

# Distriktssköterskans läkemedelsförskrivning på vårdcentral

- en enkätbaserad pilotstudie

<b>FÖRFATTARE</b>	Ingalill Ahlqvist Marie Carlson
<b>PROGRAM/KURS:</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska  OM5310 HT 2012
<b>OMFATTNING:</b>	15 Högskolepoäng
<b>HANDLEDARE:</b>	Ingela Heno
<b>EXAMINATOR:</b>	Eva Lidén

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## FÖRORD

Vi vill tacka distriktssköterskorna på berörda vårdcentraler i Kungsbacka och Alingsås kommun för ett positivt bemötande, engagemang och att ni tog Er tid att svara på enkäten.

Stort tack till vår handledare Ingela Hensch som varit till stor hjälp med synpunkter, idéer och guidat oss genom dataprogrammet SPSS.

Vi vill även tacka Lesley Oosterman för språklig hjälp med abstract.

Titel (svensk):	Distriktssköterskans läkemedelsförskrivning på vårdcentral – en enkätbaserad pilotstudie
Titel (engelsk):	District nurses prescribing of medication in a care center – a questionnaire-based pilot study
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 Högskolepoäng  OM5310
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30
Författare:	Ingalill Ahlqvist, Marie Carlson
Handledare:	Ingela Hénoch
Examinator:	Eva Lidén

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Sjuksköterskors rätt att förskriva läkemedel skiljer sig åt mellan olika länder och infördes för distriktssköterskor i Sverige 1994. Socialstyrelsens uppföljning av sjuksköterskans förskrivningsrätt 2004 indikerade att förskrivningsrätten användes i liten utsträckning. I tidigare forskning framkommer såväl möjligheter som hinder kring förskrivningsrätten. **Syfte:** Syftet är att undersöka hur distriktssköterskan på vårdcentral använder sin förskrivningsrätt. **Metod:** Kvantitativ enkätstudie. För datainsamling omarbetades en redan framtagen enkät från Socialstyrelsens uppföljning 2004. Resultatet bearbetas med deskriptiv statistik samt kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Samtliga distriktssköterskor uppgav att de använde sin förskrivningsrätt. Den största gruppen uppgav att de skrev ut läkemedel några gånger per månad. De som förskrev dagligen hade haft sin förskrivningsrätt kortare tid än de som förskrev mer sällan. Resultatet kunde inte påvisa någon tydlig skillnad i förskrivningsfrekvens mellan region eller mellan privat och offentlig verksamhet. Vanligast förekommande indikationsområde var eksem och vanligast förskrivna läkemedel var medelstarkt verkande glukokortikoid. Fördelar som framkom med förskrivningsrätten utmynnade i kategorierna *Patientnytta*, *Resursnyttjande* och *Att växa i yrket*. De nackdelar som uttrycktes formade kategorierna *Kunskapsbrist* och *Yttre omständigheter*. **Slutsats:** Jämfört med tidigare forskning visar vårt resultat att förskrivningsrätten används mer frekvent idag och majoriteten vill förskriva andra läkemedel. Samtliga distriktssköterskor uttryckte att de upplevde fördelar med förskrivningsrätten, för såväl patient som distriktssköterska och arbetsfördelning på mottagningen. Olika hinder försvårar dock förskrivningen.

## ABSTRACT

**Background:** The authority for nurses to prescribe medication varies between countries. In Sweden, district nurses have been permitted to prescribe medication since 1994. An evaluation of the frequency of drug prescriptions administered by nurses, conducted in 2004 by The National Board of Health and Welfare, indicated that it was used in a minor extend. This evaluation and past research has identified both benefits and obstacles surrounding the administration of prescriptions by nurses. **Aim:** This study aims to investigate how district nurses in a care center utilize their authority to prescribe medication. **Method:** Quantitative questionnaire study. A previously designed questionnaire by The National Board of Health and Welfare from 2004 was used after some modification. The results were processed through descriptive statistics and qualitative content analysis. **Results:** All district nurses reported using their right to prescribe medication. Most stated that they prescribed medication a few times per month. Those who prescribed on a daily basis had more recently been granted the authority to prescribe medication. The results did not yield any proof of distinct differences in prescription frequency between the two county councils or between private and public care centers. The most common indication area was eczema, the most commonly prescribed medication was medium potent glucocorticoids. Benefits that emerged with the authority to prescribe were categorized in *Patient benefits*, *Resource utilization* and *Professional development*. The disadvantages that emerged were categorized in *Lack of knowledge* and *External circumstances*. **Conclusion:** In comparison with previous research, our results show that the right to prescribing is exercised more frequently today, and most nurses desire an extended list of medication. The total sample expressed benefits of being able to prescribe medication such as advantages for the patients, for themselves and for the division of labor within the clinic, but various obstacles makes the prescribing difficult.

