008). Enligt SOSFS 2000:1 skall vårdgivaren ansvara för att det finns direktiv och lokala rutiner för

läkemedelshantering. Detta är en uppgift som inom den kommunala hälso- och sjukvården utförs av verksamhetschefen och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (SOSFS 2000:1; Socialstyrelsen 2008). Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har det yttersta ansvaret för delegeringar och att tillgodose patientsäkerheten inom verksamhetsområdet i kommunen (SOSFS 1997:14).

Delegering regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14). Delegering definieras som: *"Delegering innebär att den formellt kompetenta personen överlåter själva utförande och ansvaret för en viss arbetsuppgift."* (Levy 2013, s. 159). Med andra ord kan en sjuksköterska med formell kompetens delegera en arbetsuppgift till en undersköterska med reell kompetens, dock måste den formellt kompetenta personen först försäkra sig om att den reellt kompetenta personen har de praktiska och teoretiska kunskaperna som krävs för att utföra uppgiften (SOSFS 1997:14; Levy 2013). En delegering får inte användas av organisatoriska skäl såsom brist på personal. Med tanke på patientsäkerheten ställer varje delegeringsbeslut höga krav på goda kunskaper och noggrannhet hos den som delegerar och den som tar emot delegeringen av en medicinsk arbetsuppgift (SOSFS 1997:14).

Hemsjukvården är en viktig del för att patienter ska kunna få hjälp med hantering av ordinerade läkemedel (Socialstyrelsen 2008). Inom äldrevården är läkemedel den helt dominerande sjukvårdande behandlingen, dessutom tenderar användning av läkemedel att öka med åldern (Craftman et al. 2012; Kjellgren 2013). Vårdtagaren behöver ofta hjälp med läkemedelshanteringen (Kjellgren 2013). Läkemedelshantering är komplext och omfattande då den berör många yrkeskategorier (Socialstyrelsen 2008). Läkare, distriktssköterskor och undersköterskor är involverade i den äldres läkemedelsbehandling, förskrivning, beredning och hantering av läkemedel (Hysten-Ranhoff & Bordahl 2010; Craftman et al. 2012). Rätt läkemedelsbehandling är för den äldre människan mycket viktig vad gäller deras hälsa och livskvalitet (Hysten-Ranhoff & Bordahl 2010).

Delegeringar bör ges restriktivt med tanke på patientens trygghet och säkerhet (SOSFS 2000:1; Socialstyrelsen 2008). Patientsäkerheten är ett bristande och stort problem både internationellt och i Sverige (Öhrn 2009). Patientsäkerhet innebär att skydda patienten mot vårdskada. En vårdskada orsakar en konsekvens som för patienten kunde ha förebyggts om omständigheterna varit annorlunda. En vårdskada kan inträffa när

exempelvis administrationen av medicinen är av fel preparat, fel dos eller ges vid fel tidpunkt (Öhrn 2009). Delegering av en arbetsuppgift kan överlåtas endast om den är förenligt med en god och säker vård (SFS 1998:531). Distriktssköterskan måste på så sätt kontinuerligt kontrollera kompetens och erfarenhet hos den undersköterska som tar emot delegeringen (SOSFS 2000:1; Socialstyrelsen 2008).

Tidigare forskning

I en svensk studie av Hasson & Arnetz (2008) undersöktes undersköterskornas uppfattningar om deras kompetens, arbetsbelastning och stress. Mer än 40 procent av undersköterskorna i kommunen utförde delegationer dagligen. Det framkom att majoriteten av undersköterskorna skattade sin kunskap om läkemedel som otillräcklig. Författarna belyser även att sjuksköterskor och undersköterskor utförde delegerande medicinska uppgifter i sitt dagliga arbete och kompetensutveckling ansågs behövas (Hasson & Arnetz 2008).

I en annan studie gjord i Sverige undersöktes undersköterskors engagemang i medicinering, kunskap om läkemedel, läkemedelseffekter, sjukdomar och symtom i hemsjukvården (Axelsson & Elmståhl 2004). Av undersköterskorna deltog 95 procent i administrationen av läkemedel. Regler kring medicindelegering följdes inte, vissa undersköterskor hade fått medicindelegering utan utbildning eller kunskapsprov som en följd av personalbrist. Undersköterskorna fick frågan om medicinska förkortningar och i genomsnitt förstod 53 procent förkortningarna som användes för att beskriva när och i vilken mängd patienten skulle få sin medicin. Undersköterskor som hade utbildning i medicindelegering hade en högre tendens att svara rätt på frågor än de utan utbildning. Sammanfattningsvis visar studien att undersköterskor ofta saknade utbildning och hade svårt att besvara frågor gällande administration av medicin, indikationer och kontraindikationer för vanliga läkemedel, läkemedelsbiverkningar och symtom. Undersköterskor fick ofta delegationsuppgifter utan utbildning, erfarenhet eller praktisk kunskap och kände sig tvungna att utföra dessa för att få behålla sitt jobb (Axelsson & Elmståhl 2004).

I en studie av Kapborg & Svensson (1999) gjord i Sverige framkom fall av fel som görs i samband med delegering av läkemedelshantering från sjuksköterska till undersköterska. Många av dessa fall handlar om fel läkemedel som administreras eller fel koncentration av läkemedel. I två fall hade patienten tagit emot fel medicin på grund av att sjuksköterskan gett felaktig information till undersköterskan som utfört administrationen. Sjuksköterskorna

rapporterade att stress var en faktor som ansågs bidra till felbehandlingen. Socialstyrelsen genomförde en översyn av fallen och identifierade bristande rutiner i samband med läkemedelshantering, bristande kontrollförfaranden, organisatoriska brister, brist på utbildning och kompetens och brist på ledning. Hälften av sjuksköterskorna uppgav att delegeringen i många fall användes för att lösa personalbrist. Den huvudsakliga kritiken riktades mot sjuksköterskor då de inte hade utnyttjat korrekta kontroller i samband med delegation, för att säkerställa att undersköterskan hade behörighet till denna. Det vanligaste felet ansågs vara patienter som inte fick det ordinerade läkemedlet. Några sjuksköterskor ansåg att deras kunskaper om förordningar som styr läkemedelshantering var bra och några skattade sin kunskap dålig (Kapborg & Svensson 1999).

En studie av Törnkvist & Strender (1998) visar att det finns brister och svårigheter i läkemedelshantering och behov av att tydliggöra ansvarsfrågor och rutiner. Distriktssköterskorna tyckte det var bra med delegering för att det ökade kommunikationen med undersköterskan, genom att de visste vilken kunskap de hade. Det mindre bra var att delegeringen var tidskrävande, att det var för mycket undersköterskor att lära känna och för stor omsättning av personal. Undersköterskorna tyckte att delegeringen var bra för att de fått ett eget ansvar och att samarbetet med distriktssköterskan blev bättre. Det mindre bra var att det gavs bristfällig information om medicinändringar och att de boende inte fick träffa distriktssköterskan så ofta. Många undersköterskor som inte hade fått delegering, iordningställde och överlämnade läkemedel till patienterna ändå. Distriktssköterskorna ansåg att information och undervisning kring lagar och delegering skulle underlätta och klargöra ansvarsfrågor vid administrering av läkemedel. Förbättring i kommunikation och samarbete i läkemedelshantering mellan kommun och landsting behövdes (Törnkvist & Strender 1998).

I en studie av Craftman et al (2012) ansåg distriktssköterskorna att det var nödvändigt med medicindelegering då de själv inte hade tid att administrera medicinen. Distriktssköterskorna förväntade att undersköterskorna accepterade delegering trots frivilligheten till att utföra denna uppgift. De flesta distriktssköterskor kritiserade myndigheterna och saknade stöd från beslutsfattare om ansvar för delegering av administrering av läkemedel. Distriktssköterskorna hade svårt att följa upp undersköterskans delegationsarbetsuppgifter på grund av tidsbrist och hög personalomsättning. Det fanns en stark medvetenhet om ansvaret och skyldigheten i att utbilda undersköterskorna hur delegeringsuppgiften skulle utföras på ett korrekt och säkert sätt. Distriktssköterskorna ansåg att undersköterskornas medicinska kunskaper kunde variera

mycket. Kompetens kom av erfarenhet och bristande kunskap tycktes kunna kompenseras genom att undersköterskan arbetade så nära patienterna. Distriktssköterskorna uppgav att administrering av medicin var en uppgift för sjuksköterskor och att det kunde vara ett stressmoment att delegera till undersköterskor som saknade kunskap om medicinering (Craftman et al. 2012).

