

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:91

Läkemedelsdelegering på gott och på ont
En fenomenologisk studie utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter

Evelina Frisk
Anna Vilhelmsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Läkemedelsdelegering på gott och på ont: En fenomenologisk studie utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter

Författare: Evelina Frisk, Anna Vilhelmsson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska

Handledare: Camilla Eskilsson

Examinator: Johan Herlitz

Sammanfattning

Inom kommunal hemsjukvård utfärdar distriktssköterskor ofta läkemedelsdelegering till omvårdnadspersonal i hemtjänsten. Tidigare studier och kartläggningar har visat på svårigheter att följa gällande föreskrifter kring läkemedelsdelegeringar. När föreskrifterna inte följs kan det få till följd att patientsäkerheten inte upprätthålls. Tidigare studier har framförallt fokuserat på distriktssköterskans erfarenheter av läkemedelsdelegering. Syftet med studien är att beskriva läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter. Studien hade en fenomenologisk ansats med en livsvärldsteoretisk grund. Åtta intervjuer med vårdbiträden och undersköterskor inom hemtjänsten inkluderades i resultatet. Intervjuerna analyserades utifrån beskrivande innebördsanalys vilket resulterade i tre innebördsteman. Läkemedelsdelegering innebär ett oundvikligt åtagande på gott och ont. Det ses som en självklarhet att arbeta utifrån läkemedelsdelegering eftersom i stort sett all personal inom hemtjänsten har en delegering. Uppgiften kan upplevas påtvingad men också rolig och utvecklande. Läkemedelsdelegering innebär en skyldighet att ta ansvar för uppgiften och följa de regler och rutiner som finns. För att kunna göra det har hemtjänstpersonalen rätt att få den utbildning och det stöd som krävs från distriktssköterskan. Läkemedelsdelegering kan innebära att hemtjänstpersonalen självständigt behöver hantera svårigheter som uppstår vid läkemedelsadministreringen. Det kan skapa en känsla av utsatthet. När samarbetet med distriktssköterskan inte fungerar tillfredsställande eller distriktssköterskan har en nedvärderande attityd kan också en känsla av utsatthet och ensamhet uppstå. Genom att identifiera svagheter i processerna kring läkemedelsdelegering kan de säkras för att skapa en hållbar utveckling. Här har distriktssköterskan ett ansvar att se till att hemtjänstpersonalen har den kompetens som krävs för uppgiften samt ett ansvar att skapa goda relationer mellan yrkesgrupperna.

Nyckelord: Läkemedelsdelegering, hemtjänstpersonal, kommunal hälso- och sjukvård, distriktssköterska, patientsäkerhet, kvalitativ forskning, livsvärld

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kommunal vård och omsorg	1
Hemsjukvård	1
Hemtjänst	2
Läkemedelsdelegering	2
Det vårdande mötet	3
Vårdande utifrån ett livsvärldsperspektiv	3
Vikten av ett gott samarbete i delegeringsprocessen	4
Patientsäker vård	4
Svårigheter att följa föreskrifter	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
Ansats	7
Deltagare	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
Etiska överväganden	10
RESULTAT	10
Öundvikligt åtagande på gott och på ont	10
Rättigheter och skyldigheter	12
Känsla av utsatthet och ensamhet	13
DISKUSSION	16
Resultatdiskussion	16
Läkemedelsdelegering – ett hot mot patientsäkerheten?	16
Utbildning och kompetens	17
Ömsesidigt förtroende och respekt	19
Distriktssköterskans ansvar	19
Metoddiskussion	20
Objektivitet	20
Validitet	20
Generaliserbarhet	22
SLUTSATSER	23
Kliniska implikationer	23
Förslag till fortsatt forskning	23
REFERENSER	24

Bilaga 1	_____
Bilaga 2	_____
Bilaga 3	_____
Bilaga 4	_____
Bilaga 5	_____

INLEDNING

En viktig uppgift för distriktssköterskor inom kommunal hemsjukvård är att utfärda läkemedelsdelegeringar till omvårdnadspersonal inom hemtjänsten. Vi har i vårt eget arbete i hemsjukvården uppmärksammat att rutinerna kring delegering inte alltid fungerar som de ska. Tidsbrist gör att utbildning och uppföljning kring delegeringar blir lidande och vi har sett många avvikelserapporter gällande läkemedelshanteringen. Enligt Sveriges kommuner och landsting (2011, s. 14) är läkemedelshanteringen i den kommunala hälso- och sjukvården och sociala omsorgen ett av de största riskområdena när det gäller patientsäkerheten. Det är därför av stor vikt att rutiner kring läkemedelsdelegering fungerar tillfredsställande för att undvika vårdskador hos patienterna. Vår upplevelse är att hemtjänstpersonal inte har så mycket att säga till om när det gäller läkemedelsdelegering, utan att de måste ta emot en delegering för att kunna arbeta. Vi är därför intresserade av att beskriva läkemedelsdelegering utifrån deras perspektiv. Det känns angeläget att få ta del av deras erfarenheter för att få möjligheten att förbättra samarbetet, förbättra rutiner och skapa en mer hållbar utveckling kring läkemedelsdelegeringar. Detta i sin tur gynnar patienterna som kan få en trygg och säker vård.

BAKGRUND

Kommunal vård och omsorg

Nedan beskrivs hur den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgsorganisationen i Sverige är uppbyggd.

Hemsjukvård

Enligt Socialstyrelsen (2008) beskrivs hemsjukvård som den del av primärvården som bedriver hälso- och sjukvård när den utförs i hemmet. Ädelreformen verkställdes i Sverige 1992 och innebar att vård och omsorg genomfördes med fokus på den äldre patienten. Reformen resulterade även i att kommunerna fick ansvaret för sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården, dock skulle läkarna även fortsättningsvis tillhöra landstinget (Socialstyrelsen 2008, s. 6–7). Inom hemsjukvården är yrkesutövaren antingen legitimerad personal eller vårdpersonal med delegering gällande den specifika uppgiften (Socialstyrelsen 2008, s. 14). Hemsjukvård i Sverige innebär medicinska insatser, rehabilitering, rehabilitering samt omvårdnadsåtgärder som genomförs i hemmet av legitimerad sjukvårdspersonal. Att vårdas i hemmet innebär för många individer en trygghet och det kan även snabba på tillfrisknandet hos en individ som exempelvis drabbats av en allvarlig sjukdom (Socialstyrelsen 2014). Det krävs en hög medicinsk kompetens samt ett samarbete mellan olika professioner för att uppnå bästa möjliga livskvalitet hos patienten. Som distriktssjuksköterska i hemsjukvården krävs även en förmåga att arbeta självständigt, samt klara av att ta snabba beslut som i vissa fall kan vara livsavgörande. Som exempel kan nämnas att avgöra när arbetsuppgifter kan delegeras ut till hemtjänstpersonal eller avgöra när patienten är i behov av en läkarbedömning (Bökberg & Drevenhorn 2010, s. 92). Att arbeta som distriktssköterska i hemsjukvården innebär att ombesörja så att patienterna får ett omhändertagande och en vård som är baserad på vetenskaplig grund (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 300–301). Emellertid omfattar ansvaret inte enbart distriktssköterskans eget arbete utan de har också ett kvalitetsansvar avseende det vårdande som genomförs av bland annat undersköterskor och vårdbiträden. Det är främst distriktssköterskan som svarar för kvaliteten och säkerheten i vården liksom ansvaret för vårdmiljön genom att leda sitt arbetslag, utveckla och motivera personal samt samverka med andra i vårdkedjan (Dahlberg & Segesten 2010, s. 142).

Hemtjänst

Enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453) har personer rätt att ansöka om bistånd för att klara sin livsföring om de inte själva kan tillgodose sina behov. Hemtjänsten är en verksamhet som lyder under socialtjänsten och som arbetar med att ge bistånd till personer som behöver service och omsorg av olika slag. Det finns hemtjänstgrupper som arbetar i kommunal regi, men det finns även många privata utförare av hemtjänst (Socialstyrelsen 2016, ss. 3 - 6). Vanliga arbetsuppgifter för personal inom hemtjänsten kan vara hushållssysslor som städning och inköp. Det kan även vara att hjälpa till med personlig omvårdnad eller att följa med på sociala aktiviteter. Att administrera läkemedel på delegation är också en vanlig arbetsuppgift för hemtjänstpersonalen. En individuell bedömning ska då ha gjorts av legitimerad sjuksköterska eller distriktssköterska för att säkerställa att individen som delegeras har tillräcklig kompetens för att utföra uppgiften (Socialstyrelsen 2016, ss. 7, 28, 38). Inom hemtjänsten arbetar både undersköterskor och vårdbiträden. Utbildningen till undersköterska finns både som kommunal vuxenutbildning och som en gymnasieutbildning på vård och omsorgsprogrammet. De som saknar en yrkesutbildning inom vård- och omsorg kan bli anställda inom hemtjänsten som vårdbiträden. Med hemtjänstpersonal menas i denna studie både undersköterskor och vårdbiträden som arbetar i en hemtjänstgrupp.

Läkemedelsdelegering

I hemsjukvården är det vanligt att administrering och överlämning av läkemedel delegeras till hemtjänstpersonal som inte är legitimerad (Socialstyrelsen 2008, s. 51; Hasson & Arnetz 2008). Fortsättningsvis i studien kommer detta enbart att kallas läkemedelsdelegering. Det kan handla om att överlämna läkemedel från dosett eller dospåsar till patienter. Det kan även innebära att administrera ögondroppar, stolpiller, inhalationer eller vid behovsläkemedel. Delegering kan även utfärdas på att administrera insulin eller andra förfyllda subkutana injektioner till patienter. Delegeringsförfarandet ser olika ut i kommunerna eftersom det saknas nationella riktlinjer kring tillvägagångssättet. Som exempel på tillvägagångssätt kan Halmstad kommuns rutiner nämnas. Där fungerar det på så vis att delegeringsmottagaren först genomför ett webbaserat kunskapstest. När testet är godkänt träffar mottagaren den ansvariga distriktssköterskan för individuell utbildning. Efter att dessa moment blivit godkända av distriktssköterskan erhålls en personlig läkemedelsdelegering (Halmstad kommun 2016).

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) får en medicinsk arbetsuppgift delegeras till någon annan av hälso- och sjukvårdspersonal enbart om en god och säker vård kan garanteras. Det är den som utfärdar delegeringen som ansvarar för att personen kan klara att utföra uppgiften. En fortlöpande uppföljning ska också göras för att bedöma att personen som delegerats är noggrann, har tillräcklig kompetens och är lämplig för att utföra uppgiften. Bedrivs hemsjukvården i kommunal regi är det den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som ytterst ansvarar för att delegeringar görs på ett korrekt sätt (Socialstyrelsen 2008, s. 24, 51). Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om delegering. Där står beskrivet att delegering av en medicinsk arbetsuppgift innebär att en person inom hälso- och sjukvården som har formell kompetens för en uppgift överlåter uppgiften åt en person som inte har någon formell kompetens. Den som mottar delegeringen har istället en reell kompetens som erhållits genom fortbildning eller praktisk erfarenhet. Ett delegeringsbeslut kan gälla under högst ett år och den som delegerar är skyldig att följa upp att uppgiften utförs på ett korrekt och säkert sätt. Delegering får inte användas på ett slentrianmässigt sätt, av ekonomiska skäl eller för att lösa personalbrist utan ska endast användas i undantagsfall (SOSFS 1997:14).

Hasson och Arnetz (2008) visade i en enkätstudie att verkligheten inte överensstämmer med föreskrifterna om att delegering endast ska ske i undantagsfall. Sammanlagt 280 undersköterskor och vårdbiträden som arbetade i hemtjänsten i två olika svenska kommuner deltog. Av dem uppgav över 40 % att de utförde delegerade arbetsuppgifter dagligen. Mer än hälften av deltagarna skattade sina kunskaper kring läkemedel som otillräckliga (Hasson & Arnetz 2008). Då läkemedelsadministrering är delegerad till omvårdnadspersonal är det viktigt att tydliggöra att det är distriktssköterskan som bär på helhetsansvaret. Distriktssköterskan har alltid ett ansvar för att förstå patientens totala upplevelse av hälsa. Det innebär enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 305) att distriktssköterskan fokuserar på patientens levda erfarenheter och livsvärld för att kunna förstå hur de påverkar patientens hälsa. För distriktssköterskan innebär ansvaret att kunna se helheten, individen, närmiljön, samhället samt ekonomiska och politiska faktorer som kan påverka patientens hälsosituation (Svensk sjuksköterskeförening 2008, s. 7).