**Key words:** Nurse, district nurse, prescribing, nurse practitioner, medication prescription

## **INNEHÅLL**

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Distriktssköterskans historia och kompetens</b>	<b>1</b>
<b>Förskrivningsrätt</b>	<b>2</b>
<i>Nationellt</i>	<b>2</b>
<i>Internationellt</i>	<b>2</b>
<b>Tidigare forskning</b>	<b>3</b>
<i>Användning av förskrivningsrätten</i>	<b>4</b>
<i>Möjligheter och hinder kring förskrivningsrätten</i>	<b>5</b>
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b>	<b>7</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>9</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
<b>URVAL</b>	<b>10</b>
<b>DATAINSAMLING</b>	<b>10</b>
<b>DATAANALYS</b>	<b>11</b>
<b>PILOTSTUDIE</b>	<b>11</b>
<b>Forskningsetiska övervägande</b>	<b>13</b>

<b>RESULTAT</b>	<b>14</b>
<b>BAKGRUNDSDATA</b>	<b>14</b>
<b>FÖRSKRIVNINGSFREKVENNS</b>	<b>15</b>
<b>FAKTORER SOM PÅVERKAR FÖRSKRIVNINGEN</b>	<b>17</b>
<b>INDIKATIONSOMRÅDEN OCH LÄKEMEDEL</b>	<b>18</b>
<b>FÖRDELAR MED FÖRSKRIVNINGSRÄTTEN</b>	<b>19</b>
<b>SVÅRIGHETER MED FÖRSKRIVNINGSRÄTTEN</b>	<b>19</b>
<b>ÖNSKEMÅL OM ANDRA LÄKEMEDEL</b>	<b>21</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>22</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>22</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>24</b>
<b>FORTSATT FORSKNING</b>	<b>26</b>
<b>SLUTSATS</b>	<b>27</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>29</b>

#### **Bilagor**

1. Enkät
2. Forskningspersonsinformation
3. Indikationer – övergripande avsnitt samt indikationsområden enligt SOSF 2011:1

# **INTRODUKTION**

## **INLEDNING**

I distriktssköterskeutbildningen ingår kursen Farmakologi och Sjukdomslära 15 högskolepoäng vilket ger oss som blivande distriktssköterskor goda kunskaper och rätt att ansöka om förskrivningsrätt för läkemedel. Socialstyrelsen gjorde år 2004 en uppföljning av distriktssköterskors och sjuksköterskors användning av sin förskrivningsrätt inom kommunal hälso-och sjukvård vilket indikerade att förskrivningsrätten utnyttjades i liten utsträckning. Vår personliga erfarenhet är att förskrivningsrätten används i liten utsträckning även på vårdcentral. Med tanke på vår utbildning och kunskap borde vi vara väl förberedda för uppgiften att förskriva läkemedel. Denna studie kommer belysa hur distriktssköterskan på vårdcentral använder sin förskrivningsrätt samt undersöka vilka faktorer som påverkar förskrivningen.

## **BAKGRUND**

### **Distriktssköterskans historia och kompetens**

Redan vid förra sekelskiftet fanns det i Sverige sjuksköterskor på landsbygden som jobbade med hemsjukvård och förebyggande sjukvård. Deras främsta uppgift då var att förhindra smittspridning, isolera och vårda sjuka. Från provinsialläkarna kom önskemål om fler distriktssköterskor och år 1919 kom den första reglerade distriktssköterskeutbildningen [1].

Den första distriktssköterskeutbildningen omfattade ämnen som huslig ekonomi med matlagning, bostadshygien, dispensärvård, social lagstiftning och rumsdesinfektion. Utbildningen var tio månader lång. Större delen av utbildningen bestod av praktik i sinnessjukvård, epidemi, barn och vanförevård [1]. På 70 och 80-talet fick många distriktssköterskor arbete på vårdcentral då det satsades på primärvården. Under 90-talet blev det fokus på hemsjukvård istället för sjukhusvård. En stor förändring kom med Ädelreformen vars syfte var att mer effektivt använda samhällets resurser genom att kommunerna fick ett helhetsansvar för vård av äldre och handikappade. Andra viktiga händelser var då distriktssköterskorna 1994 fick möjlighet till förskrivning av vissa läkemedel [2], samt vårdvalet som infördes från 2009 och medförde att medborgarna själva fick välja vårdgivare, såväl privat som offentlig [3].