Tidigare forskning om medicindelegering visar att undersköterskors kompetens kring läkemedel och läkemedelshantering är bristande. Undersköterskor skattar sin kunskap om läkemedel som otillräcklig samtidigt som de ofta får delegationsuppgifter utan utbildning eller praktisk kunskap (Törnkvist & Strender 1998; Kapborg & Svensson 1999; Axelsson & Elmståhl 2004; Hasson & Arnetz 2008; Craftman et al. 2012). Utvecklingen av hemsjukvården har lett till ett ökat antal delegeringar, som i många fall ges på grund av personalbrist, vilket strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift (SOSFS 1997:14) (Kapborg & Svensson 1999; Axelsson & Elmståhl 2004; Socialstyrelsen 2008; Craftman et al. 2012). Socialstyrelsen har gjort många undersökningar som indikerar att hemsjukvårdens uppdrag och kompetens måste förtydligas och där samverkan mellan huvudmän behöver förändras till det bättre för att säkerställa behovet av medicinsk kompetens (Socialstyrelsen 2008). Distriktssköterskan har en central roll i att delegera medicin på ett patientsäkert sätt och har i tidigare studier beskrivit medicindelegering som ett problematiskt område där rutiner, utbildning och kompetensutveckling krävs (Törnkvist & Strender 1998; Kapborg & Svensson 1999; Axelsson & Elmståhl 2004; Hasson & Arnetz 2008; Socialstyrelsen 2008; Craftman et al. 2012). En studie om distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård, kan bidra med kunskap inför framtida förbättringsarbete gällande rutiner vid medicindelegering till undersköterskor.

SYFTE

Syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård.

METOD

Design

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie där datamaterial inhämtades med hjälp av semistrukturerade intervjuer. För att beskriva informanternas upplevda erfarenheter, valdes

kvalitativ metod (Henricsson & Billhult 2012). Det är relevant att använda intervjuer som datainsamlingsmetod då det ger möjlighet till att förstå informanternas erfarenhet genom berättande och uttryck med egna ord (Danielson 2012). Datamaterialet bearbetades utifrån kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt från Graneheim & Lundman (2004).

Förförståelse

Trovärdighet av studiens resultat handlar till viss del om hur forskarens förförståelse påverkat analysen (Lundman & Graneheim 2012). Förförståelsen handlar om hur forskaren tolkar verkligheten i relation till det ämne som studeras. Verkligheten kan tolkas på olika sätt och tolkningen är subjektiv (Graneheim & Lundman 2004). Förförståelsen kan inte undvikas helt då forskaren under intervjun är datainsamlingsverktyg vilket kan påverka fokus på intervju och analys av transkriberade intervjuer (Lundman & Graneheim 2012). Under planeringsstadiet av denna studie tog författaren hänsyn till sin egen förförståelse av livs- och yrkeserfarenhet. Bland annat hade författaren praktiserat som sjuksköterskestudent i hemsjukvården. Mycket av distriktssköterskans arbete kring medicin innebar att säkerställa dosetter och överlämna dessa till patienten. Distriktssköterskor och undersköterskor hade inte samma arbetsplats och de hade sällan kontakt med varandra. Författaren har försökt att ha ett neutralt synsätt under intervjuerna för att inte påverka resultatet.

Kontext

Intervjustudien utfördes i två kommuner i södra Sverige. Kommunerna har cirka 300 000 och 114 000 invånare vardera. Flera hemsjukvårdsverksamheter inom de båda kommunerna tillfrågades om medverkan i studien. I den ena kommunen arbetar cirka 14 till 20 sjuksköterskor/distriktssköterskor inom varje hemsjukvårdsverksamhet. Inom varje hemsjukvårdsverksamhet hanteras i genomsnitt cirka 25 till 50 delegeringsbeslut per sjuksköterska/distriktssköterska. Kommunen erbjuder läkemedelsutbildning med tillhörande kunskapstest till all omvårdnadspersonal som anställs. Vid förnyelse av medicindelegering genomförs nytt kunskapstest efter ett år. Läkemedelsutbildning upprepas enbart vid behov om någon avvikelser skulle ske. I den andra kommunen arbetar cirka tre sjuksköterskor/distriktssköterskor inom varje hemsjukvårdsverksamhet. Inom varje hemsjukvårdsverksamhet hanteras i genomsnitt cirka 25 till 50 delegeringsbeslut per sjuksköterska/distriktssköterska. Sommarvikarier erhåller gemensamt läkemedelsutbildning från legitimerad personal inom hemsjukvårdsverksamheten. Övrig omvårdnadspersonal som anställs under året, utbildas var och en enskilt av den sjuksköterska/distriktssköterska som

sedan fattar delegeringsbeslutet. Vid förnyelse av medicindelegering genomförs inte kunskapstest lika grundligt, utan det sker som en uppföljning med frågor som anses behövas gå igenom.

Urval

Informanterna valdes ändamålsenligt (Henricsson & Billhult 2012). Ändamålsenligt urval syftar till att välja informanter som har kunskap om och kan ge beskrivningar om det som ska studeras (Henricsson & Billhult 2012). I en kvalitativ studie ingår oftast få informanter, därför har det fokuserats på att finna informanter med varierande erfarenheter som ger möjlighet till variationsrika beskrivningar av det som ska studeras (Graneheim & Lundman 2004; Henricsson & Billhult 2012). Informanterna rekryterades från verksamheter som bedrev hemsjukvård, där det fanns distriktssköterskor med erfarenhet av medicindelegering till undersköterskor. Inklusionskriterierna för deltagandet i studien var distriktssköterskor som arbetat med medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård. Elva distriktssköterskor valde att delta i intervjustudien. Distriktssköterskorna som ingick i studien hade mellan tio till tjugosex års erfarenhet av medicindelegering. En distriktssköterska samtyckte inte till att bli ljudinspelad under intervjun, vilket medförde svårighet för författaren att använda sig av intervjun, på grund av att det inte fanns tillräckligt med antecknat textmaterial till en djupare analys. Av den orsaken redovisas resultatet utifrån tio distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering.

Tillvägagångssätt

En förfrågan om tillstånd att få utföra intervjustudien skickades ut med brev till chefer på utvalda hemsjukvårdsverksamheter (Bilaga 1). Efter att ha fått skriftligt samtycke av chefer att få utföra intervjustudien (Bilaga 2), tillfrågades cheferna om distriktssköterskors kontaktinformation för att erbjuda deltagande i studien. Skriftligt informationsbrev (Bilaga 3) samt skriftligt informerat samtycke (Bilaga 4) skickades ut med brev till distriktssköterskor med förfrågan om deltagandet i studien. Distriktssköterskor som besvarat informationsbrevet kontaktades för att bestämma tid och plats för intervjun. Vid genomförande av intervjun lämnade författaren information om studien och inhämtade skriftligt informerat samtycke från deltagarna.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer användes för att styra upp intervjun med frågor, som är betydande för det område som studeras (Danielson 2012). Som stöd under intervjun användes en intervjuguide (Bilaga 5) med öppet formulerade frågor. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum på distriktssköterskans arbetsplats, för att miljön runt omkring skulle vara så ostörd som möjligt (Trost 2010; Danielson 2012). Varje intervju tog cirka 45 minuter. För att exakt veta vad som sagts, ljudinspelades intervjuerna, efter informantens samtycke till detta (Danielson 2012). En pilotstudie genomfördes för att testa kvalitén av intervjufrågorna samt för att veta om tiden för intervjun var hållbar. Pilotstudien ingick i analysen. Intervjudata skrevs ut ordagrant efter intervjun, vilket är en annan benämning för transkribering (Danielson 2012).