Det vårdande mötet

Studier visar att patienters kunskap gällande deras läkemedel ofta är bristande (Ulfvarsson, Bardage, Wredling, von Bahr & Adami 2007; Barat, Andreasen & Damsgaard 2001). De kan ofta sakna kunskap både om vilka läkemedel de är ordinerade eller orsaken till ordinationerna, vilket bidrar till att de känner sig otrygga och tveksamma till läkemedelsbehandlingen (Barat, Andreasen & Damsgaard 2001). Patienter önskar en kontinuitet gällande vem som vårdar dem. Med kontinuitet skapas ett ömsesidigt förtroende och en trygghet vilket underlättar för patienterna att vara delaktiga i sin vård. För att patienterna ska uppleva delaktighet behöver dialogen med vårdaren fungera tillfredsställande på så vis att information kan utbytas kontinuerligt och att tillräckligt med tid finns till förfogande (Kiessling & Kjellgrens 2004). Om patienterna upplever en otrygghet i fråga om det är rätt läkemedel som överlämnas eller om det är okända personer som överlämnar läkemedlen kan de känna sig åsidosatta och inte uppleva sig delaktiga i vården. Att inte kunna påverka vilka som kommer och överlämnar läkemedlen eller hur det görs kan också skapa en frustration eller känsla av maktlöshet, vilket även kan orsaka ett vårdlidande hos patienterna (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 215 - 218). Det har stor betydelse hur de vårdande mötena sker enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 192 - 193). Är vårdaren oengagerad eller har bråttom kan detta ha en negativ inverkan på patienters välbefinnande på så vis att de dräneras på energi. Att som patient få mötas av ett vänligt ansikte istället för ett bortvänt eller slutet kan göra stor skillnad för välbefinnandet. Vårdaren behöver därför vara medveten om sitt ansvar, att se till att interaktionen med patienten verkligen blir vårdande.

Vårdande utifrån ett livsvärldsperspektiv

Det går inte att till fullo förstå varken patienterna eller vårdarna utan att räkna med att de färgas av olika erfarenheter de har. Det har även betydelse hur deras livssituation ser ut och hur de förstår sig själva. Utifrån ett livsvärldsperspektiv kan människor därför endast förstås som levande helheter (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 32). För att kunna hjälpa patienter att uppnå hälsa behöver vårdaren därför förstå dem utifrån deras livsvärld. Vårdaren behöver förstå hur patienterna erfar och påverkas av sjukdom, lidande och vårdande utifrån det livssammanhang patienterna befinner sig i (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 126 - 127). Relationen med vårdaren är viktig för att patienter ska uppleva att deras lidande lindras. Lyckas inte vårdaren lindra eller hjälpa patienten blir det därför ingen vårdande relation.

Patienten kan då uppleva sig som ett objekt eller känna sig ensam (Kasén 2017, ss. 97, 108). Det här kan även skapa ett vårdlidande hos patienten. Hemtjänstpersonal bör ha förmågan att lyssna till vad patienten verkligen säger för att kunna hjälpa patienten att uppnå hälsa. Att ha egenskapen att lyssna ingår inte i en formell utbildning utan vårdaren bör ha en personlig känsla för arbetet samt besitta en grundläggande social kompetens (Strandberg, Ovhed, Borgqvist & Wilhemsson, 2007). Läkemedelsdelegering handlar således inte bara om att utföra en arbetsuppgift som att överlämna läkemedel. Det handlar även om att se varje unik patient utifrån den livsvärld patienten befinner sig i och bygga upp ett förtroende för att kunna lindra och hjälpa på bästa sätt och främja patientens delaktighet i sina hälsoprocesser.

Vikten av ett gott samarbete i delegeringsprocessen

En positiv aspekt med läkemedelsdelegering är att själva delegeringstillfället kan ses som ett bra tillfälle att handleda och lära ut en uppgift. Sjuksköterskor anser även att delegerade uppgifter kan vara roliga och stimulerande att utföra för dem som mottar en delegering (Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson 2011). Flera faktorer påverkar om en delegering blir framgångsrik. En viktig faktor är hur god relationen är mellan sjuksköterskan och personen som ska delegeras (Potter, Deshields & Kuhrik 2010; Bittner & Gravlin 2009). Ett gott teamsamarbete, effektiv kommunikation och en vilja att samarbeta är också viktiga komponenter för en lyckad delegering. Effektiv kommunikation kan innebära att framföra relevant information i tid för att underlätta teamarbetet (Potter, Deshields & Kuhrik 2010). Bittner och Gravlin (2009) beskriver vikten av att relationen mellan parterna är trygg och förtroendeingivande samt att båda parter behöver ha respekt för varandras arbete. För att vården av patienten ska bli så bra som möjligt är det viktigt att sjuksköterskan är stöttande i sitt arbete och att omvårdnadspersonalen upplever ett positivt bemötande och en god sammanhållning (Bittner & Gravlin 2009).

Patientsäker vård

Enligt Socialstyrelsen (2008, s. 6) utförs alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Antalet patienter som får hemsjukvård i ordinärt boende har ökat samtidigt som antalet platser på särskilda boenden och inom slutenvården har minskat. Sjuksköterskor behöver vara tillgängliga dygnet alla timmar och kan behöva ansvara för ett mycket stort antal patienter vilket kan äventyra patientsäkerheten och möjligheten att ge en god vård. Många patienter i hemsjukvården har behov av hjälp med sin läkemedelshantering. Förutom patienten själv och eventuella anhöriga är det många personalkategorier som berörs då läkemedelshantering är komplext på många sätt (Socialstyrelsen 2008, ss. 6, 52). Både patient och eventuella närstående behöver få information om syftet med läkemedelsbehandlingen, potentiella biverkningar som kan uppstå och ifall ändringar görs i behandlingen. Får patienten vara mer delaktig i behandlingen minskar risken för felaktigheter (Socialstyrelsen 2017). En av de vanligaste orsakerna till vårdskador är just felaktigheter i läkemedelsanvändningen vilket leder till onödiga samhällskostnader och lidande för de drabbade (Sveriges Kommuner och Landsting 2017). Bristerna i läkemedelshantering utgör därför hinder för både en ekonomisk och social hållbar utveckling.

En intern genomgång av Lex Maria anmälningar inom kommunal hälso- och sjukvård gjordes år 2009 av Socialstyrelsen. Genomgången visar att 21 % av anmälningarna resulterade i dödsfall och i 27 % av fallen drabbades patienterna av kvarstående men. Felaktigheter i läkemedelshantering stod för över hälften av alla ärenden som anmälts. Vanliga orsaker till avvikelser när det gäller läkemedelshantering är bortglömd dos, administrering av felaktigt

läkemedel, dos som ges på fel tid eller till fel person och utebliven signering när läkemedel administrerats. Från ett patientsäkerhetsperspektiv behöver förebyggande åtgärder vidtas för att minska risken för allvarliga konsekvenser (Sveriges Kommuner och Landsting 2011, s. 8, 14). En norsk studie (Berland & Bentsen 2017) visar på flera orsaker till att felaktigheter uppstår i läkemedelshanteringen. Dels kan det handla om bristande kompetens hos omvårdnadspersonalen som överlämnar läkemedel. Andra orsaker är bristande kommunikation och information mellan specialistsjukvården, allmänläkare och vårdpersonal i hemsjukvården. För att patientsäkerheten inte ska hotas behöver rutiner gällande läkemedelshanteringen fungera såväl som informationsöverföringen mellan vårdpersonal på de olika instanserna. Det är även viktigt att avvikelser rapporteras på ett korrekt sätt samt att de som hanterar läkemedel har tillräcklig kompetens för uppgiften (Berland & Bentsen 2017).

I Handlingsplanen för Agenda 2030 står det:

” En ny nationell läkemedelsstrategi, beslutad av regeringen och SKL, syftar till att främja samarbete och uppnå visionen rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle” (Regeringskansliet 2017)

Läkemedelsstrategin är framtagen gemensamt av regeringen, Sveriges Kommuner och Landsting samt även andra aktörer som är aktuella när det gäller läkemedel. En nationell strategi är nödvändig för att gemensamt hantera de läkemedelsfrågor som är prioriterade för att kunna skapa en miljömässig och samhällsekonomisk hållbar utveckling. Strategin har som mål att öka patientsäkerheten, skapa en mer jämlik vård samt förbättra läkemedelsanvändningen. För att uppnå målen knyts varje år en handlingsplan till strategin (Sveriges Kommuner och Landsting 2018). Tyvärr tas inte delegeringsförfarandet och riskerna som finns kring läkemedelsdelegeringar upp i den senaste handlingsplanen för 2018, vilket vore önskvärt.

Svårigheter att följa föreskrifter

En kartläggning av hemsjukvården i Sverige gjordes år 2008 av Socialstyrelsen. Kartläggningen visar att hälso- och sjukvårdsuppgifter i hemmet inte går att genomföra utan delegeringar. Det framkom även att delegeringsförfarandet inte följer Socialstyrelsens delegeringsföreskrift då sjuksköterskor ansvarar för alltför många läkemedelsdelegeringar (Socialstyrelsen 2008, s. 9). Flera studier visar i likhet med socialstyrelsens kartläggning att sjuksköterskor delegerar till fler personer än de klarar att följa upp och hantera på ett korrekt sätt (Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson 2011; Craftman, von Strauss, Rudberg & Westerbotn 2012). Craftman et al. (2012) har intervjuat distriktssköterskor i hemsjukvården avseende deras upplevelser av att delegera administrering av läkemedel till hemtjänstpersonal. Distriktssköterskorna uppgav att de var beroende av läkemedelsdelegeringar för att klara av arbetsbördan på grund av organisationens uppbyggnad. De upplevde också att deras arbetssituation var oförenlig med de stadgar som finns kring delegering. De kunde inte följa stadgarna då arbetsbördan var för tung, personalomsättningen i hemtjänstgrupperna var stor och patienterna blev fler. Studien visade även att distriktssköterskorna märkte att det saknades kunskap inom farmakologi och att det var stora skillnader mellan olika individer inom hemtjänsten avseende vilken medicinsk kunskap de hade (Craftman et al. 2012). Även Gransjön Craftman, Hammar, von Strauss, Hillerås & Westerbotn (2015) beskriver att det är en stor utmaning för hemtjänstpersonal att tvingas hantera läkemedel som de inte har tillräcklig kunskap om, varken när det gäller indikation för att ge läkemedlet eller vilka biverkningar det kan orsaka. Det finns en önskan från distriktssköterskor om mer tid inför varje delegering för att kunna utbilda på ett säkert sätt. Även svårigheter att följa upp

delegeringar framkom då det fanns för lite tid, personalomsättningen var hög och det var alltför många personer som delegerats (Craftman et al. 2012). I en liknande studie beskriver sjuksköterskorna att de upplever en avsaknad av kontroll när de delegerar en uppgift som de själva är huvudansvariga för att den ska utföras korrekt. De uttrycker även en känsla av maktlöshet då de känner sig tvingade att utfärda delegeringar trots att de inte kan påverka vilken omvårdnadspersonal som anställs. Ofta sker delegeringar till en hel grupp av omvårdnadspersonal samtidigt där sjuksköterskan har ett stort ansvar för att bedöma vilken kunskap respektive person besitter (Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson 2011).

Det verkar inte finnas mycket forskning kring hemtjänstpersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering. Vid litteratursökning hittades en studie där fokusgruppsintervjuer genomförts med personer anställda inom hemtjänsten. Deltagarna i studien upplevde att det var oundvikligt att ta emot läkemedelsdelegering då det skulle bli svårt att utföra sitt dagliga arbete utan delegering. De ansåg att huvudanledningen till att arbetsuppgifterna delegerades var för att lätta på distriktssköterskornas arbetsbörda och att spara tid och pengar. I studien framkom att medvetenheten om gällande stadgar angående delegering var låg hos deltagarna. Exempelvis var det vanligt att de fortsatte att administrera läkemedel trots att delegeringen hade gått ut vilket bryter mot stadgarna. De förlitade sig på sunt förnuft när de inte hade tillräcklig medicinsk kunskap. Detta kunde innebära att de inte alltid följde regler kring vilka befogenheter de hade utifrån delegeringen. Exempelvis kunde de ge en patient receptfria läkemedel som inte var ordinerade utan att kontakta sjuksköterskan. Det framkom även i studien att det fanns en irritation hos hemtjänstpersonalen gentemot distriktssköterskorna. De upplevde att de lämnades ensamma i knepiga situationer som krävde medicinska bedömningar och att de inte alltid fick den support de behövde (Gransjön Craftman, Hammar, von Strauss, Hillerås & Westerbotn 2015).