Distriktssköterskans kompetensbeskrivning består huvudsakligen av fyra områden omvårdnad/vårdvetenskap, folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap och pedagogik/ledarskap. Arbetet ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt ett etiskt, holistiskt och hälsofrämjande förhållningssätt. Förutom teoretisk kunskap krävs förmågan att kunna reflektera och omsätta kunskap i praktiken. Det handlar även om att möta, stödja, förebygga, råda samt hjälpa till i alla livets skeden [4].

## **Förskrivningsrätt**

### ***Nationellt***

Förskrivningsrätten regleras av Socialstyrelsen enligt (SOSFS 2001:16) [5] som beskriver kompetenskraven för sjuksköterskor angående förskrivning av läkemedel. Förskrivningen gäller 15 huvudavsnitt med drygt 60 olika indikationsområden (SOSFS 2011:1) [6], som utgår från sjuksköterskans kompetensområde och patienternas behov [7]. Ett antal principer reglerar vilka läkemedel distriktssköterskor får skriva ut. Indikationerna ska omfatta; omvårdnadsuppgifter, läkemedel för symtomlindring och läkning samt behandling av ögoninfektioner, allergier, masksjukdomar, förebyggande av vitaminbrist och behandling av karies vid muntorrhet. Distriktssköterskan ska kunna ställa diagnos utan några laboratoriska undersökningar. Läkemedlen ska vara godkända och ha använts i två år. Regler för dokumentation och ansvar ska vara samma som för läkare [7].

År 2001 fick en större grupp sjuksköterskor förskrivningsrätt under förutsättning att vissa utbildnings- och tjänstgöringskrav var uppfyllda. För dessa sjuksköterskor krävs en vidareutbildning i farmakologi och sjukdomslära, 15 högskolepoäng. Ansökan om förskrivningsrätt görs skriftligen till Socialstyrelsen och när den blir beviljad får man en personlig förskrivarkod. Det krävs för distriktssköterskor att man har en tjänstgöring inom landstingets eller kommunens primärvård, hemsjukvård eller äldreomsorg. För övriga sjuksköterskor krävs en tjänstgöring vid hemsjukvård eller särskilda boende inom kommunens hälso- sjukvård för äldre eller funktionshindrade. Förskrivningsrätten gäller endast under tjänstgöringstiden hos någon av nämnda verksamheter eller hos privata vårdgivare med motsvarande uppgifter som finansieras offentligt [5].

### ***Internationellt***

Förskrivningsrätten för sjuksköterskor internationellt skiljer sig åt gällande vilka som får förskriva, vad som får förskrivas samt när förskrivningsrätten infördes. I USA har det



exempelvis varit möjligt för sjuksköterskor med särskild utbildning (Nurse Practitioners) att ställa diagnos och förskriva läkemedel sedan 70-talet [8, 9]. I Storbritannien har förskrivningsrätten funnits sedan 1994 och i Finland har förskrivningsrätten nyligen införts [9].

I Storbritannien finns tre olika nivåer för sjuksköterskans förskrivningsrätt. Dessa nivåer förekommer i olika variationer även internationellt. *Independent Prescribers* får lov att skriva ut läkemedel utan att konsultera en läkare. De läkemedel som får förskrivas är i vissa länder utifrån en särskild lista med ett begränsat antal läkemedel (såsom exempelvis i Sverige), i andra länder i princip alla registrerade läkemedel. *Supplementary Nurse Prescribers* är beroende av en överenskommelse mellan läkare och sjuksköterska. Efter undersökning och diagnostisering av läkare skrivs en form av vårdplan, varefter sjuksköterskan får lov att skriva ut läkemedel, antingen fritt eller utifrån en begränsad lista. *Community Practitioner Nurse Prescribers*, var den första kategori som fick förskrivningsrätt i Storbritannien (district nurses och health visitors). Dessa får förskriva oberoende av läkare men endast utifrån en mycket begränsad lista som innehåller framförallt receptfria produkter (sårbehandling och katetervård) samt vissa läkemedel som är vanligt förekommande inom deras arbetsområde [9, 10].