Dataanalys

Det insamlade datamaterialet bearbetades utifrån kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004). Metoden i kvalitativ innehållsanalys beskriver likheter och skillnader i textinnehållet (Graneheim & Lundman 2004). Innehållsanalysen valdes eftersom den fokuserar på tolkning av texter (Lundman & Graneheim 2012). Innehållsanalysen utfördes med stöd av Graneheim & Lundman (2004). Förfarandet av analysprocessen beskrivs i olika steg. Steg ett i innehållsanalysen bestod av att läsa igenom de transkriberade intervjuerna flera gånger för att få en känsla av helhet. Steg två var att söka efter och välja meningsbärande enheter som svarade på syftet med intervjustudien. Steg tre var att de meningsbärande enheterna kondenserades, vilket innebär att texten kortas ner men att innehållet i texten bevaras. Steg fyra var att den kondenserade meningsbärande enheten kodades. Steg fem var att jämföra koderna utifrån skillnader och likheter och sortera dem. Flera koder som hade liknande innehåll bildade tillsammans en kategori med flera subkategorier, vilket utgjorde ett manifest innehåll. Steg sex var att binda samman den underliggande meningen i kategorierna. Kategorierna bildade teman: *”Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar”* och *”Distriktssköterskan upplever stress och ansvar gentemot delegeringsmottagaren”* vilket utgjorde ett latent innehåll, det vill säga vad texten talar om (Graneheim & Lundman 2004).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Sen kan jag ju säga det då, att sommaren är en stressfaktor och alla sommarvikarier som ska delegeras, pang, bom.	Sommarvikarier är en stressfaktor, ett stort antal ska delegeras raskt.	Sommarvikarier ska delegeras och det är en stressfaktor.	Stress vid medicindelegering av vikarier	Hemsjukvårdens struktur kring medicindelegeringen	Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar

Etiska överväganden

Studien tar hänsyn till fyra huvudkrav som finns beskrivna i Vetenskapsrådets forskningsetiska principer vilka är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Informationskravet tillgodosågs genom att informationsbrev skickades till chefer (Bilaga 1) och distriktssköterskor (Bilaga 3). Muntlig information gavs samt möjlighet till att ställa frågor och få dessa besvarade. Informationsbrev gav upplysning om att deltagandet i studien var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. Samtyckeskravet tillgodosågs genom att undersökaren inhämtade skriftligt informerat samtycke (Bilaga 4) från deltagaren, innehållande försäkran om att deltagaren hade förmåga att förstå den informationen som gavs och deltagarens förmåga att fatta beslut om deltagandet i studien. Deltagaren fick välja att delta och kunde när som helst avbryta sin medverkan, utan att ange orsak eller att det medförde negativa konsekvenser. Konfidentialitetskravet tillgodosågs genom tystnadsplikt och att personuppgifter avidentifierades så att obehöriga personer inte kunde ta del av dem. Nyttjandekravet tillgodosågs genom att datainsamlingsuppgifterna om enskild person som deltagit i studien, endast användes för studiens ändamål. Datainsamlingsuppgifterna får inte användas för beslut eller åtgärder som direkt kan påverka den enskilde deltagaren (Vetenskapsrådet 2002). Risker med intervjumetoden kan vara att deltagaren under intervjun upplever att undersökaren har en maktposition samtidigt som intervjun kan kännas påtvingad hos deltagaren (Kjellström 2012). Riskerna kan minskas genom studiens beaktande av de fyra huvudkraven från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet 2002).

RESULTAT

Resultatet redovisas utifrån tio distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård. Studiens resultat presenteras i två teman; *Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar* och *Distriktssköterskan upplever stress och ansvar gentemot delegeringsmottagaren*. Under det första temat redovisas fyra kategorier och under det andra temat redovisas tre kategorier. Under samtliga kategorier presenteras olika subkategorier med text och citat från intervjuerna.

Tabell 2 Distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering

Temat	Kategorier
Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar	Hemsjukvårdens struktur kring medicindelegeringen
	Medicindelegeringens påverkan på omvårdnadsarbetet
	Svårigheter vid medicinhantering
	Åtgärds kunskap
Distriktssköterskan upplever stress och ansvar gentemot delegeringsmottagaren	Kännedom om omvårdnadspersonalens kompetens
	Informell kompetens
	Uppfattningar om lagar

Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar

Under temat Organisatoriska faktorer bidrar till upplevelse av stress kopplat till ansvar för delegeringar, beskriver distriktssköterskorna sin erfarenhet av: Hemsjukvårdens struktur kring medicindelegeringen, Medicindelegeringens påverkan på omvårdnadsarbetet, Svårigheter vid medicinhantering och Åtgärds kunskap.

Hemsjukvårdens struktur kring medicindelegeringen

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att de har en *arbetsledande roll*, att det finns en *brist på distriktssköterskor* och *behov av omvårdnadspersonal* i hemsjukvården. Det framkommer

även att distriktssköterskorna har erfarenhet av *stress vid medicindelegering till vikarier* och *ansvar vid förnyelse av medicindelegering*.

Distriktssköterskorna anser att de inte kan överrätta läkemedel eftersom de har andra arbetsuppgifter i hemsjukvården. Distriktssköterskorna har erfarenhet av att ha en *arbetsledande roll*, att utbilda, stödja och ge trygghet till personal.

”Men, för det är så det fungerar i hemvården att man inte kan ha 25 sjuksköterskor som springer runt och gör olika saker utan. Vi får ha en mer arbetsledande roll och se att det också är, det är ingenting vi ska göra vid sidan om. Det är en arbetsuppgift som är lika viktig. Utbilda personalen, stödja dem, och ge dem trygghet...” (Informant 9)

Distriktssköterskorna anger att hemsjukvården bygger på medicindelegering och att det är en nödvändighet eftersom de är väldigt pressade. Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det finns en *brist på distriktssköterskor* i hemsjukvården och om det inte funnits omvårdnadspersonal hade det inneburit att de själva fått överrätta medicin, vilket de inte är bemannade för och då hade det behövts många fler distriktssköterskor.

”Plus att det inte skulle fungera, då skulle vi behöva vara många, många fler. För alla ska ju ha sin medicin ungefär på samma tid på morgonen, alla ska ju ha medicin klockan 8 och då skulle, man skulle inte hinna runt till sina patienter. Det skulle inte fungera.” (Informant 6)

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det finns ett stort *behov av omvårdnadspersonal*, då det i hemtjänsten arbetar mycket personal som tas in under kortare tid och är svåra att få tag på. Distriktssköterskorna anger att all personal inte är undersköterskor, utan att det ofta anställs vårdbiträden tillfälligt, för att vikarier behövs vid sjukdom och under semestrar.

”Men så kan det ju inte vara, för att folk slutar ju. Alltså det är ett sådant behov av hemtjänstpersonal, så att vem som helst kan få det.” (Informant 1)

Distriktssköterskorna har erfarenhet av *stress vid medicindelegering till vikarier* framförallt under sommaren då alla sommarvikarier ska delegeras och de känner att det forceras fram. De anger att omvårdnadspersonalen oftast inte kan börja förrän senare inpå sommaren och att det är väldigt många som behöver få sin medicindelegering, eftersom nästan alla patienter har

medicin. Distriktssköterskorna anger att det är tufft och att det krävs mycket eftersom de måste försäkra sig om att omvårdnadspersonalen kan hantera arbetsuppgiften som de tar på sig.

”Sen kan jag ju säga det då, att sommaren är en stressfaktor och alla sommarvikarier som ska delegeras, pang, bom.” (Informant 1)

Distriktssköterskorna anger att det är omvårdnadspersonalens ansvar att ta kontakt med dem vid förnyelse av delegering. Deras erfarenhet är att omvårdnadspersonalen har bristande ansvar vid förnyelse av medicindelegering eftersom de måste bli påmind när deras delegering håller på att gå ut och inte hör av sig vid avbokad tid, vilket kan leda till att delegeringen avslutas.

”Då informerar vi dem att, en månad innan din delegering går ut, ska du höra av dig till mig, så vi kan diskutera om vi kan förlänga den. Många hör ju inte av sig. Och jag kan ju inte sitta och jaga folk. Så då gör jag så, att jag avslutar delegeringen. Och så skickar jag ett mejl till deras sektionschef. Alltså de har ju ett eget ansvar också ju.” (Informant 5)

Medicindelegeringens påverkan på omvårdnadsarbetet

Distriktssköterskorna har erfarenhet av *ökad kontinuitet* och *förbättrad patientsäkerhet* på omvårdnadsarbetet vid medicindelegeringen.

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att medicindelegering till omvårdnadspersonal leder till *ökad kontinuitet* till patienter i omvårdnadsarbetet, genom att samma person eller hemtjänstgrupp, som har nära kontakt med patienten, kan överrätta medicin samtidigt som de tar den omvårdnadsmissiga biten, för att ha så lite personer som möjligt hemma hos patienten.