PROBLEMFORMULERING

Flera studier visar på svårigheter att utfärda läkemedelsdelegeringar på ett korrekt sätt enligt gällande stadgar beroende på tidsbrist, att alltför många personer delegeras samt kunskapsbrist hos hemtjänstpersonalen. Många brister har visats gällande läkemedelshanteringen vilket kan leda till onödiga vårdskador och onödigt vårdlidande för patienterna. Det här utgör hinder för en hållbar utveckling både gällande patientsäkerheten och arbetssituationen för sjuksköterskor/distriktssköterskor och hemtjänstpersonal. Distriktssköterskors erfarenheter av läkemedelsdelegering finns beskrivet i flera studier men få studier finns kring hemtjänstpersonalens erfarenheter. Då många brister uppmärksammats kring läkemedelsdelegering är det relevant och viktigt att få ta del av hemtjänstpersonalens erfarenheter. Studier om läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter kan bidra till kunskap som kan vara användbar i förbättringsarbete av delegeringsrutiner för att skapa en mer hållbar utveckling. Kunskapen kan förhoppningsvis även ge distriktssköterskor och sjuksköterskor en ökad förståelse för hemtjänstpersonalen. På så vis kan samarbetet och kommunikationen mellan de olika yrkesgrupperna förbättras vilket i slutändan gagnar patienterna som kan få en trygg och säker vård.

SYFTE

Syftet är att beskriva läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter.

METOD

Ansats

Studien hade en fenomenologisk ansats med en livsvärldsteoretisk grund för att fånga fenomenet läkemedelsdelegering så som det erfars av hemtjänstpersonalen. Livsvärldsintervjuer användes som datainsamlingsmetod. Fenomenologin lämpar sig bra som metod när hela bredden av ett fenomen ska förstås utifrån levda erfarenheter (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 32). Metoden ansågs därför passande i detta fall då fenomenet läkemedelsdelegering skulle förstås utifrån hemtjänstpersonalens levda erfarenheter.

Inom fenomenologin talas om att saker eller fenomen inte kan förstås bara utifrån sig själva utan de är alltid kopplade till levda erfarenheter av fenomenet. För att till fullo kunna förstå ett fenomen behöver det därför förstås utifrån hur det upplevs av betraktaren. Livsvärld är ett viktigt begrepp inom fenomenologin och handlar om hur individer uppfattar, interagerar och relaterar till den värld de befinner sig i. Människors upplevelser är alltid riktade mot och handlar om något. Därför kan människor inte förstås oberoende av objektet eller händelsen som upplevs vilket kallas för medvetandets intentionalitet. Människors tolkning av livsvärlden pågår ständigt och är en förutsättning för kunskapsbildning (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 32, 37 – 38, 47). När forskning med ett livsvärldsperspektiv görs är forskarens öppenhet och känslighet gentemot fenomenet av stor vikt. En sann vilja att lyssna in, förstå och respektera det som berättas utmärker ett öppet förhållningssätt. Öppenheten är en förutsättning för att kunna förhålla sig så objektiv som möjligt gentemot fenomenet (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 97 – 98, 335 - 336). För att kunna förstå och nå fram till andra personers livsvärld är det viktigt att öppenheten präglar alla faserna i den vetenskapliga processen (Dahlberg 2014, s. 68). Någon annans livsvärld kan inte förstås genom en speciell metod utan det är öppenheten som gör det möjligt att upptäcka nya dimensioner av fenomenet som undersöks (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 76).

Forskarnas egna förförståelse är viktig att ta hänsyn till i studien då egna erfarenheter och tankar kring fenomenet läkemedelsdelegering kan påverka studien. Förförståelsen kan både ha en positiv och en negativ inverkan på forskarna. Det kan vara en fördel att ha en viss kunskap om ett fenomen för att kunna närma sig det. Å andra sidan kan förförståelsen utgöra ett hinder för att kunna se saker på ett nytt eller annorlunda sätt. För att inte låta förförståelsen påverka studien behöver forskarna hålla sig tyglade vilket innebär att förståelseprocessen medvetet saktas ner. Det kan innebära att inte dra förhastade slutsatser i något av studiens olika skeden. Det kan även innebära att dröja sig kvar vid saker som tycks självklara för att låta saker förstås utifrån sina egna villkor. För att kunna ha en tyglad hållning behöver egna föreställningar och förväntningar läggas åt sidan så att de inte påverkar studien på ett okontrollerat sätt (Dahlberg 2014, ss. 70 - 73). Genom att medvetandegöra de egna tankarna inför studien är det lättare att upptäcka eventuella egna värderingar som dyker upp under studiens gång. Ett bra sätt att bli medveten om sina tankar och värderingar kan vara att skriva ner dem vilket författarna gjort i detta fallet (Streubert 2011, s. 26). Båda författarna arbetar inom hemsjukvården och har delegerat många personer som arbetar i hemtjänsten. Det finns därför många tankar och erfarenheter som kan påverka studien om de inte medvetandegörs och läggs åt sidan. Författarna har hållit sig så tyglade som möjligt inför ämnet och endast försökt fokusera på fenomenet läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter.

Deltagare

Det viktigaste vid livsvärldsforskning är inte att ha ett visst antal deltagare, utan snarare att hitta en variation bland deltagarna som kan åstadkomma en rikare variation i data som samlas in (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 175). Ändamålsenligt urval användes i studien för att hitta de deltagare som motsvarade studiens syfte bäst (Polit & Beck 2017, s. 493). Maximal variation eftersträvades genom att använda deltagare från både kommunala och privata hemtjänstgrupper samt personer i olika åldersgrupper. Försök gjordes att hitta både kvinnliga och manliga deltagare, men inga manliga deltagare anmälde intresse att delta. Målet var att hitta cirka åtta deltagare då fler intervjuer inte ansågs rimligt att göra inom tidsramen för uppsatskursen. Inklusionskriterierna för medverkan i studien var att personerna skulle arbeta i en hemtjänstgrupp samt ha en aktuell läkemedelsdelegering. Inga krav ställdes på hur länge personen arbetat i hemtjänsten då det var av intresse att undersöka även nya medarbetares upplevelser. Både vårdbiträden och undersköterskor inkluderades i studien. För att hitta deltagare till studien skickades först en förfrågan ut via mejl till alla enhetscheferna för de olika hemtjänstgrupperna som verkade i en kommun i södra Sverige. Ett informationsbrev bifogades i mejlet med information om studien (Bilaga 1). I de fall enhetscheferna godkände att medarbetare deltog i studien fick de underteckna att de godkände datainsamling. Enhetscheferna i sin tur fick vidarebefordra informationsbrev till de anställda (Bilaga 2) som fick anmäla intresse att delta i studien. Sammanlagt 28 enhetschefer kontaktades via mejl. Endast fyra av dem återkopplade. Tre av cheferna som återkopplade ställde sig positiva till att delta i studien och en tackade nej till deltagande på grund av tidsbrist hos hemtjänstpersonalen. I en av hemtjänstgrupperna där chefen godkänt datainsamling hittades ingen hemtjänstpersonal som önskade delta. I de övriga två hemtjänstgrupperna hittades sammanlagt tre deltagare. Genom att ringa upp och berätta om studien via telefon till en enhetschef hittades ytterligare två deltagare. Då maximal variation var eftersträvansvärt kontaktades ytterligare fyra personer i en annan kommun i södra Sverige personligen av en av författarna. Det bedömdes som positivt att ha deltagare från mer än en kommun då rutiner kring delegering kan skilja sig åt, vilket kan innebära att andra erfarenheter kan uppenbaras.

Sammanlagt hittades nio deltagare till studien. De som valde att delta fick välja tid och plats för att genomföra intervjun. Fyra av deltagarna intervjuades på arbetsplatsen. Övriga valde att intervjuas i sitt hem eller i ett konferensrum. De flesta deltagarna var anställda i en kommunal hemtjänstgrupp. En deltagare arbetade i en privat hemtjänstgrupp. Fem av deltagarna hade undersköterskeutbildning och övriga var anställda som vårdbiträden. Åldern på deltagarna varierade mellan 24 och 54 år. Den som hade arbetat kortast tid inom hemtjänsten hade arbetat i fyra år och den som hade arbetat längst hade arbetat i 28 år. Nästan alla deltagare uppgav att de haft läkemedelsdelegering sedan de började arbeta inom hemtjänsten. Några som hade arbetat i många år var osäkra på exakt när de fick sin delegering, men att de troligen fick den efter något eller några år i tjänst. Alla deltagare hade delegering på att överlämna iordningsställd läkemedelsdos från dosett eller apodos, överlämna ögondroppar, inhalationer och olika vid behovsläkemedel. Alla deltagare utom en hade dessutom delegering på att ge subkutana förfyllda sprutor som insulin och antikoagulantia exempelvis. En deltagare hade dessutom delegering på att iordningsställa enklare dosetter.

Datainsamling

Livsvärldsintervjuer användes som datainsamlingsmetod för att kunna besvara syftet med studien och beskriva fenomenet läkemedelsdelegering så som det erfars av hemtjänstpersonalen. Fördelen med att använda öppna livsvärldsintervjuer är att fenomenet kan förstås genom att få insyn i informanternas livsvärld och levda erfarenheter av fenomenet (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 184). En öppningsfråga som svarade mot studiens syfte skrevs ner på en intervjuguide (Bilaga 3) så att samtliga deltagare fick samma inledande fråga. Tanken med en sådan första fråga är att den skall få deltagarna att fokusera på fenomenet som undersöks. Frågan ska inte vara för svår, utan deltagarna ska kunna känna att de kan klara att genomföra intervjun. Frågan som ställdes var: ”*Vad innebär det för dig att ha en läkemedelsdelegering?*” Intervjuguiden innehöll även ämnen som ansågs lämpliga att ta upp under intervjun med avseende på fenomenet som undersöktes (Dahlberg 2014, s. 89). Inga färdiga frågor fanns formulerade i förhand förutom öppningsfrågan. Riktade frågor ställdes utifrån ämnena i intervjuguiden för att informantens intentionalitet skulle riktas mot fenomenet. Frågorna formulerades i stunden för att forskarna skulle kunna vara så följsamma som möjligt gentemot fenomenet. Lämpliga uppmaningar användes sedan för att komma djupare under intervjun och för att få deltagarna att reflektera över fenomenet som undersöktes. Uppmaningarna var av slaget: *berätta mer, hur menar du då, har du något exempel på det, vad tänkte du då, hur upplevde du det*. Författarna försökte hålla sig tyglade under intervjuerna och inte ta något för givet för att skapa goda förutsättningar för reflektion. Därför eftersträvades så få riktade frågor som möjligt och istället fler uppmaningar att beskriva mer för att få ett djup i intervjun (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 187 - 191). Samtliga intervjuer genomfördes enskilt av författarna och varade mellan 21 och 46 minuter. Intervjuerna ljudinspelades med tillåtelse från deltagarna för att få med de exakta orden och därefter transkriberades de för att lättare kunna jämföra data med varandra (Dahlberg 2014, s. 89). Transkriberingen av intervjuerna gjordes i så nära anslutning till intervjun som möjligt för att kunna utvärdera och förbättra intervjutekniken. En intervju bedömdes inte vara tillräckligt bra för att ingå i studien då fenomenet som undersöktes inte uppenbarades i tillräcklig omfattning. Alltså användes sammanlagt åtta intervjuer till analysen.

Dataanalys

Data som framkom i intervjuerna analyserades utifrån en beskrivande innebördsanalys. Avsikten med analysen var att försöka förstå fenomenet läkemedelsdelegering utifrån deltagarnas erfarenheter och upplevelser. Syftet med en innebördsanalys är att hitta innebörder som både finns uttalade i ord men även outtalade innebörder som kan finnas bakom orden som sägs. På så vis kan mönster av innebörder i ett material relateras till varandra för att beskriva fenomenet (Dahlberg 2014, ss. 116 - 117). För att all data skulle kännas välbekant lästes samtliga intervjuer igenom noggrant många gånger av båda författarna. I detta skede är det viktigt att ha en öppenhet gentemot materialet som ska analyseras för att kunna överraskas av innehållet och kunna se saker på ett nytt sätt. Genom att ha god kontroll på helheten minskas även risken för att förförståelsen ska påverka analysen. Det är först när helheten känns tillräckligt välbekant som data kan delas in i mindre delar för att fortsätta analyseras. Hela analysprocessen kan ses som en ständig rörelse mellan helheten och de olika delarna data kan delas in i. Delarna kan inte förstås separat utan att ha en tydlig helhetsbild likväl som helheten inte går att förstå utan de olika delarna (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 236 - 238). När helheten av materialet var välbekant började författarna var för sig att markera meningsbärande enheter med fokus på innebörder och skriva kommentarer till dem. Sedan jämfördes de båda författarnas markerade enheter. Under

gemensam reflektion sammanfördes sedan olika meningsbärande enheter som tycktes belysa samma innebörd till olika kluster. Under den här processen försökte författarna ha en viss skeptisk inställning till de olika klustren så att de inte skulle hamna utanför helhetsbilden av materialet samt att de även skulle beskriva fenomenet som undersöktes (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 244). Försök gjordes till att hitta fenomenets essens vilket är målet med fenomenologisk forskning. Essensen av ett fenomen innebär att hitta den gemensamma nämnaren för alla kluster som beskriver fenomenet. Går det inte att hitta essensen presenteras endast de innebördsteman som hittats vilket är fallet i denna studien (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 254 - 255). De olika klustren i studien sammanfördes till tre innebördsteman vilka presenteras under resultatet.