### **Tidigare forskning**

För att söka tidigare forskning användes databaserna Cinahl, Web of science, Pub Med samt Göteborgs universitetsbiblioteks söktjänst SUMMON. Boolesk sökteknik användes med operatoreorna AND och OR för att bättre täcka in och avgränsa sökningen. De sökord som användes var nurse, district nurse, prescribe, prescribing och nurse practitioner, i olika kombinationer. Via kedjesökning hittades ytterligare artiklar utifrån referenser och citerade artiklar i nämnda databaser. Våra kriterier var att artiklarna skulle vara peer reviewed samt från år 2000 och framåt. Tio artiklar valdes ut varav fem kvalitativa, fyra kvantitativa och en med mixed method. Utöver dessa inkluderades Socialstyrelsens uppföljning från 2004.

På grund av skillnader mellan Sverige och andra länder avseende vilka sjuksköterskor som får förskriva läkemedel har vi valt att skriva sjuksköterskor eller distriktssköterskor när vi beskriver svenska förhållanden men enbart sjuksköterskor då det gäller internationella studier. I tidigare forskning beskrivs hur förskrivningsrätten används samt vilka möjligheter och hinder sjuksköterskorna upplever i samband med förskrivningsrätten.

### ***Användning av förskrivningsrätten***

År 1996 var det 2638 distriktssköterskor som hade förskrivningsrätt i Sverige och antalet läkemedelsposter per månad och distriktssjuksköterska var 1,69 (en läkemedelspost innebär ett förskrivet läkemedel). Efter att förskrivningsrätten utökats till sjuksköterskor med annan specialistutbildning 2001, var det totala antalet med förskrivningsrätt 9082. I september 2004 var antalet 11532 [7] och i december 2011, 15 690 [11]. I december 2011 expedierades 46 953 läkemedelsposter enligt Apotekens Service T Renberg (personlig kommunikation 2012-08-24). Detta innebär 2,99 läkemedelsposter per distriktssköterska/sjuksköterska med förskrivningsrätt.

I uppföljningen Socialstyrelsen gjorde 2004 ingick sjuksköterskor med förskrivningsrätt och distriktssköterskor som arbetade i den kommunala hälso- och sjukvården. Enkäten besvarades av 159 sjuksköterskor. Det var endast 2 % som förskrev dagligen, 45 % använde sin förskrivningsrätt några ggr i veckan och 40 % några ggr i månaden. Fem procent förskrev några ggr/år och 6 % förskrev aldrig. De läkemedel som förskrevs mest var mot torr hud, förstoppning och tillfällig smärta [7]. Samma år i England undersöktes i vilken utsträckning 91 sjuksköterskor använde sig av sin förskrivningsrätt. Sjuksköterskorna var mellan 30-59 år och hade arbetat i mer än 10 år. De flesta hade haft förskrivningsrätt i 1-3 år. Majoriteten skrev ut mindre än ett recept per vecka och en stor andel ett till tre recept. Sju av dem hade ännu inte använt sig av sin förskrivningsrätt. [12].

Vad sjuksköterskor skriver ut och vad som eventuellt får dem att ändra sin förskrivning undersöktes i en engelsk kvalitativ studie. Det framkom två olika mönster då det gällde vad de som nyutbildade förskrivare valde att skriva ut. De som arbetat som sjuksköterskor innan de gick kursen i förskrivningsrätt fortsatte att förskriva de läkemedel och produkter som de tidigare arbetat med. Övriga valde att skriva ut de läkemedel och produkter som deras handledare och mentor skrivit ut. Avgörande för förändringar i förskrivningen var antingen om behandlingen inte fungerade för patienten eller om sjuksköterskan fått information av kollegor eller läkemedelsindustrin om nya produkter eller läkemedel [13].

Det har även gjorts studier vad det gäller sjuksköterskans förskrivningsmönster jämfört med läkares. En amerikansk studie undersökte sjuksköterskors och läkares förskrivning vid fyra av de vanligaste diagnoserna på en öppenvårds mottagning. Denna studie visade att sjuksköterskor och läkare skrev ut samma typ av medicin till samma slags tillstånd i enlighet med medicinsk praxis. Sjuksköterskorna var överlag mer restriktiva i

läkemedelsförskrivningen och gav i större utsträckning än läkare andra råd som vila, dryck, träning, massage och rökstopp [14].

### ***Möjligheter och hinder kring förskrivningsrätten***

I en kvantitativ enkätstudie belystes och jämfördes svenska distriktssköterskors och läkares uppfattningar angående distriktssköterskans förskrivningsrätt. Överlag var distriktssköterskorna mer positiva än läkarna men även läkarna framförde positiva synpunkter som att förskrivningen kunde fungera bra, framförallt på landsbygden samt att den var utvecklande för distriktssköterskornas kompetens. Distriktssköterskorna uttryckte att deras förskrivningsrätt var bra för patienten, de var mer försiktiga i sin förskrivning jämfört med läkarna, kunde följa upp förskrivningen bättre samt att förskrivningsrätten höjde deras kompetens. Inom vissa områden tenderade yngre distriktssköterskor att vara mer positiva än de äldre och de med högre arbetsbelastning likaså [15].