”Det som är bra är kontinuiteten hos brukarna, att det är samma person. Och det är i och med den här ädelreformen som kom på 90-talet, att det ska vara så få som möjligt inblandade kring brukaren och det är väl det som är den största vinsten att man har hand om helheten i så fall, att man gör allt arbete där hemma.” (Informant 1)

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att Apodos leder till *förbättrad patientsäkerhet* då det på dospåsen klart och tydligt står; namn, födelsedata, datum och klockslag.

Distriktssköterskorna känner att det lättare blir feldelat i dosetterna och deras ambition är att ha Apodos hos så många patienter som det är möjligt.

”Eh, jag tycker mer om Apodos, jag tycker det är mer patientsäkert. Då slipper man ju delningsmomentet. Så egentligen så tycker jag inte om att ha dosett och dela dosetten. Att det ska delas dosetter. För jag tycker inte att det är riktigt patientsäkert.” (Informant 7)

Svårigheter vid medicinhantering

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att medicindelegeringen leder till *svårigheter med flera arbetsuppgifter* hos omvårdnadspersonal och *risker i arbetsmiljön* vid medicinhanteringen hemma hos patienten.

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att omvårdnadspersonalen har *svårigheter med flera arbetsuppgifter* vid överräkning av medicin till patienter i hemmet. Distriktssköterskorna känner att omvårdnadspersonalen lättare stressar, slarvar eller gör fel med flera arbetsuppgifter, eftersom de har fokus på allt det andra som också ska göras och att dem kanske blir avbrutna eller måste vara hos en annan patient inom en viss tid.

”Det borde vara enkelt, men det slarvas. Man känner att man inte har tid att sitta ner, man kanske har massa andra saker och så gör man fel.” (Informant 2)

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det finns *risker i arbetsmiljön* vid medicinhantering hos patienterna, där patienterna rör till det med dosetterna, gömmer medicinen, tar medicinen eller går och köper medicin själv. Distriktssköterskorna upplever att det är ett bekymmer när patienterna köper sin medicin själv, då det kan bli dubbeldosering. Distriktssköterskorna anger att många patienter tycker om att sitta ner och prata under själva medicindelningen. Distriktssköterskorna anser att det i en sådan situation är viktigt att vara koncentrerad på medicindelningen för att göra det på ett säkert sätt och se till att det finns tid för det, för att det praktiska vid medicinhanteringen kan se olika ut hemma hos patienterna.

”Och sen dem patienterna, det är ju riskerna. Det är ju oftast patientplanet där, att dem har piller hemma som de tar bredvid och själv och att dem missbrukar och sådant där. Det är sådana saker vi ställs inför. Det är inte alltid lätt för personalen, sen kan de vara hur duktiga dem vill.” (Informant 8)

Åtgärds kunskap

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att medicindelegering till omvårdnadspersonal leder till att de arbetar med *konsultation* och *avvikelsehantering*.

Distriktssköterskorna anser att de arbetar med *konsultation* när omvårdnadspersonalen erhållit sin medicindelegering. Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det konsultativa arbetet handlar om ett samarbete med omvårdnadspersonalen, där omvårdnadspersonalen kontakter distriktssköterskorna om de har frågor om medicin, känner sig osäkra, upptäcker fel eller problem med medicinhanteringen. Likadant kan distriktssköterskan kontakta omvårdnadspersonalen för information om medicinändringar.

”Alltså, vi har, vi sitter intill varandra här, vi träffas ju liksom flera gånger varje dag. Och vi har nära samarbete, dem kan alltid nå mig per telefon, jag kan nå dem, så att vi har nära till varandra. Så att jag litar på att undersköterskan hör av sig om det är något som är oklart liksom, om det är otydligt på en läkemedelslista eller likadant som om jag informerar om det har blivit några förändringar och så att.” (Informant 10)

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att initiering av *avvikelsehantering* ofta handlar om stress, slarv eller tidsbrist. Distriktssköterskorna anger att de vid en avvikelse pratar med omvårdnadspersonalen om vad som hänt. Om det skulle vara fara för patientsäkerheten dras delegeringen tillbaka, men en förklaring krävs alltid till vad som hänt. Därefter planeras uppföljning, så att möjlighet ges till att kunna få tillbaka delegeringen.

”Så att avvikelserna handlar ju om ett stort område ju. Men, att man skriver avvikelser för att öka kvalitén så att. Sen att man sammanställer och går igenom, tittar på sina avvikelser. Och att man aldrig pekar ut någon enskild undersköterska.” (Informant 10)

Distriktssköterskan upplever stress och ansvar gentemot delegeringsmottagaren

Under temat Distriktssköterskan upplever stress och ansvar gentemot delegeringsmottagaren beskriver distriktssköterskorna: Kännedom om omvårdnadspersonalens kompetens, Informell kompetens och Uppfattningar om lagar.

Kännedom om omvårdnadspersonalens kompetens

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det vid medicindelegering finns *behov av kompetenshöjning* hos omvårdnadspersonal, samt *fördelar med undersköterskeutbildning* och därtill även *utbildningskrav för delegation*.

Distriktssköterskorna anser att det finns *behov av kompetenshöjning* hos omvårdnadspersonalen. Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det finns skiftande kunskaper hos omvårdnadspersonalen och att det finns svårighet med personal som inte har undersköterskeutbildning, samt vikarier och timanställda eftersom de inte är vana och inte jobbar lika ofta, där det blir mycket fel och frågor. Distriktssköterskorna beskriver att de kan känna en osäkerhet att delegera ut arbetsuppgifter till omvårdnadspersonal där de varit tveksamma på kompetensen. Distriktssköterskorna anger även att läkemedelsutbildningen behöver upprepas och försöker därför att hitta tillfällen att ha utbildning i läkemedelshantering.

”Inte en specifik, men det har varit många gånger som jag har varit osäker på att delegera ut mina arbetsuppgifter, för det är ju det vi gör, alltså delegerar ut våra egna arbetsuppgifter. Eh, där har jag varit tveksam på kompetensen, hos personen jag skulle delegera.” (Informant 4)

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det finns *fördelar med undersköterskeutbildning*. Distriktssköterskorna känner att när det är undersköterskor som anställs, blir det ofta inga problem med delegeringen eftersom de gått utbildningen och har grunden på ett annat sätt än om det anställs vårdbiträden utan någon undersköterskeutbildning.

”Eh, för det första är ju inte alla undersköterskor, utan, många, kommer ju från gatan. Är det undersköterskor så är det i regel, inte så mycket problem med delegeringen ju, då har dem gått utbildning och har liksom rätt tänk.” (Informant 1)

Distriktssköterskorna har erfarenhet att det finns *utbildningskrav för delegation*.

Distriktssköterskorna anger att omvårdnadspersonalen måste ha genomgått läkemedelsutbildningen, samt skrivit kunskapstest och därtill även praktiskt överräckt medicin hemma hos patienten, för att kunna erhålla medicindelegeringen.

”Innan man får en delegering så skall man för det första gått igenom den här utbildningen. Och sen därefter så får ju den som jag delegerar till, avlägga ett prov och det är jag som godkänner det där provet, om personen i fråga är behörig eller inte. Man måste ju ha vissa kunskaper.” (Informant 2)

Informell kompetens

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att de vid medicindelegering har en *känsla av ansvar* och *personlig självkänedom*.

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att medicindelegering leder till *känsla av ansvar*.

Distriktssköterskorna anser att det är deras ansvar att se till att omvårdnadspersonalen både har den teoretiska kunskapen och praktiska kunskapen till att erhålla en medicindelegering, eftersom de har kompetensen och står som ansvariga för medicinhanteringen.

Distriktssköterskorna anger att det finns omvårdnadspersonal som inte klarar av att ha en medicindelegering och som inte är lämpliga att utföra den arbetsuppgiften.

Distriktssköterskorna känner att om de är osäkra eller inte kan lita på omvårdnadspersonalen så delegerar de inte ut sin arbetsuppgift, för att det ska bli så säkert som möjligt.

Distriktssköterskorna beskriver att även om de delegerat ut läkemedelsdelning så har de uppsyn om att arbetet blir korrekt utfört.