Etiska överväganden

Då studien genomfördes inom ramen för en högskoleutbildning på avancerad nivå krävdes ingen formell etisk prövning enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460). Då studien omfattar människor är det viktigt att den håller en god etisk standard och tar hänsyn till de mänskliga rättigheterna. Hänsyn har tagits till de fyra forskningsetiska kraven vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och säkerhetskravet. Informationskravet uppfylldes genom att deltagarna samt verksamhetscheferna fick informationsbrev som kortfattat beskrev studien (Bilaga 1 & 2). Brevet belyste att det är frivilligt att delta i studien och att det när som helst utan anledning går bra att avbryta sin medverkan. Samma information gavs muntligt vid varje intervju och då gavs det också tillfälle att ställa frågor om studien. Ett skriftligt informerat samtycke inhämtades från samtliga deltagare för att uppfylla samtyckeskravet (Bilaga 4). Deltagarna fick underteckna att de förstått informationen och att de frivilligt önskade delta i studien. Deltagarnas säkerhet togs hänsyn till genom att författarna var beredda att avbryta eller skjuta upp intervjuerna om deltagarna upplevde mycket obehag. Inga sådana situationer uppstod dock under intervjuerna. För att uppfylla konfidentialitetskravet aidentifierades insamlade data gällande personuppgifter genom kodning och förvarades så att obehöriga inte kunde komma åt uppgifterna (Northern Nurses' Federation 2003). Ett skriftligt samtycke (Bilaga 5) inhämtades även från deltagarna för att få tillåtelse att behandla personuppgifter i enlighet med högskolans regler om dataskydd (Högskolan i Borås 2018).

RESULTAT

Dataanalysen resulterade i totalt tre olika teman vilka presenteras nedan:

1. Oundvikligt åtagande på gott och ont
2. Rättigheter och skyldigheter
3. Känsla av utsatthet och ensamhet

Oundvikligt åtagande på gott och på ont

Läkemedelsdelegering innebär ett oundvikligt åtagande eftersom det anses som en självklarhet att hemtjänstpersonalen ska utföra delegerade uppgifter. Det ses som en naturlig del av arbetet att utföra delegerade uppgifter eftersom nästan all hemtjänstpersonal är delegerad och administrering av läkemedel utförs på daglig basis. Det anses nödvändigt att ha en läkemedelsdelegering för att överhuvudtaget kunna arbeta inom hemtjänsten.

”Jag tycker inte man kan jobba inom vården eller hemtjänsten utan delegering. Det tycker inte jag borde vara okej [...] vi ger ju alltså det här dagligen. Medicin i alla fall är ju dagligen.

Det uppstår problem om någon nekar delegering eller inte hinner få delegering innan de börjar arbeta då det innebär merarbete för övrig personal om alla inte har delegering. Sommartid förekommer det att vikarier inte hinner få delegering vilket skapar irritation bland övrig personal som får gå på extrabesök. Läkemedelsdelegering beskrivs utifrån både positiva och negativa aspekter. Att få läkemedelsdelegering innebär en bekräftelse på att man gör ett bra arbete och det är roligt att få göra lite ”svårare uppgifter” än att bara städa och tvätta. Läkemedelsdelegering beskrivs som ett bevis på att en viktig uppgift utförs.

”Sjuksköterskan har undervisat mig att vara hennes förlängda arm och hjälpa henne med delegerade uppgifter”

” Det är roligt med många läkemedelsdelegeringar, man stärker sig själv”

Läkemedelsdelegering innebär också en möjlighet att kunna hjälpa patienterna vilket känns bra eftersom de för det mesta upplevs vara tacksamma över att få hjälp och litar på personalen som kommer. Läkemedelsdelegering kan underlätta administreringen av läkemedel eftersom hemtjänstpersonalen ofta lär känna vårdtagarna bättre än sjuksköterskorna. De vet därför hur de ska handskas med varje enskild individ och kan anpassa sig efter hur patienterna vill ha det. Om något inte stämmer med läkemedlen eller patienten inte mår väl kan de stå på sig om att sjuksköterskan behöver komma. Det finns en fördel med att hemtjänsten sköter insulininjektioner eftersom de även ansvarar för att se till att patienten får i sig mat. Det anses mindre patientsäkert när sjuksköterskan ger insulin och hemtjänsten ombesörjer måltiden. Rädslan att något missas blir då påtaglig. Hemtjänstpersonalen känner ofta patienten bättre än sjuksköterskorna också vilket gör det lättare att upptäcka om de inte mår bra.

”Nu känner jag ju våra vårdtagare väldigt väl...de som har insulin så man vet hur de brukar må...och man ser om de verkar annorlunda...då kan man börja misstänka något med insulinet”

Läkemedelsdelegering skapar motstridiga känslor då det både kan upplevas som ett påtvingat åtagande och samtidigt innebära en bekräftelse på yrkesrollen som undersköterska att få göra det man är ämnad att göra.

”Ibland känns det som sagt att man är någon slags sophög för sköterskan där alla rester bara skickas till oss. Alltså hinner inte sköterskan så då får hemtjänsten lösa det istället. Men samtidigt är det ju roligt med mer ansvar”

Tidigare hanterades inte lika mycket läkemedel inom hemtjänsten. Nu beskrivs de delegerade uppgifterna både ha blivit fler och innefattar mer avancerad läkemedelshantering som exempelvis injektioner av insulin och antikoagulantia. Läkemedelsdelegering är utvecklande för kompetensen men det kan upplevas övermäktigt att sköta patientens läkemedel utöver de övriga sysslorna såsom omvårdnad, inköp och tvätt. Läkemedel ses i grunden som

sjuusköterskans ansvar och det kan upplevas respektlöst att tvingas avlasta sjuusköterskan genom att göra delegerade uppgifter.

”På en föreläsning sade en undersköterska att vi borde känna det som ett privilegium att få ge mediciner. Det håller jag inte med om, sjuusköterskan får gärna ge ut sina mediciner. Vi gör så mycket annat”

Om uppgiften känns påtvingad kan det bidra till en osäkerhet hos personalen. Saknas känslan av trygghet kan det upplevas både obehagligt och otäckt att utföra uppgiften.

Rättigheter och skyldigheter

Att arbeta utifrån läkemedelsdelegering innebär både rättigheter och skyldigheter. Läkemedelsdelegering innebär en skyldighet att följa regler och rutiner. Det är sjuusköterskan som bestämt vilka uppgifter som delegerats och det är endast ordinerade läkemedel som får överlämnas till patienten. Att arbeta utifrån läkemedelsdelegering innebär ett behov av fungerande rutiner kring överlämnandet av läkemedel. Förekomst av signeringslistor där det står tydligt specificerat vad som ska göras och när det ska göras skapar trygghet.

”När jag ger medicin, jag följer ju rutinerna fortfarande efter fem år. Alltså jag kollar i boken först, räknar till och med om det stämmer med tablettorna, öppnar, ger och sedan signerar. Den rutinen tycker jag är bra att det är det man ska hålla.”

Läkemedelsdelegering innebär en rättighet att få tillräcklig information om patientens läkemedel för att kunna administrera läkemedel på ett tryggt och patientsäkert sätt. Därför blir det bekymmersamt att information till hemtjänsten kring patienters läkemedel inte uppdateras i tillräcklig utsträckning eller att rapport kring ändrade läkemedelsdoser sker i förbifarten. Det framkom att en digital läkemedelsapplikation kan underlätta både kommunikationen med sjuusköterskan och rutinerna kring signering av läkemedel. Samma information finns då tillgänglig via applikationen i arbetstelefonen för både sjuusköterskan och hemtjänstpersonalen kring patientens läkemedel. En påminnelsefunktion gör det också lättare att komma ihåg att signera.

”Vi hade så mycket problem tidigare om vi hade signerat eller inte och ibland fanns inte signeringslista utan då fick vi bara skriva på en A4: a och den försvann ibland. Nej, det var verkligen inte bra. Så detta är så mycket bättre!”

Läkemedelsdelegering innebär vidare en rättighet att få den utbildning som krävs för uppgiften. Att arbeta utifrån läkemedelsdelegering innebär en osäkerhet om inte tillräcklig utbildning erhålls vilket bidrar till att patientsäkerheten inte kan upprätthållas. Delegeringsutbildningen som erbjuds anses otillräcklig och därför önskas kontinuerlig fortbildning för att få fördjupad kunskap. Delegeringsutbildningen utgörs av ett test på datorn vilket uppfattas som krångligt och det finns en önskan att få tillbaka testet i pappersform. Delegeringsträffarna beskrivs vara för sällan vilket gör det svårt för nyanställda att hinna få sin delegering i tid. Läkemedelsdelegering medför en skyldighet att hantera uppgiften på ett ansvarsfullt sätt. För att kunna göra det krävs att individen känner sig trygg med uppgiften samt har självinsikt när kunskapen är otillräcklig.

” Jag känner mig trygg i min delegering och kunskapen. Men kunskapen innebär även att man vet när man ska kontakta sjuksköterskan. Det krävs både kunskap och tillit till sig själv för att känna- Nej detta kan inte jag, nu måste jag bolla med sjuksköterskan”

Ansvar som läkemedelsdelegering medför känns extra tungt när läkemedelsdelegeringen nyligen erhållits. Det finns då en stor rädsla att göra fel och det är svårt att avgöra vilka situationer som kräver konsultation av en sjuksköterska. Särskilt stor respekt finns för insulinadministrering. Det finns en stor oro över att ge fel dos insulin trots den utbildning som erhållits. Alla anser sig inte vara redo för insulingivning trots att de har fått delegering för uppgiften och kan då önska få extra lektioner av sjuksköterskan vid flera tillfällen. Det framkom att en känsla av trygghet uppstår efter att ha arbetat ett tag med läkemedelsdelegering. Sjuksköterskan kontaktades betydligt mer i början. Det föreligger en stor oro över vikariers delegering. Uppfattningen är att många vikarier saknar den kompetens och ansvarskänsla som krävs för att hantera läkemedel på ett patientsäkert sätt. Det uppdagades att det blir många fel gällande läkemedel under sommaren när det är många vikarier i hemtjänstgruppen. Detta gäller i synnerhet vid behovs läkemedel.

” Till exempel en farbror som säger envist till en ung vikarie att den tabletten ska jag ha. Och det står kanske vid behov så då vågar ju inte vikarien säga nej. Sedan visar det sig att vårdtagaren tagit flera stycken. Men det är inte signerat. Det kan ju bli väldigt tokigt”

Hantering av läkemedel beskrivs oftast inte vara så svår när det gäller de regelbundna läkemedlen. Däremot kan svårigheter och missöden uppstå när kollegor visar kollegor hur olika tekniska apparater för läkemedel fungerar. Det anses vara sjuksköterskans skyldighet att se till att personalen har tillräcklig kunskap för att kunna hantera uppgiften. Att arbeta utifrån läkemedelsdelegering innebär en skyldighet att arbeta säkerhetsmedvetet och skriva en avvikelse varje gång något missas gällande läkemedel. Det kan uppstå problem när sjuksköterskan inte har vetskap om att patienten fått en ny ordination på läkemedel. Patienten kan då vara i behov av läkemedel innan sjuksköterskan har ordnat en aktuell signeringslista. Detta skapar en osäkerhet och rädsla hos hemtjänstpersonalen över att något blir fel som leder till konsekvenser för patienten. Här behöver hemtjänstpersonalen ta ansvar för att kontakta sjuksköterskan och inte dela läkemedel på egen hand. Det framhålls som tryggt när hemtjänstgruppen har en chef som har förståelse kring deras osäkerhet och kompetens för uppgiften.

”Känns jättebra att vi har chefen bakom oss så hon inte bara säger ja till uppgifter som vi inte kan hantera”

Känsla av utsatthet och ensamhet

Att arbeta utifrån en läkemedelsdelegering innebär att bli lämnad ensam i svåra och knepiga situationer vilket kan skapa en känsla av utsatthet. Administrering av läkemedel kräver en förmåga att kunna lösa olika problem och knepiga situationer som kan uppstå. Detta kan många gånger vara svårt. Att inte veta hur situationen ska lösas kan då skapa en rädsla och nervositet hos hemtjänstpersonalen.