Att sjuksköterskans förskrivningsrätt är bra för patienten lyftes fram i flera studier.

Sjuksköterskorna ansåg att förskrivningsrätten gav positiva effekter för patienterna genom att de kunde få en mer sammanhängande vård med större helhetssyn och bättre kontinuitet [16-18]. Dessutom uttrycktes en tidsvinst för patienten i och med att de kunde få sin behandling snabbare [12, 16-18] samt att distriktssköterskans ökade ansvars känsla resulterade i att patienterna fick en mer noggrann uppföljning [19]. Liknande fördelar för patienten uttrycktes i Socialstyrelsen uppföljning såsom tidsvinst och färre vårdkontakter men även möjlighet till billigare läkemedel [7].

Förutom ovan nämnda möjligheter för patienterna pekade artiklarna även på positiva effekter för sjuksköterskan. Genom sin förskrivningsrätt kunde sjuksköterskan arbeta mer självständigt och få större tillfredsställelse i sitt arbete vilket också bidrog till en stärkt yrkesroll [16-18]. Det framkom också att sjuksköterskorna upplevde att förskrivningen sparade tid för dem [7, 12, 16, 18]. I en engelsk studie tillfrågades 91 studenter i förskrivningsrättskursen, vilka tankar de hade kring sin blivande yrkesroll. Alla utom en menade att förskrivningsrätten skulle underlätta deras förmåga att utföra sitt jobb och majoriteten ansåg att deras förmåga till att arbeta självständigt skulle öka. På frågan om vad som bedömdes vara den viktigaste förmågan för sjuksköterskan med förskrivningsrätt uppgavs först och främst god kommunikativ förmåga, därefter förmågan att kunna bedöma och diagnostisera, farmakologiska kunskaper samt teknisk kunskap i förskrivning [20].

I ett flertal artiklar framkom att sjuksköterskorna var mycket positiva till sin ökade kunskap om läkemedel [16, 19]. Genom denna kunskap kunde de samtala med patienten kring deras läkemedelsbehandling, svara på frågor och ge information [16]. Socialstyrelsens uppföljning pekade på liknande effekter. Sjuksköterskorna uppgav att de hade stor hjälp av sina kunskaper kring läkemedel. Utbildningen i farmakologi och sjukdomslära hade gett en ökad förmåga att bedöma patienternas symtom och tillstånd och större medvetenhet om problem relaterade till läkemedelsbehandling. Denna kunskap kunde också stärka beslutet att i vissa situationer avstå från att förskriva läkemedel [7]. Ökad kunskap gav också ett större självförtroende [16] och det framkom att ju mer sjuksköterskorna använde sig av förskrivningsrätten, desto mer ökade tilliten till den egna förmågan att förskriva läkemedel [12, 17].

När det gäller hinder och svårigheter kring distriktssköterskans förskrivningsrätt framkom det i tidigare nämnda kvantitativa enkätstudie [15] att läkarna totalt sett var mer negativt inställda till distriktssköterskornas förskrivningsrätt. Åsikter framfördes om att förskrivningen var onödig med ökad risk för felbehandlingar samt att förskrivning av läkemedel var en läkarsyssla. Även bland distriktssköterskorna fanns synpunkter om att deras förskrivning var onödig då det fanns en nära kontakt med läkarna samt att de flesta preparat ändå var receptfria [15]. I en uppföljande kvalitativ studie framkom att läkarna hade liten kunskap om distriktssköterskornas förskrivningsrätt men å andra sidan diskuterade inte distriktssköterskorna sin förskrivning med läkarna. Distriktssköterskan menade också att förskrivningsrätten avlastade läkarnas arbetssituation vilket dock inte bekräftades av läkarna [19].

Krångligt pappersarbete och dubbeldokumentation framkom som problem i flera brittiska studier vilket försvårade förskrivningen och gjorde den tidskrävande [17, 18, 21]. Ett annat hinder var kunskapsbrist och svårigheter att få kontinuerlig uppdatering [12, 17, 18] Även i svenska studier framkom att sjuksköterskorna ansåg att det var svårt att få fortlöpande utbildning [7, 19].