”Ja ta Waran tillexempel och så, alltså då kollar jag ju alltid, har du delat, fanns det delat. Jag håller ju på något sätt min hand över alltihopa.” (Informant 9)

Distriktssköterskorna känner att deras erfarenhet om medicindelegering medfört en ökad *personlig självkänedom*. Distriktssköterskorna anger att deras erfarenhet medfört att det känns tryggare att delegera ut sina arbetsuppgifter, för att de inte tillåter sig själv att stressas. Vidare anger distriktssköterskorna att deras erfarenhet medför möjlighet att känna efter om det är något som inte stämmer, vilket gör det lättare för dem att sortera omvårdnadspersonal som är pålitliga, för att undvika att göra felbedömningar.

”Och det tror jag har med min erfarenhet att göra, att jag kan göra det, för jag, liksom man lär sig ganska så snabbt att sortera. Man lär sig att den undersköterskan är kanske inte lika pålitlig som den undersköterskan. Så att vissa vet man ju att man lär känna dem och de här kommer alltid och berättar, alltid och frågar, är väldigt försiktig, de är mer självgående.” (Informant 9)

Uppfattningar om lagar

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det vid medicindelegering finns *bristande följsamhet till delegeringslagar* och att det arbetar *omvårdnadspersonal under olika lagar och verksamheter*.

Distriktssköterskorna har erfarenhet av *bristande följsamhet till delegeringslagar*.

Distriktssköterskorna anger att enligt hälso- och sjukvårdslagen och riktlinjer får de inte delegera på grund av brist på personal och därigenom för att organisationen ska fungera.

Vidare uppger distriktssköterskorna att de inte heller får delegera, om de inte har god kännedom om personalen som de delegerar till. Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det kommer in mycket omvårdnadspersonal i hemtjänst och jobbar, som måste få delegering för att organisationen ska fungera och där de ibland enbart träffat personen vid ett tillfälle innan de erhåller delegation. Distriktssköterskorna anger att problemet främst är vikarier, där de inte kan leva upp till lagen om god kännedom. Distriktssköterskorna upplever att arbetsledaren inte alltid förstår vikten av att det blir rätt, utan personal behövs och behovet styr.

”God kännedom, säger lagen, ja, du måste delegera dem nu för dem ska börja jobba imorgon, säger arbetsgivaren. Så heter det att du måste ha god kännedom, och det får inte vara för att organisationen ska fungera, men det är det ju.” (Informant 2)

Distriktssköterskorna uppger att för att omvårdnadspersonalen ska kunna jobba, måste de ta emot medicindelegering för att nästan alla patienter har medicin och det skulle vara opraktiskt om de inte kunde överlämna medicin, då verksamheten inte skulle fungera.

Distriktssköterskorna anger att det därför är viktigt att betona att delegeringen är frivillig, eftersom detta inte alltid annars framkommer vid anställning.

”Och som sagt därför är vi väldigt noga med betoningen om att det är frivilligt, när de går utbildningen, för det kanske inte framkommer när de söker sommarjobbet. Utan det är kanske något man tror på automatik att det ingår, för att sektionschefen ute för hemtjänstgrupper eller LSS bostäder, vill ju såklart att så många som möjligt ska ha delegering för att deras verksamhet ska fungera.” (Informant 3)

Distriktssköterskorna anger att de arbetar enligt hälso- och sjukvårdslagen i hemsjukvården och att omvårdnadspersonalen som de delegerar till jobbar enligt Socialtjänstlagen i

hemtjänst. Distriktssköterskorna har erfarenhet av att det blir bekymmer med *omvårdnadspersonal under olika lagar och verksamheter*. Distriktssköterskorna anger att när omvårdnadspersonalen erhållit sin delegering blir de hälso- och sjukvårdspersonal, men det är bara för den uppgiften, annars jobbar de enligt Socialtjänstlagen. Distriktssköterskorna får förklara för omvårdnadspersonalen att det finns lagar och riktlinjer som styr vad de ska göra, för att de ska veta vad de sysslar med.

”För vi är ju ändå HSL personal, vi som har vår legitimation och de tillhör ju Sol, men när de får sin delegering så är de givetvis HSL personal. Med det är ju bara för den uppgiften, annars så jobbar de i Sol, och det tycker jag är ett problem.” (Informant 2)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Trovärdighet i kvalitativa studier hänvisar till hur väl forskningsprocessen genomförts genom att vidta åtgärder som utgår från följande begrepp: giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman 2004; Lundman & Graneheim 2012). Utifrån syftet valdes en kvalitativ design med intervjuer, för att beskriva informanternas upplevda erfarenheter (Henricsson & Billhult 2012). Författaren ansåg det vara relevant att använda intervjuer som en datainsamlingsmetod, då det ger möjlighet till att förstå informanternas erfarenhet genom eget berättande, samtidigt som tillförlitligheten stärks då lämplig datainsamlingsmetod använts (Danielson 2012).

Elva distriktssköterskor ingick i studien och hade mellan tio till tjugosex års erfarenhet av medicindelegering, vilket kan ses som en styrka i studien eftersom det ökar möjligheten till variationer i erfarenheter i det som studeras utifrån olika aspekter, samtidigt som det stärker giltigheten i studien (Graneheim & Lundman 2004; Lundman & Graneheim 2012). Resultatet redovisas dock utifrån tio distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering, eftersom en distriktssköterska inte samtyckte till att bli ljudinspelad under intervjun. Det medförde svårighet för författaren att använda sig av intervjun, på grund av att det var svårt att komma ihåg exakt vad som sagts under intervjun, samt bristande erfarenhet att anteckna ner mycket textmaterial under högt tempo genom intervjun och därtill även att det inte fanns tillräckligt med antecknat textmaterial till en djupare analys. Det kan ses som en styrka i studien att intervjun som inte ljudinspelades, inte användes i resultatet, då förfarandet av analysprocessen

i en kvalitativ innehållsanalys, innebär analys av ordagrant transkriberat textmaterial för att kunna nå en djupare analys. Eventuellt skulle informationsbrev till distriktssköterskorna (bilaga 3) kunna innehålla information om att intervjuerna skulle ljudinspelats vid samtycke om detta.

Urvalet genomfördes med hjälp av chefer, som ombads att bistå med kontaktinformation till distriktssköterskorna för deltagandet i studien. Kontaktinformationen som erhöles av cheferna kan ha påverkat resultatet. Cheferna kan ha valt ut distriktssköterskor med längre erfarenhet och kompetens, vilket kan ha medfört ett annorlunda resultat, än om det valts distriktssköterskor som haft mindre erfarenhet och kompetens. Intervjuerna utfördes i ett avskilt rum på distriktssköterskans arbetsplats på deras arbetstid. En nackdel med att intervjuerna utfördes på deras arbetsplats och arbetstid var att några kunde bli avbrutna och stressade över att intervjun kunde ta tid från deras arbetsuppgifter. Författaren anser dock inte att det påverkat innehållet i intervjuerna eller resultatet. Miljön runt intervjuerna kunde blivit mindre ostörd, om de genomförts på en annan plats än distriktssköterskans arbetsplats. Samtidigt som det kanske hade blivit svårare för distriktssköterskorna att känna sig trygga och bekväma, om intervjuerna hade genomförts i en annan miljö än deras arbetsplats.

Semistrukturerade intervjuer användes för att utforma frågor för det område som valdes att studeras (Danielson 2012). En intervjuguide (bilaga 5) användes med öppna formulerade frågor. Distriktssköterskorna kunde ha svårt att till en början svara på de öppna frågorna eftersom de upplevde frågorna vara stora. Fördelen med intervjufrågorna var att de kunde förklaras om det behövdes. Nackdelen med stora och öppna frågor är att det kan ställa stora krav på intervjuaren att förklara frågan tydligt och risk finns att ämnen som är intressanta inte uppmärksammas eller följs upp. Följdfrågor användes under intervjuerna, vilket medförde det vara extra viktigt för författaren att aktivt lyssna in informantens svar, för att kunna ställa rätt följdfråga. Författaren inledde med att informera om studien och dess syfte innan intervjun påbörjades, detta eftersom det förekom viss nervositet hos informanterna då intervjuerna ljudinspelades. Intervjuerna varade i cirka 45 minuter och frågorna som användes i intervjuguiden gav informationsrika beskrivningar. Fördelen med att intervjuerna ljudinspelades var att de gav obegränsade möjligheter att höras om på nytt och möjlighet till att ordagrant transkribera informanternas utsagor, vilket ökar tillförlitligheten i studien (Danielson 2012).