” Jag hade panik, vad ska jag göra ”

Det uppstår många olika svårigheter som hemtjänstpersonalen möter vid läkemedelsadministreringen. Patienter som har en minnessvikt kan ibland gömma sina läkemedel eller uppleva det störande att inte få sköta sina läkemedel självständigt. De kan även missa att ta sina läkemedel, ta för stor dos eller inte vilja ha sina läkemedel alls. Andra patienter kan ha alkoholproblem eller psykiska besvär och bli aggressiva eller försöka tvinga till sig mer läkemedel. Ibland kan det till och med krävas att en vakt följer med vid överlämnandet av läkemedel. Hos patienter med minnessvikt eller missbruksproblem förvaras ibland läkemedel i ett låst skrin eller kodat skåp vilket oftast fungerar bra. Trots denna säkerhetsrutin hjälper det inte alltid då vissa patienter kan få upp skrinet själva eller får tabletter av bekanta. Det skapar en känsla av maktlöshet hos hemtjänstpersonalen att signera och följa rutinerna och sedan veta att patienten ändå kommer åt läkemedlen. Vidare är vissa patienter extremt noggranna med tiderna när läkemedlet ska tas vilket kan vara svårt. Det krävs även en kunskap om tekniska apparater som blodsockermätare, apomorfinpump och pumpar för insulin exempelvis, vilket kan upplevas stressande om man inte har koll på eller har glömt hur de fungerar.

”Ibland är man inte hos vårdragaren på flera månader och sedan kommer man dit en kväll och vårdragaren är jättestel och behöver en extrados. Men då vet man inte hur den [apomorfinpumpen] fungerar. Det kan vara väldigt stressande.
”

En känsla av utsatthet kan uppstå vid svårigheter som hemtjänstpersonalen inte har tillräcklig kunskap för att lösa. Läkemedelsdelegering kan därför innebära att ensam behöva hantera svåra situationer. Det här är en utsatt situation särskilt för de som nyligen erhållit sin läkemedelsdelegering. Andra svårigheter kan vara att bli avbruten vid administrering av läkemedel vilket leder till stress samt distraktion. En stressig arbetssituation i övrigt har även en negativ inverkan på läkemedelshanteringen då det ökar rädslan för att misstag ska uppstå. Läkemedelsdelegering innebär att ha förmågan att hantera olika situationer som uppstår eftersom hemtjänstpersonalen oftast arbetar ensam hos patienterna. Svåra situationer hanteras genom att använda olika strategier vilka kan ta ett tag att utveckla.

”Det där med mediciner kan vara trixigt. Men efter ett tag i arbetet så vet man hur man ska lirka med patienten”

Att hålla sig själv lugn och inte stressa när det gäller läkemedlen underlättar för att inte patienten ska bli nervös. Ordning och reda underlättar också med ett fast ställe i hemmet där allt kring läkemedel finns så det är lätt för alla att hitta. Att arbeta utifrån läkemedelsdelegering innebär ett behov av att få handledning och stöd från sjuksköterskorna. Uppstår något problem som kräver konsultation av sjuksköterskan ringer hemtjänstpersonalen för att få råd och hjälp. När tillräcklig stöttning från sjuksköterskorna erhålls skapas en trygghet hos hemtjänstpersonalen.

”Ofta har vi en bra relation med sjuksköterskan och det betyder mycket. Då känner man sig mer trygg i sin arbetsroll”

Viktiga aspekter för att kontakten med sjuksköterskan ska upplevas positiv är att sjuksköterskan är lättillgänglig och återkopplar snabbt. Det upplevs även tryggt när sjuksköterskan tar sig tid att komma ut för bedömning vid osäkerhet hos hemtjänstpersonalen. För att läkemedelsdelegeringen ska fungera tillfredsställande behövs ett ömsesidigt förtroende mellan hemtjänsten och sjuksköterskan.

”Har man en bra sjuksköterska som man vågar lita på så vågar man ju också ta sig an fler uppgifter”

Finns däremot inte stödet uppstår en känsla av ensamhet och utsatthet. En orsak till ensamhetskänslan är när det är svårt att få tag på sjuksköterskorna kvällstid vilket skapar frustration och irritation.

” De där jävla sköterskorna kan vara förbannat svåra att få tag på”

När förtroendet för sjuksköterskan saknas finns det en ängslan över att känna sig dum eller förminskad. Det kan göra att personalen inte vågar ställa frågor vid osäkerhet och upplever en känsla av utsatthet. En ömsesidig respekt mellan sjuksköterskan och hemtjänstpersonalen är därför viktig. Det innebär en svårighet att utföra delegerade uppgifter när sjuksköterskan har en nedvärderande attityd gentemot hemtjänstpersonalen. Det kan uppstå meningsskiljaktigheter när hemtjänstpersonal ringer och är orolig över patienter som exempelvis fått i sig fel dos av ett läkemedel. Detta bidrar till att hemtjänstpersonalen känner sig utlämnad och ensam.

”Jag respekterar ju din kompetens och skulle aldrig komma på tanken att förminska det du säger. Så varför har du rätten som sjuksköterska att vara sådan mot mig. För vi ska ju vara ett team som arbetar tillsammans. Men ibland har man otur och just den sköterskan svarar i telefonen som man minst önskar ta samtalet”

Läkemedelsdelegering medför även en tveksamhet för hemtjänstpersonalen gällande sjuksköterskans ansvar. Ibland kan det upplevas respektlöst att sjuksköterskan har delegerat en uppgift och informerat att det bara är att ringa vid behov. När problem sedan uppstår och personalen ringer får de höra att de ska avvakta och får inte den hjälpen som de anser sig vara i behov av.

”Då kände både jag och min kollega sig så illa bemött av sköterskan. Att hon förminskade oss. Då blev jag riktigt ledsen faktiskt. Mest för att vårdtagaren fick lida, det var inte roligt”

Det finns en del patienter som gör skillnad på personalen utifrån utbildningsnivå när läkemedel ska överlämnas. Patienterna kan upplevas osäkra om den som kommer inte har någon undersköterskeutbildning. De kan också vilja att en sjuksköterska kommer och ger insulin istället trots att hemtjänstpersonalen kan klara uppgiften, vilket kan upplevas jobbigt och sårande. Detta kan bidra till att hemtjänstpersonalen känner sig utsatt när de tvingas utföra arbetsuppgifter mot patientens vilja.

”Ibland känns det som att vissa vårdtagare inte tror att man kan utföra sitt jobb...och just i stunden kan man bli irriterad och faktiskt ledsen”

Det finns även patienter som istället litar mer på hemtjänstpersonalen än på sjuksköterskan eftersom de känner dem så väl. Det har även betydelse hur länge personalen arbetat i hemtjänstgruppen eftersom det tar tid att bygga upp en relation med patienten. Patienterna upplevs tryggare om de som arbetat länge kommer och många uttrycker för hemtjänstpersonalen att det är jobbigt med vikarier som är okunniga. Erfarenhet bidrar därför till en utveckling i arbetet och en större självkänsla vilket underlättar att utföra delegerade uppgifter.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med studien är att beskriva läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter. Resultatet visar att det finns både positiva och negativa erfarenheter kopplade till läkemedelsdelegering. Positiva aspekter när det gäller läkemedelsdelegering är att de delegerade uppgifterna kan vara stimulerande och roliga samt bidra till en personlig utveckling i yrket. Det kan också finnas en fördel med att ombesörja både patientens praktiska omsorgsbehov och administrering av läkemedel eftersom hemtjänsten ofta känner patienten väl. Negativt är att läkemedelsdelegering kan upplevas påtvingad och lägga ytterligare en börda på redan hårt belastad hemtjänstpersonal. Resultatet visar också att läkemedelsdelegering innebär en skyldighet att ta ansvar för uppgiften och följa de regler och rutiner som finns. För att kunna känna trygghet att utföra delegerade uppgifter på ett patientsäkert sätt har hemtjänstpersonalen rätt att få erforderlig utbildning och tillräckligt stöd från sjuksköterskan. Upplevs sjuksköterskan ha en nedvärderande attityd påverkas förtroendet mellan hemtjänsten och sjuksköterskan och bidrar till osäkerhet och utsatthet. Att arbeta utifrån läkemedelsdelegering kan upplevas som en utsatt och ensam uppgift även på andra sätt då många svårigheter kring patienters läkemedel behöver hanteras och lösas självständigt.

Läkemedelsdelegering – ett hot mot patientsäkerheten?

Resultatet visar i likhet med tidigare studier och kartläggningar att organisationen som den ser ut idag är beroende av att hemtjänstpersonalen får läkemedelsdelegeringar (Socialstyrelsen 2008, s. 9; Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson 2011; Craftman, von Strauss, Rudberg & Westerbotn 2012). Det framkom i resultatet att läkemedelsdelegering är en så oundviklig del av arbetet i hemtjänsten att det överhuvudtaget inte går att arbeta utan att ha en delegering. Det här blir ett bekymmer eftersom det är orimligt för distriktssköterskorna att hinna med att följa upp så många delegeringar och ansvara för att uppgiften sköts på ett patientsäkert sätt. Det har satts i system att alla som arbetar i hemtjänsten ska ha en läkemedelsdelegering vilket tydligt bryter mot föreskrifterna kring hur delegering får gå till (SOSFS 1997:14). Läkemedelsdelegering kan upplevas som en påtvingad uppgift, vilket skapar osäkerhet som kan få negativa konsekvenser för patienterna. Risken för att patientsäkerheten hotas har uppmärksammats av flera kommuner i Stockholms län, vilket har medfört att organisationen gjorts om. Ett delegeringsstopp har införts i många av Stockholms läns kommuner enligt Stockholms läns landsting (2018, s. 27). Enligt Weilenmann (2016) bedömde Södertälje kommun att medborgarna fick sämre kvalitet på vården när hemtjänsten delegerats att sköta läkemedelsadministrationen. Detta eftersom den utbildning som hemtjänstpersonalen fick av primärvården inte ansågs tillräcklig. För att förbättra patientsäkerheten har därför kommunen

lämnat tillbaka ansvaret för läkemedelsadministreringen till landstinget som är ansvariga för hemsjukvården i Stockholm (Weilenmann 2016). Det här kan tyckas vara en drastisk åtgärd, men kanske är det nödvändigt att sätta ner foten för att få till stånd en hållbar utveckling kring delegeringar. Samtidigt kan en sådan åtgärd leda till att en stimulerande och utvecklande arbetsuppgift tas från de individer i hemtjänsten som är ansvarstagande och har tillräcklig kompetens. Kan det möjligen finnas andra vägar att gå för att skapa en hållbar ekonomisk och social utveckling?

Enligt WHO (World Health Organization 2017a) skulle ett sätt att angripa problemet kunna vara att se över dysfunktionella processer. WHO har uppmärksammat problemet med vårdskador som orsakas av läkemedel. De anser att rent teoretiskt är egentligen alla felaktigheter i läkemedelshanteringen undvikbara. En jämförelse görs med högriskindustrier där det visats att misstag orsakas av brister i olika processer och på grund av system som är dysfunktionella snarare än av försummelse från personerna som arbetar. Detsamma borde därför även gälla inom vården. För att rädda liv och undvika onödiga vårdskador med det lidande som det innebär behöver svagheterna i vårdsystemen identifieras. Systemen kan sedan göras mer säkra och effektiva. Felaktigheter kan uppstå i alla delar av processen från ordination till administrering av läkemedel, men det vanligaste är att det blir fel vid administreringen (World Health Organization 2017b, ss. 4 – 5). Därför är det av stor vikt att den processen görs så patientsäker som möjligt för att förebygga vårdskador. Det här är något som varje organisation som arbetar med delegeringar behöver se över för att minimera riskerna för fel. Det är även ett individuellt ansvar som sjuksköterska/ distriktssköterska att vara riskmedveten och att se till att de regelverk som finns även åtföljs. Genom att identifiera risker och arbeta förebyggande kan onödiga läkemedelsrelaterade skador undvikas (Svensk sjuksköterskeförening 2017, ss. 8 - 9). Således behöver läkemedelsdelegering inte utgöra ett hot mot patientsäkerheten om rutiner och processer säkras upp. Ett sätt att säkra processen kring läkemedelsadministrering skulle kunna vara att använda digitala hjälpmedel i större omfattning. I resultatet framkom att information till hemtjänstpersonalen kring patienternas läkemedel inte uppdaterades i tillräcklig utsträckning. Ett sätt att säkerställa att alla får samma information skulle kunna vara att använda exempelvis läkemedelsapplikationen som omnämndes i studien. Applikationen har börjat användas i olika kommuner av både ansvarig sjuksköterska och hemtjänstpersonalen. Istället för att signera vilka läkemedel som administrerats på papperslistor signerar hemtjänstpersonalen digitalt via surfplattor och mobiltelefoner. Applikationen larmar sjuksköterskan om personalen har glömt signera ordinerad läkemedelsdos. All information kring patientens ordinerade läkemedel finns även tillgänglig via applikationen. Detta system har varit framgångsrikt och i Norrtälje har antalet läkemedelsavvikelser minskat kraftigt. Detta belyses också av en informant i studien som använde sig av applikationen och var mycket positiv till den. Det framkom att personalen upplevde att oron över att missa något gällande läkemedelshanteringen minskade markant. Det är även intressant att Norrtälje kommun menar att patientsäkerheten ökade frekvent och applikationen används nu kontinuerligt bland särskilda boenden och inom hemsjukvården (Mirch 2018).