Det ökade ansvar som förskrivningsrätten innebar lyftes också fram. Ansvaret beskrevs som stort [7, 18, 19] vilket kunde leda till försiktighet vid förskrivning [19]. Även graden av självförtroende påverkade. Brist på självförtroende uppgavs som en orsak till att inte börja förskriva alls, eller att sjuksköterskornas självförtroende gällande förskrivning minskade om de av olika skäl inte kunde komma igång med förskrivningen direkt efter avslutad läkemedelsutbildning [21]. Detta samband mellan förskrivning och självförtroende

framkommer i flera studier [12, 17]. I tidigare nämnd studie där studenter i förskrivningsrättskursen tillfrågades vilka tankar de hade kring sin blivande yrkesroll framkom följande farhågor. Oro över ökat ansvar, att inte få tillräckligt stöd, att deras perspektiv skulle förändras från "caring" till "curing" samt att inte få tillräcklig uppskattning för sitt arbete [20].

Ytterligare en synpunkt handlar om de listor utifrån vilka sjuksköterskorna får förskriva, då de anses otillräckliga [12, 18]. Även i Socialstyrelsens uppföljning uppgav många (40 %) att de önskade förskriva ytterligare läkemedel som inte fanns med på listan samt ha möjlighet till förlängning av recept hos vissa patientgrupper med stabila tillstånd [7].

## **TEORETISK REFERENSRAM**

Vi har valt att låta Virginia Hendersons definition av omvårdnadens grundprinciper ge riktning åt detta arbetes frågeställning. Förutom Hendersons egen teoribeskrivning har vi tagit hjälp av Kirkevolds analys av denna teori [22-24].

Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består enligt Henderson i att,

*"...hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende"* Sid 10 [22].

Henderson ger en ingående beskrivning av patientens grundläggande vårdbehov. Dessa omfattar fysiska behov som att ha en normal andning, kunna äta och dricka, utträta naturbehov, röra sig, sova samt klara sin ADL och behålla normal kroppstemperatur. Dessutom beskrivs psykiska/sociala och utvecklingsmässiga behov såsom att undvika faror, kunna kommunicera, utöva sin tro samt ha en meningsfull sysselsättning och få möjlighet till inläring [22, 23]. Dessa grundläggande behov och möjligheten att tillgodose dem påverkas även av faktorer som patientens ålder och sociala situation samt hur personens fysiska och psykiska resurser ser ut [22, 24]. De sistnämnda faktorerna påverkar individens möjlighet till en "sund livsföring", sid 12 [22] eller livsstil. Livsstilen kan därmed vara en hjälp eller ett hinder för patientens hälsa eller tillfrisknande [24].

I de fall då patienten inte klarar av att tillfredsställa sina grundläggande behov eller upprätthålla en sund livsstil, behöver patienten hjälp och stöd. Henderson framhåller här

vikten av samarbete mellan professionerna, exempelvis mellan sjukgymnast, läkare och sjuksköterska. Var och en i teamet måste vara medveten om sin egen speciella funktion samt vem som är bäst kvalificerad att utföra en viss uppgift. Det är patientens behov som styr vilken kompetens som behövs och därmed vem som ska göra vad [22, 24].

Grunden för sjuksköterskans speciella uppgift vilken beskrivits ovan är att sjuksköterskan måste tolka och försöka att i så stor utsträckning som möjligt förstå patientens behov samt skapa en förtroendefull relation. Utifrån detta kan en plan formuleras över hur vården ska genomföras och vilka åtgärder som behövs. Detta kan innebära konkreta åtgärder för att tillgodose grundläggande behov vilket Henderson beskriver mycket utförligt. Dessutom måste sjuksköterskan ha pedagogisk kompetens, kunskap att hjälpa patienten med de eventuella medicinska åtgärder som krävs samt möjlighet att följa upp att insatta åtgärder fungerar [22, 24].

Vi menar att distriktssköterskans förskrivning av läkemedel är en del i omvårdnaden. Henderson uttrycker att det endast är sjuksköterskans kreativitet och kompetens som begränsar omfattningen av omvårdnadshandlingarna [23]. Vi ser förskrivningen av läkemedel - då den utförs av en distriktssköterska - som en omvårdnadshandling med syfte att hjälpa patienten till hälsa, tillfrisknande och oberoende.

## **PROBLEMFORMULERING**

Distriktssköterskor får idag genom sin utbildning en bred kompetens samt specifik kunskap för att förskriva vissa läkemedel. Socialstyrelsens uppföljning från 2004 visade att det var knappt två procent av 159 tillfrågade som använde sin förskrivningsrätt dagligen samt sex procent som aldrig förskrev läkemedel. Trots att distriktssköterskorna inte förskrev så ofta framkom det klara fördelar med förskrivningsrätten. Detta resultat skapar ett intresse av att undersöka om distriktssköterskans förskrivningsrätt på vårdcentral idag följer samma mönster och vad som påverkar användning av förskrivningsrätten.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva hur distriktssköterskan på vårdcentral använder sin förskrivningsrätt.

## FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur ofta använder distriktssköterskan sin förskrivningsrätt?
- Inom vilka indikationsområden och läkemedel?
- Vilka för- och nackdelar upplevs med förskrivningsrätten?
- Påverkar typ av verksamhet, region eller antal år med förskrivningsrätt, användning av förskrivningsrätten?

## METOD

Studien kommer att utföras som en enkätstudie med kvantitativ metod. Kvantitativ metod har sitt ursprung i en positivistisk världsbild vilken menar att det finns en objektiv verklighet som drivs av naturlagar och orsak - verkan. Med en positivistisk syn på världen uppnås kunskap genom att forskaren är objektiv och står vid sidan om det som ska undersökas. Kvantitativ metod syftar till att verifiera teorier och hypoteser genom att mäta, räkna och göra statistiska analyser för att nå ett resultat som går att generalisera. En studies generaliserbarhet avgörs av i vilken grad resultatet kan anses gälla även för individer som inte deltagit i studien [25].

Enkätstudier används inom både kvantitativ och kvalitativ metod. Val av metod beror på typ av frågeställning. Vid frågeställningar som syftar till att beskriva upplevelser och erfarenheter används lämpligast kvalitativ metod [26]. Vid frågeställningar som syftar till att mäta hur vanligt något är eller i vilken utsträckning något förekommer med hjälp av kvantifierbara variabler som exempelvis ålder och antal, används kvantitativ metod [27]. Frågorna i en enkät kan vara strukturerade vilket innebär att de har fasta svarsalternativ eller ostrukturerade där deltagaren får svara fritt [28]. I denna studie är vi intresserade av att beskriva i vilken utsträckning förskrivningsrätten används, men även upplevelser och erfarenheten av att förskriva läkemedel. Därför kompletteras den kvantitativa metoden med en kvalitativ ansats för att analysera de ostrukturerade frågor som möjliggör en beskrivning av upplevelser och erfarenheter.

En enkäts trovärdighet bedöms utifrån begreppen reliabilitet och validitet. Reliabilitet innebär att enkäten är stabil på så sätt att den oavsett urval eller tidpunkt ger konsekventa resultat vid upprepade undersökningar och att eventuella skillnader i resultatet beror på skillnader mellan de som besvarar enkäten och inte på hur de förstått enkätfrågorna [26]. Ett sätt att öka enkätens reliabilitet är genom standardisering vilket innebär att de frågor som ställs är formulerade på samma sätt och i samma ordning för samtliga deltagare [26, 28]. En övergripande beskrivning av begreppet validitet är att enkäten mäter det forskaren avser att

mäta [26, 29]. Detta är i praktiken ett problem vid många enkätundersökningar då dessa inte mäter den egentliga förekomsten utan det som studiedeltagaren väljer att uppge [26].

## **URVAL**

För att kunna generalisera resultatet i en kvantitativ studie, det vill säga att urvalet representerar hela populationen krävs att urvalet är slumpmässigt och tillräckligt stort [29]. Det finns möjlighet att statistiskt beräkna vad som är ett tillräckligt stort urval genom en så kallad power analys. I övrigt gäller grundregeln att ju större urval, desto högre representativitet [25]. Ett sätt att åstadkomma ett slumpmässigt urval är att med hjälp av en slumpvalsgenerator dra ett bestämt antal deltagare ur ett valt register [28].

Urvalet i den fullskaliga studien kommer bestå av 150 slumpmässigt valda distriktssköterskor ur Distriktssköterskeförningens register. Inklusionskriterier är att de ska arbeta inom privat eller offentlig verksamhet på vårdcentral, ha förskrivningsrätt samt arbeta med vuxna patienter. Exklusionskriterium är att de inte enbart arbetar med barnhälsovård.

## **DATAINSAMLING**

Greenhalg påpekar att det finns många fördelar med att använda en redan utarbetad och publicerad enkät. Det spar tid och arbete samt möjliggör att resultatet kan jämföras med de studier där enkäten tidigare använts [26].