Analys av datamaterial bearbetades utifrån kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004). Författaren ansåg att innehållsanalysen var lämplig att använda eftersom den fokuserar på tolkning av texter (Lundman & Graneheim 2012). Innehållsanalysen genomfördes på både manifest och latent tolkningsnivå, vilket kan ses som en fördel då helheten inte går förlorad i text som kan bli allt för detaljerad, samt som en viss grad av tolkning krävs för att resultatet ska bli förståeligt och meningsfullt (Graneheim & Lundman 2004; Lundman & Graneheim 2012). Varje steg i analysarbetet har bearbetats utifrån författarens egen tolkningsmöjlighet och tankeskapelse till konsekvent framtagna koder och kategoribenämningar, där tillförlitligheten av resultatet hade kunnat stärkas ytterligare om flera forskare hade genomfört analysprocessen tillsammans. Ett exempel på analysprocessen (tabell 1) har använts för att förtydliga de olika stegen i innehållsanalysen, samt redovisas citat från intervjuer till läsaren, vilket ökar giltigheten i studien (Graneheim & Lundman 2004; Lundman & Graneheim 2012).

Det finns en förförståelse eftersom författaren praktiserande som sjuksköterskestudent i hemsjukvården. Författaren har under arbetets gång reflekterat och försökt att sätta sin tolkning och förförståelse åt sidan för att inte påverka resultatet i studien. Förförståelsen kan dock inte undvikas helt eftersom författaren är medskapare av texten och resultatet (Lundman & Graneheim 2012).

Överförbarhet handlar om huruvida resultatet i studien kan överföras till andra människor eller situationer. Överförbarheten av resultatet i studien kan kopplas till hemsjukvården där distriktssköterskorna arbetar, dock är det läsaren som bedömer om resultatet är överförbart till en annan kontext (Lundman & Graneheim 2012).

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie visar att det finns en brist på distriktssköterskor där medicindelegeringar utfärdas för att verksamheten ska fungera, eftersom de hade behövt vara många fler för att hinna överrätta medicinen själva. Detta bekräftas i flera studier som visar att tillgången till formellt kompetent anställd personal inte är tillräcklig, där medicindelegeringen i många fall används för att lösa personalbrist och ses som en nödvändighet eftersom de inte har tid att administrera medicinen själva (Kapborg & Svensson 1999; Axelsson & Elmståhl 2004; Socialstyrelsen 2008; Craftman et al. 2012). Socialstyrelsen (2008) skriver i en undersökning att medicindelegeringar bör ges restriktivt och hanteras av så få som möjligt för patientsäkerhetens skull. Vidare framkommer det att tillgången till

distriktssköterskor inte är tillräcklig, samtidigt som distriktssköterskorna hanterar ett för stort antal delegeringar vilket går emot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift (Socialstyrelsen 2008). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall det finnas personal för att god vård skall kunna ges. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) skriver att kommunen är skyldig att se till att det finns bemannad personal med formell kompetens i nödvändig omfattning, så att delegeringen enbart skall användas i undantagsfall. Det är anmärkningsvärt att medicinska delegeringar görs slentrianmässigt och används av organisatoriska skäl såsom brist på personal, vilket även framkommer i föreliggande studie. Det tyder på att behovet och utfärdandet av medicindelegeringar är stort inom den kommunala hemsjukvården. Eventuellt skulle det på ledningsnivå kunna göras bestämmelser om att anställa mer legitimerad personal för att täcka upp det medicinska behovet och att kunna arbeta med delegeringsbeslut mer restriktivt. Detta skulle till viss del eventuellt möjliggöra för distriktssköterskor att administrera medicin själv till patienter.

I föreliggande studie framkom behov av omvårdnadspersonal och stress vid medicindelegering till vikarier. Studien visar att det finns ett stort behov av omvårdnadspersonal, eftersom det i hemtjänsten arbetar mycket personal som tas in under kortare tid, där personalen inte alltid består av undersköterskor, utan av tillfällig personal som vårdbiträden och vikarier som främst behövs vid sjukdom och under semestrar. Vidare framkom stress vid medicindelegering till vikarier, framförallt under sommaren där medicindelegeringarna ansågs forceras fram. Distriktssköterskorna uppger att samtidigt som all omvårdnadspersonal behöver medicindelegering så måste de försäkra sig om att omvårdnadspersonalen kan hantera arbetsuppgiften som de tar på sig och att delegeringen inte sker slentrianmässigt. Detta bekräftas i en studie av Törnkvist & Strender (1998) där delegeringen ansågs vara tidskrävande och att det var för mycket undersköterskor att lära känna och för stor omsättning av personal. Detta styrks även i en studie av Craftman et al (2012) där distriktssköterskorna hade svårt att följa upp undersköterskans delegationsarbetsuppgifter på grund av tidsbrist och hög personalomsättning. I en studie av Alcorn & Topping (2009) uppfattade sjuksköterskor att den ökade omsättningen av omvårdnadspersonal berodde på att deras arbetskraft var mindre kostnadseffektivt samtidigt som det i sin tur kunde medföra mindre kontakt med patienterna. I en studie av Reinhard, Young, Kane och Quinn (2006) diskuteras att det för sjuksköterskorna inte är möjligt att utföra alla arbetsuppgifter, med tanke på de resurser som finns. Det ökade behovet av medicindelegeringar i denna studie kan sannolikt vara kopplat till behov av

omvårdnadspersonal, stress vid medicindelegering till vikarier och brist på distriktssköterskor, eftersom delegeringar utfärdas för att verksamheten skall fungera. De negativa konsekvenserna med denna växande hemsjukvårdsutveckling är att distriktssköterskorna kan få mindre kontakt med omvårdnadspersonalen och patienterna. En lösning till denna problematik skulle återigen kunna vara att anställa formellt kompetent personal i tillräcklig utsträckning för att säkerställa en trygg och säker vård gentemot delegerad personal och patienterna.

Denna studie visar att distriktssköterskorna har erfarenhet av att det finns behov av kompetenshöjning hos omvårdnadspersonalen vid medicindelegering, som kan bero på otillräckligt med läkemedelsutbildning. Den som mottar en delegering skall vara reellt kompetent, vilket innebär att ha erfarenhet genom praktisk yrkesverksamhet eller erhållit kompetens genom utbildning (SOSFS 1997:14). Distriktssköterskan ansvarar för att kontinuerligt kontrollera kompetens och erfarenhet samt förvissa sig om att omvårdnadspersonal som tar emot delegeringen utför uppgiften på ett korrekt och säkert sätt (SOSFS 1997:14; SOSFS 2000; Socialstyrelsen 2008). Föreliggande studie visar att det anställs personal som inte har undersköterskeutbildning, det vill säga vårdbiträden, samt vikarier och timanställda, med behov av kompetenshöjning vid medicindelegering, eftersom det ofta blir fler frågor och fel än med personal med undersköterskeutbildning. Detta styrks i en studie av Ödegård & Andersson (2001) där det visade sig att vårdbiträden hade större risk att begå medicinska misstag än undersköterskor, samtidigt som omvårdnadspersonal med utbildning i delegering hade bättre kunskaper än personal utan delegering. I en studie av Hasson & Arnetz (2008) skattade undersköterskorna sin kunskap om läkemedel som otillräcklig och kunskapsutveckling ansågs vara nödvändig. I en annan studie av Axelsson & Elmståhl (2004) visas på undersköterskors kunskapsbrister inom läkemedel, där det finns ett behov av mer utbildning och personal med mer kompetens. Även i en studie av Craftman et al (2012) ansåg distriktssköterskorna att omvårdnadspersonalen kunde ha mycket varierande kunskaper och där mer läkemedelsutbildning föreslogs för att öka patientsäkerheten. Alcorn & Topping (2009) visar i sin studie att omvårdnadspersonalen är i behov av mer kompetens och undervisning för att kunna ta ansvar för sina handlingar. Det visas även i en studie av Kapborg & Svensson (1999) ha identifierats bristande rutiner i samband med läkemedelshantering på grund av brist på utbildning och kompetens. Enligt Reinhard et al (2006) finns det ett behov av mer kompetens, samordning, kommunikation och utbildning vid medicindelegering hos omvårdnadspersonal för att förbättra patientsäkerheten. I likhet med

Hasson & Arnetz (2008), Axelsson & Elmståhl (2004), Craftman et al (2012), Alcorn & Topping (2009), Kapborg & Svensson (1999) och en studie av Reinhard et al (2006) visar även föreliggande studie att det finns ett behov av kompetenshöjning och utbildning till omvårdnadspersonal för att upprätthålla patientsäkerheten. För att upprätthålla kompetensen hos omvårdnadspersonalen kan kontinuerliga läkemedelsutbildningar från kommunen eller av legitimerad personal genomföras med regelbundna mellanrum för att säkerställa kunskap och kompetens. Delegeringsförfarandet hade kunnat undvikas helt om det i undersköterskeutbildningen ingått läkemedelsutbildning med legitimation. Eventuellt skulle det på ledningsnivå kunna göras bestämmelser om att inte anställa personal utan undersköterskeutbildning för att minska risken att begå medicinska misstag och se till att det finns anställd personal med reell kompetens till varje insats som skall göras.