Utbildning och kompetens

Det framkom i resultatet att läkemedelsdelegeringar ökat över tid och mer avancerade uppgifter delegeras numera. Ökat ansvar innebär också en rättighet till mer utbildning för att hemtjänstpersonalen ska känna sig trygg med uppgiften. Läkemedelshantering ses i grunden som sjuksköterskans ansvar. Det är tydligt att otillräcklig utbildning bidrar till att

hemtjänstpersonalen inte anser sig ha den kompetens som behövs för att utföra uppgiften på ett patientsäkert sätt. En studie av De Vlieghe, Declercq, Aertgeerts och Moons (2016) visar också att hemtjänstpersonal inte känner sig bekväma att utföra uppgifter som egentligen hör till sjuksköterskans ansvarsområde. Erhålls inte tillräcklig utbildning och tillfällen att träna på uppgiften vill personalen inte ansvara för delegerade uppgifter. Även i England delegeras alltmer avancerade uppgifter ut till motsvarande hemtjänstpersonal. Ett lyckat pilotprojekt beskrivs av Dutton, McCaskill, Alton, Levesley, Hemingway och Farndon (2018) där administrering av insulin delegerats till hemtjänstpersonal. De som delegerades fick utbildning i en och en halv dag och fick en sjuksköterska som mentor under projektet. Deltagarna var nöjda med supporten de fick från sjuksköterskorna samt erhöll ökad kompetens inom området. Detta visar att det är möjligt att utfärda läkemedelsdelegeringar på ett tryggare sätt, under förutsättning att tillräckligt med tid avsätts för utbildning och support. Ur ekonomisk synvinkel kan det tyckas dyrt att avsätta tid för utbildning, men i det långa loppet blir det en mer hållbar ekonomisk utveckling för samhället när risken för läkemedelsorsakade vårdskador minskar. Detta eftersom läkemedelsorsakade vårdskador leder till betydande samhällskostnader enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Trygg och välutbildad hemtjänstpersonal bidrar också till en social hållbar utveckling för både patienten och personalen. För patienten blir det en socialt bättre situation med säker och trygg personal vilket minskar risken för vårdlidande, och för personalen blir det en tryggare arbetssituation.

Resultatet visar även att det har betydelse hur lång erfarenhet personalen har av att arbeta med läkemedelsdelegering då erfarenhet underlättar att hantera knepiga situationer som uppstår. Att arbeta med läkemedelsdelegering kan innebära att behöva lösa många svårigheter. Det kan handla om patienter som inte vill ta sina mediciner, mediciner som har gömts eller andra situationer som kan uppstå. Det bör belysas att många vikarier är unga och oerfarna, vilket kan innebära att de möjligtvis inte har den mognad och kompetens som krävs för att känna sig trygga med uppgiften. Rimligtvis borde inte samma krav ställas på en oerfaren vikarie som på en ordinarie anställd med flera års arbetslivserfarenhet. Vikarier och nya medarbetare i hemtjänsten borde ha rätt att få "växa in" i uppgiften. Det vore optimalt om de kunde få vänta med läkemedelsdelegering tills de fått mer erfarenhet i yrket. Alternativt kunde de få börja med lite enklare läkemedelsdelegering för att sedan få ansvar för mer avancerade uppgifter när de själva känner sig redo för det. Samtidigt visar resultatet att det är problematiskt när vikarier inte hinner få läkemedelsdelegering eller nekar att ta emot delegering. Utan delegering kan de inte sköta sina arbetsuppgifter själva utan behöver ta hjälp av kollegor för att överlämna läkemedel. Det här skapar oundvikligen en press på personalen som börjar arbeta inom hemtjänsten att tvingas ta emot delegering oavsett om det känns tryggt eller inte. Utan delegering finns en risk att de inte kan arbeta kvar eftersom de endast kan utföra begränsade arbetsuppgifter. Även Gransjön Craftman, Hammar, von Strauss, Hillerås och Westerbotn (2015) visar att det inte ses som ett realistiskt alternativ att neka läkemedelsdelegering då medicinhantering är en oundviklig del av arbetet.

Resultatet visar vidare att läkemedelsdelegering medför en skyldighet att hantera uppgiften på ett ansvarsfullt sätt. Läkemedelshantering medför en rädsla att göra fel och uppgiften betraktas med stor respekt. Personlig kompetens behövs för att ta ansvar för uppgiften och för att bedöma i vilka situationer sjuksköterskan behöver kontaktas. Thorsen (2003) beskriver att arbetet inom hemtjänsten ofta betraktas som ett lågavlönat arbete med låg status, vilket kan resultera i att hemtjänstpersonalens bedömningar lätt kan förringas. Eftersom

hemtjänstpersonalen oftast känner patienten bäst kan de tvingas göra akuta bedömningar och hitta lösningar i svåra situationer. I en utsatt situation då inte sjuksköterskan kan nå riskerar personalen att utsätta sig för risker som inte tillhör deras kompetens.

Ömsesidigt förtroende och respekt

Resultatet belyser vikten av att hemtjänstpersonalen får stöd från sjuksköterskan för att känna trygghet med läkemedelsdelegeringen. Vid frågor eller problem som uppstår vid läkemedelshanteringen är det viktigt att kunna kontakta sjuksköterskan för att få stöd och hjälp. I resultatet belyses sjuksköterskans bemötande som stundtals kränkande. Att inte bli tagen på allvar när patienten upplevs behöva en bedömning av sjuksköterskan skapar en frustration hos hemtjänstpersonalen. Resultatet bekräftar Gransjön Craftman et al. (2015) studie som också visar att det finns en irritation gentemot distriktssköterskan över att lämnas ensam i svåra situationer. I sådana situationer kan hemtjänstpersonalen känna sig utsatt och utlämnad. Det kan kännas extra svårt eftersom hemtjänstpersonalen ofta är hos patienten flera gånger per dag och anser sig känna patienten allra bäst. Respekten mellan hemtjänstpersonalen och sjuksköterskan blir då lidande. Detta riskerar att skapa en otrygg arbetsplats med negativism och dålig stämning. Ett dåligt bemötande från sjuksköterskan skapar en rädsla att bli dumförklarad. Detta bidrar till att hemtjänstpersonalen tänker en gång extra om det verkligen är nödvändigt att ringa sjuksköterskan. Resultatet visar att hemtjänstpersonalen inte alltid vill ställa frågor till sjuksköterskan relaterat till risken att bli dumförklarad eller förminskad. Risken är då stor att hemtjänstpersonal utför arbetsuppgifter som de inte har tillräckligt med kunskap för, vilket medför risker för patienterna. Att känna sig förminskad eller mindre värd bidrar till både lägre självkänsla samt minskad arbetsglädje. Detta kan försämra relationen mellan hemtjänstpersonal och patient och resultera i en försämrad vård för patienten. Det är därför viktigt att yrkesgrupperna respekterar varandra och tillsammans skapar en vikänsla med rimliga förväntningar mellan de olika yrkesrollerna. Detta bekräftas även i en studie av Karlsson, Ekman och Fagerberg (2009) där det beskrivs att det är viktigt att yrkesgrupperna stärker varandra och gemensamt skapar en teamkänsla för att minimera risken för en otrygg arbetsplats. Förtroendet för sjuksköterskan är en viktig faktor för att vilja erhålla läkemedelsdelegering. Ett ömsesidigt förtroende mellan yrkesgrupperna stärker självkänslan och bidrar till en positiv syn på delegering. Eide och Eide (2009) menar att kommunikation är nyckeln för att skapa en så trygg arbetsplats som möjligt. Kommunikation påverkar samarbetet i arbetslaget samt synen på läkemedelsdelegering. Det här bekräftar tidigare studier (Potter, Deshields & Kuhrik 2010; Bittner & Gravlin 2009) där det tydligt framkommer att relationen mellan sjuksköterskan och den delegerade personen avgör hur lyckosam delegeringen blir i slutändan.

Distriktssköterskans ansvar

Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 122) blir det svårt för vårdare att kunna ge en god vård till patienterna om de själva känner sig utsatta och upplever vårdandet och vårdmiljön som något negativt. Särskilt stress och olika prövningar som uppkommer i arbetssituationen kan ha en negativ inverkan på vårdandet. Det är därför viktigt att de som vårdar också "blir vårdade" för att de ska känna att vårdandet är meningsfullt (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 122 - 124). När det gäller läkemedelsdelegeringar ligger det på distriktssköterskans ansvar att se till att hemtjänstpersonalen får det stöd och den utbildning som krävs för uppdraget för att de ska kunna uppleva vårdandet som positivt. Känner sig hemtjänstpersonalen trygg med uppgiften skapar det förutsättningar för att de ska kunna ge en god, säker och meningsfull vård.

Grunden i sjuksköterskans yrkesutövning är omvårdnad, att arbeta hälsofrämjande, handleda och att förebygga riskfaktorer enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Studier visar dock att dessa insatser har minskat till förmån för distriktssköterskans administration och flera inbokade patienter (Lindström, 2007). Det händer ofta att sjuksköterskan inte kontaktas förrän patienten är i så dåligt skick att sjukhusvård krävs. Detta framkommer även i resultatet där det uppges att sjuksköterskan oftast kommer när personalen ringer och inte alltid har kontinuerliga besök hos patienten. Det kan antas att stöd och handledning borde vara viktiga komponenter för att upprätthålla patientsäkerheten när vården utförs av icke sjukvårdspersonal. Faktum är att distriktssköterskan har huvudansvaret för att alla delegerade uppgifter hanteras på ett korrekt sätt. Det gäller både administrering av läkemedel men även hantering av olika tekniska sjukvårdsapparater som krävs för läkemedelsadministreringen. Distriktssköterskan är den som har störst medicinsk kunskap och bör inneha egenskaper som att handleda och stötta i olika situationer. Distriktssköterskan i hemsjukvården har ett omvårdnadsansvar som innefattar att göra bedömningar och att besluta om vilka hälso- och sjukvårdsinstanser som kan delegeras till hemtjänstpersonalen. För att säkerställa att patienterna får en god vård är det enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 125 - 126) viktigt att distriktssköterskan har kunskap om vårdarna. Genom att förstå vårdarnas erfarenheter av vårdande, vilka olika uppfattningar de har och vilken kompetens som finns kan de få rätt stöd för att kunna ge en god vård.

Metoddiskussion

Objektivitet

Vid livsvärldsforskning är det framförallt följsamheten och öppenheten mot fenomenet som undersöks som avgör om objektivitet har uppnåtts. Forskarna behöver låta fenomenet uppenbaras så som det är trots tidigare erfarenheter, tankar och åsikter för att kunna göra anspråk på att ha varit öppna. Den tyglade hållningen gentemot forskarnas förförståelse behöver finnas genom hela forskningsprocessen eftersom forskarna själva är redskap i forskningen. Forskarna behöver även ha en viss självförståelse för att kunna avgöra vad som är egna tankar och förstå hur de påverkar olika handlingar (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 335 - 342). Det kan ses som en svaghet för studiens objektivitet att forskarna i det här fallet hade många egna erfarenheter kring att delegera hemtjänstpersonal. Det finns då en risk att tidigare erfarenheter och tankar kan påverka studien och göra det svårare att upptäcka andra aspekter av fenomenet än de förväntade. För att skapa förutsättningar för en öppen och följsam hållning gentemot fenomenet har forskarna genom hela processen försökt vara medvetna om den egna förförståelsen för att den i minsta möjliga mån skulle påverka forskningen. Det har gjorts genom att studera litteratur som beskriver hur förförståelse kan inverka på forskning. Förförståelsen har även medvetandegjorts genom att skriva ner tankar och åsikter som fanns sedan tidigare kring fenomenet läkemedelsdelegering. Gemensamma reflekterande diskussioner har också förts under samtliga delar av forskningsprocessen med syfte att ifrågasätta om olika tankar och antaganden har färgats av förförståelsen. Det här kan ses som en styrka för studiens objektivitet.