Resultatet av denna intervjustudie visar på bristande följsamhet till delegeringslagar, där bestämmelserna i lagarna inte alltid kan följas på grund av hög omsättning av omvårdnadspersonal som behöver delegeras för att organisationen skall fungera. I en studie av Ericson-Lidman, Norberg, Persson & Strandberg (2013) framkom det att vårdpersonal kände sig tvungna att följa riktlinjer trots att dessa inte verkade bidra till bättre vård för patienten, på så sätt att riktlinjerna beskrevs förhindra att ägna tid för att ge personcentrerad vård. Enligt Reinhard et al (2006) visade det sig att sjuksköterskorna upplevde en otillräcklig vägledning från statliga beslutsfattare i allmänhet. I en studie av Kaernsted & Bragadóttir (2012) framkom att ett fåtal sjuksköterskor överhuvudtaget inte kände till det juridiska ansvaret när det kom till delegering och där delegeringen sågs som en förutsättning för en fungerande organisation. Verksamhetschefen och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att det ska finnas direktiv och lokala rutiner för läkemedelshantering (SOSFS 2000:1), där den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har det yttersta ansvaret för delegeringar och att tillgodose patientsäkerheten inom verksamhetsområdet i den kommunala hemsjukvården (SOSFS 1997:14). Delegeringar i hemsjukvården har ökat och ges i många fall på grund av personalbrist, vilket strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift (SOSFS 1997:14) (Kapborg & Svensson 1999; Axelsson & Elmståhl 2004; Socialstyrelsen 2008; Craftman et al. 2012). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) får delegeringen inte användas av organisatoriska skäl såsom brist på personal. Vidare bör delegeringar ges restriktivt och så få som möjligt vara inblandade i läkemedelshanteringen (SOSFS 2000:1). I en studie av Kapborg & Svensson (1999) framkom det att delegeringar användes för att lösa personalbrist. I en annan studie av Craftman et al (2012) framkom att

distriktssköterskorna saknade stöd från beslutsfattare om ansvar för medicindelegering på grund av tidsbrist och hög personalomsättning att kunna följa upp undersköterskans delegationsarbetsuppgifter. Även i en studie av Axelsson & Elmståhl (2004) följdes inte regler kring medicindelegering som en följd av personalbrist. Bristande följsamhet till delegeringslagar i föreliggande studie förmodans i likhet med Kapborg & Svensson (1999), Craftman et al (2012) och Axelsson & Elmståhl (2004) bero på att tillgången till distriktssköterskor inte är tillräcklig och hög omsättning av omvårdnadspersonal, där behovet av medicindelegering för att organisationen ska fungera styr och där patientsäkerheten kan åsidosättas. Som tidigare nämns, skulle mer legitimerad personal kunna anställas för att täcka upp det medicinska behovet och att kunna arbeta med delegeringsbeslut mer restriktivt. Detta skulle kunna ge mer tid till handledning av omvårdnadspersonal för att se till att det finns kompetens till varje insats som skall göras. Med tanke på att delegeringar skall ges restriktivt, skulle den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som har det yttersta ansvaret för delegeringar och patientsäkerhet, kunna sätta direktiv för vilket antal delegeringar per distriktssköterska som anses vara rimligt att ansvara för. För att sedan upprätthålla direktivet för antalet delegeringar per distriktssköterska, skulle kontinuerliga uppföljningar kunna ske hos distriktssköterskorna för att säkerställa att antalet delegeringar inte överskrids. Om dessa direktiv mot förmodan skulle överskridas skulle den medicinskt ansvariga sjuksköterskan kunna utarbeta rutiner för att balansera ut delegeringsbesluten mellan distriktssköterskorna. En viktig aspekt att beakta, som distriktssköterskorna har erfarenhet av i denna studie, är att hemtjänst- och hemsjukvårdsverksamheterna skiljer sig åt eftersom det har olika chefer, där omvårdnadspersonal anställs av hemtjänst och inte av hemsjukvården. Detta kan leda till att chefer i hemtjänst ser behovet av medicindelegering till omvårdnadspersonal på ett annat sätt, än om de anställts av chefer i hemsjukvården, vilket kan leda till bristande följsamhet till delegeringslagar. Detta gör det extra viktigt att visa att lagar och författningarna finns att stå bakom i situationer där följsamheten till dem kan brista. För att inte gå emot delegeringsföreskrifterna som legitimerad personal är det viktigt att arbeta mer restriktivt med delegeringsbesluten, för att synliggöra för Socialstyrelsen att hemsjukvårdsverksamheterna inte fungerar utan medicindelegeringar.

Konklusion

Resultatet av denna studie visar att distriktssköterskorna utfärdar medicindelegering som en förutsättning för en fungerande organisation. Faktum är att behovet av medicindelegeringar är stort inom den kommunala hemsjukvården. Det framkom en brist på distriktssköterskor som

inte hade tid till att administrera medicinen själva. Studien visar att stress upplevs av distriktssköterskorna vid medicindelegering till vikarier och att det finns behov av omvårdnadspersonal. Det framkom att distriktssköterskorna har erfarenhet av att det finns behov av kompetenshöjning och utbildning till omvårdnadspersonal vid medicindelegering. Slutligen visar studien på bristande följsamhet till delegeringslagar, där bestämmelserna i lagarna inte alltid kan följas på grund av hög omsättning av omvårdnadspersonal, som delegeras för att organisationen skall fungera.

Detta resultat kan användas för att åskådliggöra de skillnader som kan ses mellan klinisk praxis och de lagar som distriktssköterskeprofessionen i hemsjukvårdsverksamheten är skyldiga till att följa i sitt dagliga arbete, för att patientsäkerheten inte ska äventyras. Föreliggande studie kan även bidra med kunskap inför framtida förbättringsarbete gällande rutiner vid medicindelegering till undersköterskor, där det finns behov av mer kompetens och utbildning, och för att öka patientsäkerheten. Förslagsvis hade en servicepatrull kunnat utföra alla hälso- och sjukvårduppdrag att administrera medicin, eller så skulle det i undersköterskeutbildningen kunnat ingå läkemedelsutbildning med legitimation, där delegeringsförfarandet hade kunnat undvikas helt.

Förslag till vidare forskning

Det hade varit intressant att studera vidare hemtjänst- och hemsjukvårdschefers och den medicinskt ansvariga sjuksköterskans erfarenheter och syn på delegeringar och delegeringslagar.

Det hade även varit betydelsefullt att studera vidare om vilka direktiv den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har till antal medicindelegeringar per distriktssköterska och hur dessa direktiv bibehålls och följs upp hos personalen för att upprätthålla patientsäkerheten, detta med tanke på att antalet delegeringar ökat, samtidigt som de ofta ges på grund av personalbrist och för att verksamheten ska fungera.

REFERENSER

- Alcorn, J. & Topping, AE. (2009). Registered nurses' attitudes towards the role of the healthcare assistant. *Nursing Standard*, 23(42), ss. 39-45.
- Axelsson, J. & Elmståhl, S. (2004). Home care aides in the administration of medication. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(3), ss. 237-243.
- Baid, H., Bartlett, C., Gilhooly, S., Illingworth, A. & Winder, S. (2009). Advanced physical assessment: the role of the district nurse. *Nursing Standard*, 23(35), ss. 41-46.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad – Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Craftman, A.G., Strauss, E., Rudberg, S.L. & Westerbotn, M. (2012). District nurses' perceptions of the concept of delegating administration of medication to home care aides working in the municipality: A discrepancy between legal regulations and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22, ss. 569-578.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 163-190.
- Dunér, A. & Blomqvist, K. (2009). Vårdkedjans aktörer och organisering. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.) *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur, ss. 183-211.
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I Edvardsson, D. (red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, ss. 29-49.
- Ericson-Lidman, E., Norberg, A., Persson, B. & Strandberg, G. (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Nordic College of Caring Science*, 27, ss. 215-223.