Validitet

Validitet beskriver kvalitet i forskning på så vis att forskningen verkligen undersöker det den har för avsikt att undersöka. Det innebär att syfte, datainsamlingsmetoder och analysmetoder är lämpliga utifrån vad som ska undersökas. Validitet innebär också att resultatet svarar på syftet och inte något annat (Thornberg & Fejes 2015, ss. 257 - 258). En fenomenologisk

ansats med en livsvärldsteoretisk grund anses ha varit en lämplig metod för att undersöka det som var avsikten att undersöka vilket är en styrka för studiens validitet. En kvantitativ studie hade inte kunnat beskriva läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter. Livsvärldsintervjuer valdes som datainsamlingsmetod för att kunna beskriva läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter vilket var syftet med studien. Livsvärldsintervjuer bedömdes som en lämplig datainsamlingsmetod för att kunna beskriva och förstå fenomenet läkemedelsdelegering på ett djupare plan. Nackdelen med intervjuer kan enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 184) vara risken att forskaren i allt för stor utsträckning påverkar skildringen och att forskarens egna livsvärld uppenbaras istället för deltagarens. För att undvika detta användes så få riktade frågor som möjligt under intervjuerna. Forskarna försökte istället vara följsamma och öppna gentemot fenomenet under intervjuerna och formulerade lämpliga följdfrågor eller uppmaningar i stunden vilket styrker studiens validitet. Det här upplevdes som svårt under de första intervjuerna då forskarna var oerfarna inom livsvärldsforskning. Det märkes därför en viss skillnad på de intervjuer som gjordes först och de som gjordes senare, där ett större djup erhöles i de senare intervjuerna. En svårighet under intervjuerna var att fenomenet läkemedelsdelegering i många avseenden uppfattas som ett praktiskt åtagande och informanterna kom att tala mycket om praktiska rutiner och situationer kring läkemedelshanteringen. Det krävdes många uppmaningar under intervjuerna för att få informanterna att reflektera lite djupare hur olika situationer upplevdes och kändes. En annan svårighet under intervjuerna var att informanterna kom att tala om svåra situationer som kunde uppstå hos patienterna som inte rörde läkemedelsdelegering. Forskarna fick då leda tillbaka informanterna till fenomenet genom riktade frågor. Även andra former av intervjuer hade kunnat lämpa sig för att undersöka hemtjänstpersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering såsom semistrukturerade intervjuer eller fokusgruppsintervjuer. Det som talar för livsvärldsintervjuer är att läkemedelsdelegering kunde förstås utifrån ett större djup och utifrån levda erfarenheter vilket var intressant då tidigare livsvärldsforskning kring ämnet inte hittats.

Vid intervjuer är forskaren själv ett redskap vid datainsamlingen vilket innebär att forskaren interagerar med deltagaren och en relation skapas mellan dem. Intervjusituationen kan utgöra en begränsning vid datainsamlingen genom att det finns en risk att deltagaren blandar ihop forskarens roll med rollen som sjuksköterska och det kan då vara svårt att hålla sig till ämnet. Frågorna som ställs under intervjun kan även röra upp olika känslor hos deltagaren. Ur etisk synpunkt är det då viktigt att deltagarens välmående prioriteras före forskningen (Rinaldi Carpenter 2011, ss. 65 - 67). Det som rörde upp mest känslor under intervjuerna var relationen till sjuksköterskor där känslan av förminskande eller nedvärderande från sjuksköterskor var genomgripande. Deltagarna bedömdes inte må dåligt av att prata om känslorna utan berättade gärna om sina erfarenheter. I en intervjusituation råder enligt Creswell (2014, s. 98) en maktobalans mellan deltagaren och forskaren vilken måste tas hänsyn till. I det här fallet fanns det en risk att deltagarna skulle utelämna viss information om de kände att de var i underläge gentemot personen som intervjuade. Då forskarna i det här fallet var sjuksköterskor skulle de kunna förknippas med de som vanligtvis delegerar hemtjänstpersonalen vilket skulle kunna påverka deltagarna. Därför lade forskarna extra vikt på att skapa förtroende och tillit i intervjusituationerna. Det gjordes genom att förtydliga att intervjuerna inte handlade om att kontrollera deras kunskap kring läkemedelsdelegering utan de handlade om att få ta del av deras erfarenheter oavsett om de var positiva eller negativa. Deltagarna upplystes även om sin anonymitet och att ärlighet uppskattades om de verkade tveksamma inför att berätta någonting. Ingen intervju genomfördes med deltagare som författarna personligen kände från sin ordinarie arbetsplats för att förutfattade meningar och

tidigare gemensamma erfarenheter inte skulle påverka intervjun. Med tanke på resultatet som framkom kan det tyckas som att forskarna lyckats skapa förtroende hos deltagarna vilket styrker studiens validitet. Deltagarna var frispråkiga och vågade berätta om många negativa erfarenheter kring sjuksköterskors bemötande trots att forskarna i detta fall var sjuksköterskor.

Forskarna upplevde analysprocessen som svår. Meningskluster och teman omformulerades flertalet gånger. En styrka i studien är att forskarna även här medvetet försökte tygla sin förförståelse och hålla sig öppna och följsamma gentemot fenomenet samt att data lästes igenom många gånger för att få en bra helhetsbild. En styrka är också att analysen gjordes både enskilt och tillsammans då det är lättare att helhetsbilden missas om all analys sker gemensamt. Forskarna läste data enskilt och markerade meningsbärande enheter och kommenterade utifrån innebörder innan en gemensam analys gjordes. Många meningsbärande enheter krävde en diskussion huruvida de syftade på fenomenet eller inte och flera fick tas bort då de bedömdes handla om ovidkommande saker. Fenomenets essens beskrivs inte i studien vilket är en svaghet. Enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, ss. 254 – 255) finns det flera förklaringar till att essensen av ett fenomen inte alltid kan beskrivas. En förklaring kan vara att forskares oerfarenhet försvårar processen att tolka och uttala innebörder som ska sammanfatta datamaterialet. Essentiella innebörder sammanfattar fenomenet på en högre abstraktionsnivå utifrån alla de variationer som fenomenet kännetecknas av (Dahlberg 2014, ss. 126 – 128). Forskarnas oerfarenhet när det gäller innebördsanalys kan därför i denna studie ha kommit att påverka resultatet på så vis att innebörder inte abstraherats tillräckligt för att kunna hitta fenomenets essens. Trots det anses resultatet beskriva fenomenet läkemedelsdelegering på ett brett och djupt sätt och det finns många citat som styrker resultatet vilket är en styrka för validiteten.

Generaliserbarhet

För att en studie ska vara generaliserbar behöver kunskapen som framkommer i studien vara användbar och överförbar till andra kontexter och inte bara beskriva några individers upplevelser (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 342). Det är då en fördel om urvalet är gjort på ett sådant sätt att individerna skiljer sig åt när det gäller olika egenskaper (Dahlberg & Segesten 2010, s. 80). Urvalet i studien är en styrka för generaliserbarheten eftersom det fanns en god variation i urvalet gällande ålder, yrkeserfarenhet, utbildning, arbetsplats och kommun. Två olika kommuner inkluderades i studien vilket ses som en styrka då rutiner och arbetssätt skilde sig åt en del mellan kommunerna vilket gav en större bredd i resultatet. Möjligen kan det hävdas försvaga överförbarheten att inga manliga deltagare hittades och att alla hemtjänstgrupper inte fick möjlighet att delta då enhetscheferna inte återkopplade. Det kan tänkas att andra innebörder av fenomenet hade uppenbarats med en ännu större bredd i urvalet. Det hade också varit intressant om någon av deltagarna hade haft en ännu färskare erfarenhet av att erhålla en läkemedelsdelegering. De flesta hade haft sin delegering en längre tid och viss glömska kan då ha påverkat informationen om hur det var att börja arbeta utifrån en delegering i början av sin tjänst. Trots det framkom mycket tankar hos informanterna kring osäkerheten som fanns i början. Läkemedelsdelegering utfärdas inom många olika kontexter och inte enbart till hemtjänstpersonal. Andra yrkeskategorier som erhåller läkemedelsdelegering är exempelvis omvårdnadspersonal på äldreboende och personliga assistenter. Eftersom arbetssättet och olika rutiner kan skilja sig åt mellan olika yrkesgrupper ansågs det lämpligt att avgränsa syftet till att enbart beskriva läkemedelsdelegering utifrån hemtjänstpersonalens erfarenheter. Det här kan ses som en styrka för generaliserbarheten då det lättare går att överföra resultatet till andra hemtjänstgrupper. Däremot är resultatet mindre

överförbart till andra yrkeskategorier som arbetar utifrån delegering. Vissa delar av resultatet i studien skulle kunna hävdas vara mer generaliserbara än andra då alla delar inte lyckats nå en tillräckligt abstrakt nivå. Vid kvalitativ forskning kan resultatet inte ses som hela sanningen utan snarare som ett perspektiv kring ämnet som undersöks. Läsaren får då själv avgöra i vilken mån resultatet kan tänkas vara överförbart till andra kontexter (Thornberg & Fejes 2015, s. 272).

SLUTSATSER

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter till hemtjänstpersonal är en viktig del av distriktssköterskans arbete inom den kommunala hemsjukvården. Läkemedelsdelegering uppfattas som ett oundvikligt åtagande av hemtjänstpersonalen. Uppgiften kan både upplevas påtvingad men även stimulerande under rätt förutsättningar. För att läkemedelsdelegering till hemtjänstpersonalen ska fungera tillfredsställande är det nödvändigt att de får den support och utbildning de behöver och att distriktssköterskan finns lättillgänglig. Det är även betydelsefullt att distriktssköterskan har en ödmjuk attityd och är lyhörd för vilken kompetens hemtjänstpersonalen besitter. Studien konstaterar att det är vanligt förekommande att hemtjänstpersonalen upplever sig utsatt och ensam i svåra situationer vid läkemedelshanteringen. Arbetslivserfarenhet, kompetens och ett fungerande samarbete med distriktssköterskan underlättar för dem att hantera och ta ansvar för sådana situationer. Patientsäkerheten kan inte upprätthållas om hemtjänstpersonalen är otrygg med uppgiften. Därför är det viktigt att distriktssköterskan förstår sitt helhetsansvar för omvårdnaden av patienten, vilket även innebär att se till att hemtjänstpersonalen har rätt verktyg för att kunna utföra uppgiften tryggt och patientsäkert. Vidare ses en ökad digitalisering gällande läkemedelshanteringen som nödvändigt för att skapa en hållbar och säker vård i framtiden.

Kliniska implikationer

Det är viktigt att distriktssköterskan har kunskap om de positiva och negativa sidorna av läkemedelsdelegering som belyses i studien, då det kan skapa en bättre förståelse för hur det är att erhålla och arbeta utifrån en läkemedelsdelegering. Kunskapen kan användas till att förbättra rutiner och säkra processer kring läkemedelsdelegering för att skapa en hållbar utveckling. Kunskapen kan också bidra till en större förståelse för distriktssköterskans ansvar att skapa goda vårdrelationer mellan de olika yrkesgrupperna för att förbättra vården av patienten.

Förslag till fortsatt forskning

Åtskilliga studier har belyst sjuksköterskors och distriktssköterskors erfarenheter av läkemedelsdelegering. Det vore intressant med ytterligare forskning utifrån hemtjänstpersonalens perspektiv. Fortsatt forskning kan förslagsvis fokusera på att undersöka erfarenheter av läkemedelsdelegering hos hemtjänstpersonal som nyligen erhållit en delegering. Det kan tänkas att andra erfarenheter uppenbaras när delegeringen är mer färsk. Det vore även intressant med forskning kring läkemedelsapplikationers inverkan på patientsäkerhet samt dess inverkan på samarbetet mellan hemtjänstpersonal och distriktssköterskor.

REFERENSER

Alcorn, J. & Topping, A.E. (2009). Registered nurses' attitudes towards the role of the healthcare assistant. *Nursing Standard*, 23 (42), ss. 39 - 45. doi: 10.7748/ns2009.06.23.42.39.c7054

Barat, I., Andreassen, F. & Damsgaard, E. M. S. (2001). Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Journal of Clinical Pharmacology*, 51(6), ss. 615 – 622. doi: 10.1046/j.0306-5251.2001.01401.x

Berland, A. & Bentsen, S. B. (2017). Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing*, 26(21/22), ss. 3734 – 3741. doi:10.1111/jocn.13745

Bittner, N.P. & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of nursing administration*, 39(3), ss. 142 – 146. doi: OvidSP_UI03.31.01.212, SourceID 114488

Bystedt, M., Eriksson, M. & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *Journal of Nursing Management*, 19(4), ss. 534-541. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01202.x

Bökberg, C. & Drevenhorn, E. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. I Drevenhorn, E. (red.) *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 59 - 73.