Furåker, C. (2008). Registered Nurses' views on their professional role. *Journal of Nursing Management*, 16, ss. 933–941.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, ss. 105-112.

Gunnarsson, E., Gusdal, A., Jarl, E.M., Johansson, I., Rising, I., Strender, I., Törnvall, E. & Östlinder, G. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Danagård: Grafiska.
<http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1> [2014-03-24]

Hasson, H. & Arnetz, J. (2008). Nursing staff competence, work strain and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), ss. 468-481.

Henricsson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 129-137.

Hylen-Ranhoff, A. & Bordahl, B. (2010). Äldre och läkemedel. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk omvårdnad – God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber, ss. 156-164.

Josefsson, K. (2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg*. Stockholm: Gothia Förlag.

Kaernsted, B. & Bragadóttir, H. (2012). Delegation of registered nurses revisited: attitudes towards delegation and preparedness to delegate effectively. *Vård i Norden*, 32(1), ss. 10-15.

Kapborg, I. & Svensson, H. (1999). The nurse's role in drug handling within municipal health and medical care. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), ss. 950-957.

Kjellgren, K. (2013). Kommunikation och läkemedel. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur, ss. 335-375.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 69-92.

Levy, E. (2013). *Hemsjukvård*. Stockholm: Sanoma Utbildning.

Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187-201.

Reinhard, S., Young, H., Kane, R. & Quinn, W. (2006). Nurse delegation of medication administration for older adults in assisted living. *Nursing Outlook*, 54(2), ss. 74-80.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ [2014-03-14]

SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Riksdagen.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1998531-om-yrkesverksam_sfs-1998-531/ [2014-03-15]

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2014-03-25]

Socialstyrelsen (2006). *Vård- och omsorgsassistenters kompetens– en litteraturgenomgång*.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9657/2006-123-39_200612339.pdf [2015-01-15]

Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer.*

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf [2014-03-11]

SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.* Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/12727/1997-10-14.pdf> [2014-03-14]

SOSFS 2000:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1> [2014-03-14]

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur.

Törnkvist, L. & Strender, L.E. (1998). Delegering av läkemedelshandling i öppen vård. *Vård i Norden*, 18(2), ss. 4-11.

Vetenskapsrådet (2002). *Vetenskapsrådet Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.*

http://lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf [2015-01-04]

Ödegård, S. & Andersson, D.K.G. (2001). Knowledge of diabetes among personnel in home-based care: how does it relate to medical mishaps? *Journal of Nursing Management*, 9(2), ss. 107-114.

Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.) *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling.* Lund: Studentlitteratur, ss. 371-401.



Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-20 30 00
www.hkr.se

Sektionen för hälsa och samhälle

INFORMATIONSBREV TILL XXX CHEF

Ärende: Ansökan om tillstånd att intervjua distriktssköterskor om deras erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård.

Bästa xxx chef,

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor inom kommunal hemsjukvård.

Detta brev är en förfrågan om tillstånd om att få kontakta distriktssköterskor som arbetar med medicindelegering och att tillfråga dem om deltagande i intervjustudien. Intervjun beräknas att ta cirka 45 minuter i anspråk. Tid och plats för intervjun bestäms i samråd med distriktssköterska. Ämnen som kommer att fokuseras på är erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård.

Materialet från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Medverkan i studien är frivilligt och distriktssköterskan kan när som helst välja att avbryta deltagande i studien. De personuppgifter som används i studien skyddas av sekretess enligt 9 kap 4 § sekretesslagen och 3 § sekretessförordningen (1980:657). Ingen obehörig får tillgång till materialet och de som arbetar i studien har tystnadsplikt.

Ansvariga för studien är

Distriktssköterskestudent
Johanna Voutsinas
Leg. Sjuksköterska
E-post: XXXXXXXXXXXX@stud.hkr.se
Tel: XXXXXXXXXXXX

Handledare
Zada Pajalic
Dr. med. vet., Universitetslektor
E-post: XXXXXXXXXXXX@hkr.se
Tel: XXXXXXXXXXXX



Högskolan Kristianstad

291 88 Kristianstad

044-20 30 00

www.hkr.se

Sektionen för hälsa och samhälle

SKRIFTLIGT INFORMERAT SAMTYCKE TILL XXX CHEF

Begäran om att få genomföra studien med titel: ”Distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering inom kommunal hemsjukvård”

Härmed ges tillstånd gällande begäran att kontakta distriktssköterskor och genomföra datainsamling.

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Befattning

Enhet

Ort, datum



Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-20 30 00
www.hkr.se

Sektionen för hälsa och samhälle

INFORMATIONSBREV TILL DISTRIKTSKÖTERSKA

Till dig som arbetar som Distriktssköterska inom hemsjukvården: Vill du delta in en studie med temat ”*Distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård*”.

Bästa Distriktssköterska,

I xxx kommun planeras en studie med fokus på att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård. Utvecklingen av hemsjukvården har lett till ett ökat antal delegeringar där det främst är läkemedelshantering som delegeras. Läkemedelshantering är ett riskområde eftersom flera personer är inblandade i hanteringen. Distriktssköterskan har en central roll i att delegera medicin på ett patientsäkert sätt. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård.

Du tillfrågas härmed om att delta i studien. Medverkan i studien innebär att Du deltar i en intervju som beräknas att ta cirka 45 minuter i anspråk. Tid och plats för intervjun bestäms i samråd med Dig. Ämnen som kommer att fokuseras på är erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård.

Materialet från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Medverkan i studien är frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta deltagande i undersökningen. De personuppgifter som används i projektet skyddas av sekretess enligt 9 kap 4 § sekretesslagen och 3 § sekretessförordningen (1980:657). Ingen obehörig får tillgång till materialet och de som arbetar i undersökningen har tystnadsplikt.

Ansvariga för studien är

Distriktssköterskestudent
Johanna Voutsinas
Leg. Sjuksköterska
E-post: XXXXXXXXXXXX@stud.hkr.se
Tel: XXXXXXXXXXXX

Handledare
Zada Pajalic
Dr. med. vet., Universitetslektor
E-post: XXXXXXXXXXXX@hkr.se
Tel: XXXXXXXXXXXX



Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-20 30 00
www.hkr.se

Sektionen för hälsa och samhälle

SKRIFTLIGT INFORMERAT SAMTYCKE TILL DISTRIKTSSKÖTERSKA

”Distriktssköterskors erfarenheter av medicindelegering till undersköterskor i kommunal hemsjukvård”

Jag har informerats och förstått information om studien, fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag har även tagit del av att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst under studien kan avbryta medverkan utan att behöva ange orsak eller att det för med sig negativa konsekvenser.

Här med samtycker jag till deltagande i intervjustudien.

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Befattning

Enhet

Ort, datum

Jag vill intervjua dig om vilken erfarenhet du har av medicindelegering till undersköterskan. Ta din tid till varje fråga och prata gärna så fritt och öppet som möjligt.

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska i hemsjukvården?

Hur länge har du arbetat med medicindelegering?

Frågor:

Berätta om vilken erfarenhet du har av medicindelegering?

❖ Kan du berätta om en specifik situation?

Vad upplever du som hindrande i arbetet med medicindelegering till undersköterskan?

❖ Kan du berätta om en specifik situation?

❖ Hur hanterade du detta?

Vad upplever du som gynnsamt i arbetet med medicindelegering till undersköterskan?

❖ Kan du berätta om en specifik situation?

Hur upplever du medicindelegering påverka omvårdnadsarbetet?

❖ Kan du berätta om en specifik situation?

Hur ser du på samarbetet mellan dig och undersköterskan vid medicindelegering?

❖ Kan du berätta om en specifik situation?

Hur ser du på behovet kring undervisning om medicindelegering till undersköterskan?

❖ Kan du berätta om en specifik situation?

Hur ser du på lagar som styr delegering?

Hur ser du på medicindelegering och patientsäkerhet?

❖ Kan du berätta om en specifik situation?

Hur anser du att medicindelegeringen kan utvecklas?

Har du något att berätta för mig, som jag inte har frågat?

Följdfrågor:

- Kan du utveckla
- Hur/vad menar du
- På vilket sätt då
- Vad tänkte du då