Craftman, Å. G., von 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(3-4), ss. 569-578. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04262.x

Creswell, J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousands Oaks: Sage Publications.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Författaren och Natur & Kultur.

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

De Vlieghe, K., Declercq, A., Aertgeerts, B. & Moons, P. (2016). Health care assistants in home nursing: the holy grail or the emperor's new clothes? A qualitative study. *Home Health Care Management & Practice*, 28(1), ss. 51 – 56. doi:10.1177/1084822315589563

Dutton, J., McCaskill, K., Alton, S., Levesley, M., Hemingway, C. & Farndon, L. (2018). Changing roles in community health care: Delegation of insulin injections to health care support workers. *Journal of Community Nursing*, 23(1), ss. 14 - 19. doi:10.12968/bjcn.2018.23.1.14

Eide, T. & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber AB.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I Fejes, A. & Thornberg, R. (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 256 - 278.

Gransjön Craftman, Å., Hammar L. M., von Strauss, E., Hillerås, P. & Westerbotn, M. (2015). Unlicensed personnel administering medications to older persons living at home: a

challenge for social and care services. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), ss. 201-210. doi:10.1111/opn.12073

Halmstad kommun (2016). Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. <https://www.halmstad.se/download/18.71bad37153318dda7d2f5fd/1464075716891/delegering-av-halso-och-sjukvardsuppgifter,%20riktlinje.pdf> [2018-11-07]

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. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x

Högskolan i Borås (2018). *Regler*. <https://www.hb.se/Student/Mina-studier/Regler-for-studenters-behandling-av-personuppgifter-/Regler/> [2018-05-09]

Karlsson, I., Ekman, S. & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home- some Registered Nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 23(2), ss. 265-273. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00616.x

Kasén, A. (2017). Patient och sjuksköterska i en vårdande relation. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, ss. 97 – 111.

Kiessling, T. & Kjellgren, K. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*. 24 (4), ss. 31–35. doi:10.1177/010740830402400407

Lindström, A-C. (2007). *Något som inte längre är- Distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv*. Diss., Göteborgs Universitet.

Mirch, H. (2018). Signering i app har minskat läkemedelsfelen. *Vårdfokus* <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2018/augusti/signering-i-app-har-minskat-lakemedelsfelen/> [2018-10-10]

Northern Nurses' Federation (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf> [2018-05-09]

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, P., Deshields, T. & Kuhrik, M (2010). Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *Journal of Nursing Management*, 18(2), ss. 157 – 165. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01062.x

Regeringskansliet (2017). *Hälsa och välbefinnande*. Stockholm: Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/> [2018-09-11]

Rinaldi Carpenter, D. (2011). Ethical Considerations in Qualitative Research. I Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (red.) *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ss. 56 - 71.

SFS: 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2017). *Minska risken för läkemedelsrelaterade skador*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/lakemedelsrelaterade-skador>

Socialstyrelsen (2016). *Din rätt till vård och omsorg: en vägvisare för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20182/2016-5-5.pdf> [2018-05-21]

Socialstyrelsen (2014) *Läkemedelsorsakad dödlighet hos äldre- kartläggning och förslag till åtgärder*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19621/2014-12-13.pdf> [2018-09-10]

Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring: En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf [2018-09-10]

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

Stockholms läns landsting (2018). *Information kring delegeringsstopp hos kommunerna*. <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/sjukvardsstyrelse-norr/2018/2018-02-08/protokoll-for-sjukvardsstyrelse-norr-2018-02-08.pdf> [2018-10-10]

Streubert, H. J. (2011). The Conduct of Qualitative Research: Common Essential Elements. I Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (red.) *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ss. 1–17

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [2018-09-27]

Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Nationell läkemedelsstrategi*. <https://skl.se/halsasjukvard/lakemedel/strategilakemedel.658.html> [2018-09-27]

Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Säker läkemedelsanvändning*. <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/sakerlakemedelsanvandning.12455.html> [2018-05-21]

Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Säkrare vård och omsorg: handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete*. <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-640-8.pdf> [2018-09-10]

Thorsen, K. (2003). Gränser för omsorg och den gränslösa omsorgen. I Szebehely, M. (Red.) *Hemhjälp i Norden- illustrationer och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur, ss. 241 – 253.

Ulfvarsson, J., Bardage, C., Wredling, R. A.- M., von Bahr, C. & Adami, J. (2007). Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drugs. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), ss. 141 - 148. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01477.x

Weilenmann, L. (2016). Här får hemtjänsten inte längre ge medicin. *Vårdfokus* <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2016/september/delegering/> [2018-09-27]

World Health Organization (2017a). *WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*.
<http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>
[2018-09-27]

World Health Organization (2017b). *Medication Without Harm*.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1> [2018-09-27]



Till verksamhetschef för godkännande datasinsamling

Vi är två sjuksköterskor, Anna Vilhelmsson och Evelina Frisk som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Högskolan i Borås. Som en sista del i utbildningen ingår det att göra en magisteruppsats.

Syftet med magisteruppsatsen är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan kommer i kontakt med som exempelvis att utfärda medicindelgeringar till omvårdnadspersonal inom hemtjänsten. Syftet med studien är att undersöka vilka erfarenheter hemtjänstpersonal har av medicindelegering vilket är ett angeläget ämne som inte är så mycket beforskat.

Vår förhoppning är att studien ska bidra till ökad förståelse mellan distriktssjuksköterskor och omvårdnadspersonal samt förbättrade rutiner. Vi skulle uppskatta din hjälp att hitta intresserad omvårdnadspersonal som vill medverka i vår studie. Förhoppningen är att totalt hitta åtta deltagare. Brevet skickas till flera verksamhetschefer.

Vi kommer att göra intervjuer som kan liknas vid en dialog kring medicindelegering. Intervjuerna spelas in för att kunna skrivas ner ordagrant och användas i studien. Vi vänder oss till de som arbetar inom hemtjänsten och har en aktuell medicindelegering. Vi är intresserade av både de som arbetat kortare och längre tid inom hemtjänsten.

Intervjuerna kommer att genomföras under hösten 2018, under veckorna 38–39 och kan gärna ske på arbetsplatsen eller enligt överenskommelse. Tidsåtgången beräknas till cirka 40 - 60 minuter. Medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och enskilda deltagare kan inte spåras i publicerat material.

För att underlätta för oss att komma igång med våra intervjuer så skulle vi uppskatta svar om godkännande för datainsamling senast 14/9. Det räcker i första skedet med en återkoppling via mejl om godkännande. Vi skulle även vara tacksamma om Ni kunde fråga personalen i hemtjänstgruppen om någon skulle kunna tänka sig att delta. Ifall intresse finns hos någon eller några i gruppen att delta kommer vi att behöva en underskrift ifrån Er om godkännande.

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Anna Vilhelmsson och Evelina Frisk genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Titel/ Verksamhet

Ort/ Datum

Vid frågor eller eventuella funderingar är Ni välkommen att kontakta oss eller vår handledare

Hälsningar

Anna Vilhelmsson
S171619@student.hb.se

Evelina Frisk
Evelina.frisk@gmail.com

Handledare
Camilla Eskilsson, universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås
Camilla.eskilsson@hb.se

Informationsbrev till deltagare i studie

Bilaga 2

Vi är två sjuksköterskor, Anna Vilhelmsson och Evelina Frisk som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Högskolan i Borås. Som en sista del i utbildningen ingår det att göra en magisteruppsats.

Syftet med magisteruppsatsen är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete som exempelvis att utfärda medicindelgeringar till undersköterskor/omvårdnadspersonal inom hemtjänsten.

Syftet med vår uppsats är att undersöka vilka erfarenheter personal inom hemtjänsten har av medicindelegering, vilket är ett ämne som är angeläget och inte så mycket beforskat. Vår förhoppning är att studien ska bidra till ökad förståelse mellan distriktssköterskor och omvårdnadspersonal samt förbättrade rutiner. Vi uppskattar om Ni vill delta i studien.

Vi kommer att göra intervjuer som kan liknas vid en dialog kring medicindelegering. Intervjuerna spelas in för att kunna skrivas ner ordagrant och användas i studien. Vi vänder oss till dig som arbetar inom hemtjänsten och har en aktuell medicindelegering. Vi är intresserade av både Er som arbetat kortare och längre tid inom hemtjänsten.

Intervjuerna kommer att genomföras under hösten 2018, under veckorna 38–39 på din arbetsplats eller enligt önskemål. Tidsåtgången beräknas till 40–60 minuter. Medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och enskilda deltagare kan inte spåras i publicerat material.

Kan du tänka dig att medverka i studien så uppskattar vi svar om deltagande senast tisdag 18/9. Vid intresse så kontaktar Ni Anna eller Evelina på nedanstående mejladresser.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Ni välkommen att kontakta oss eller vår handledare

Hälsningar

Anna Vilhelmsson
S171619@student.hb.se

Evelina Frisk
evelina.frisk@gmail.com

Handledare
Camilla Eskilsson, universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås
camilla.eskilsson@hb.se

Bakgrundsinformation:

Kön:

Ålder:

Utbildning:

Hur länge har du arbetat inom hemtjänsten?

Hur länge har du haft medicindelegering?

Vad har du för slags medicindelegering?

Öppningsfråga: Vad innebär det för dig att ha en medicindelegering?

Uppmaningar för att komma vidare och djupare under intervjun: berätta mer, hur menar du då, kan du förklara, har du något exempel på det, vad tänkte du då, hur upplevde du det?

Frågeområden:

- Delegeringstillfället
- Erfarenheter av att utföra arbetsuppgifter som kräver medicindelegering
- kontakt med sjuksköterska/distriktssköterska
- patientsäkerhet
- trygghet och förtroendet med uppgiften
- mötet med patienten

Vi är två sjuksköterskor, Anna Vilhelmsson och Evelina Frisk som studerar på specialistjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Högskolan i Borås. Som en sista del i utbildningen ingår det att göra en magisteruppsats. Syftet med magisteruppsatsen är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete som exempelvis att utfärda medicindelgeringar till undersköterskor/omvårdnadspersonal inom hemtjänsten.

Syftet med vår uppsats är att undersöka vilka erfarenheter personal inom hemtjänsten har av medicindelegering, vilket är ett ämne som är angeläget och inte så mycket beforskat. Vår förhoppning är att studien ska bidra till ökad förståelse mellan distriktssköterskor och omvårdnadspersonal samt förbättrade rutiner. Vi uppskattar om Ni vill delta i studien.

Vi kommer att göra intervjuer som kan liknas vid en dialog kring medicindelegering. Intervjuerna spelas in för att kunna skrivas ner ordagrant och användas i studien. Vi vänder oss till dig som arbetar inom hemtjänsten och har en aktuell medicindelegering. Vi är intresserade av både Er som arbetat kortare och längre tid inom hemtjänsten.

Intervjuerna kommer att genomföras under hösten 2018, under veckorna 38–39 på din arbetsplats eller enligt önskemål. Tidsåtgången beräknas till 40–60 minuter. Medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och enskilda deltagare kan inte spåras i publicerat material.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Ni välkommen att kontakta oss eller vår handledare

Hälsningar

Anna Vilhelmsson
S171619@student.hb.se

Evelina Frisk
evelina.frisk@gmail.com

Handledare
Camilla Eskilsson, universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås
camilla.eskilsson@hb.se

Informerat samtycke

Jag har fått information om studien och samtycker härmed till att delta inom ramen för vad som beskrivits ovan. Jag är medveten om att min medverkan är frivillig och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan förklaring.

Underskrift

Namnförtydligande

Ort och datum

Vi som utför studien skulle vilja att du lämnar vissa uppgifter om dig själv, närmare bestämt ditt namn och kontaktuppgift (mail/telefonnummer) samt arbetsplats. Syftet för detta är att göra det möjligt att bestämma tid för intervju samt kunna nå dig efteråt om det finns behov av kompletterande uppgifter. Dessa uppgifter om dig själv kommer endast att vara tillgängliga och användas av oss som utför studien. Resultatet av studien kommer att sammanställas i oidentifierad form och presenteras så att inga uppgifter kan spåras till dig. Dina personuppgifter kommer att raderas då studien är genomförd. Detta förfarande i enlighet med dataskyddsförordningen GDPR.

Om du har några frågor kring hur dina personuppgifter behandlas kan du läsa mer om hur högskolan behandlar personuppgifter på vår webbplats, <http://www.hb.se/dataskydd>.

Jag samtycker till att uppgifter om mig samlas in och behandlas enligt ovan.

Underskrift

Namnförtydligande

Ort och datum