I den fullskaliga studien kommer en redan utarbetad enkät gjord av Socialstyrelsen 2004 att användas. Socialstyrelsen i Göteborg tillfrågades den 13 Mars 2012 om denna enkät fick lov att användas och vid behov modifieras, vilket inte mötte några hinder. Enkäten omarbetades för att passa vårt syfte (bilaga 1). Enkäten är standardiserad med 13 frågor som är strukturerade varav fyra har en ostrukturerad följdfråga. Enkäten innehåller variabler på olika mätnivåer. Fyra mätnivåer finns (tabell 1) och nivån är avgörande för val av statistisk analysmetod [25, 27].



**Tabell 1. Mätnivåer**

Mätnivå	Beskrivning	Enkät (bilaga 1)
4. Kvotskala	Särskiljer, rangordnar, talar om skillnaden mellan mätvärden samt har en absolut nollpunkt. Exempelvis längd, vikt och ålder. Kan beräknas med samtliga fyra räknesätt.	Fråga 4-6
3. Intervallskala	Särskiljer och rangordnar samt talar om skillnader mellan mätvärden, exempelvis temperatur. Går att beräkna med addition och subtraktion	Fråga 3 och 8
2. Ordinalskala	Skiljer mellan olika mätvärden samt rangordnar men säger inget om skillnader. Exempelvis aldrig – ibland – ofta. Kan beräknas i procent och frekvenser	Fråga 7
1. Nominalskala	Skiljer mellan olika mätvärden utan att rangordna. Exempelvis kön eller kommun. Kan inte beräknas matematiskt	Fråga 1, 2, 6, 9-13

[25, 27].

Enkäterna kommer att skickas ut via post hem till distriktssköterskorna utifrån distriktssköterskeföreningens register.

## **DATAANALYS**

Två analysmetoder finns för kvantitativ data, deskriptiv statistik och statistisk inferens [25]. För att analysera insamlad kvantitativ data kommer deskriptiv statistik användas. Genom deskriptiv statistik förtydligas och beskrivs resultatet med hjälp av procent och genomsnittsbereäkningar. Statistisk inferens används för att dra slutsatser om population och beräkna sannolikheter [25]. Som verktyg för den statistiska analysen finns olika dataprogram att tillgå, i denna studie kommer SPSS version 19 användas [25].

Analysen av insamlad kvalitativ data kommer göras genom kvalitativ innehållsanalys, vilket innebär att urskilja teman och kategorier ur den totala textmängden [30]. Texten skrivs ner ordagrant i en analysenhet. Relevanta meningar i analysenheten väljs ut och bildar meningsbärande enheter. Därefter kondenseras enheterna vilket innebär att texten förkortas ytterligare, och i nästa steg bildas koder. Koden är en etikett på texten som på en mer abstrakt nivå betecknar dess innehåll. I vissa fall om texten är kortfattad som exempelvis vid observationsstudier, kan kondenseringen hoppas över. Till sist kategoriseras koderna till kategorier och subkategorier. Kategorierna ska avspegla innehållet i analysenheten [30].

## **PILOTSTUDIEN**

För att kontrollera att logistik, datainsamlingsmetod och analys fungerar som planerat genomförs denna studie som en pilotstudie. En pilotstudie är en mindre förundersökning inför en eventuell fullskalig studie [29, 31]. Vi valde att dela ut enkäterna på vårdcentraler i Kungsbacka kommun som tillhör Region Halland och Alingsås kommun som tillhör Västra

Götalands Regionen. Verksamhetschefer/ avdelningschefer på respektive vårdcentral kontaktades och information gavs angående pilotstudien samt att de tillfrågades om enkäten fick lämnas ut till anställda distriktssköterskor. Kungsbacka kommun är stor och omfattar både storstad och landsbygd. I maj 2012 var invånarantalet 76 262 personer [32]. I Kungsbacka finns nio vårdcentraler, fyra privata och fem offentliga varav enkäten delades ut på tre privata och två offentliga. Alingsås kommun är en relativt liten kommun med 38 053 invånare i december 2011 [33]. I Alingsås kommun finns sex vårdcentraler, tre privata och tre offentliga och enkäten delades ut på två privata och två offentliga.

I pilotstudien användes ett bekvämlighetsurval [25] där antalet enkäter delades ut i respektive författares hemkommun och fördelades på varje vårdcentral utifrån hur många distriktssköterskor med förskrivningsrätt som arbetade där. Urvalet kan inte anses vara representativt då det varken var slumpmässigt eller tillräckligt stort. Då bortfallet vid enkätstudier riskerar att bli betydande, uppemot 30 % [26] valde vi att dela ut 27 enkäter. Enkäten lämnades ut och hämtades personligen efter fem dagar, 25 enkäter besvarades.

Enkäten innehöll samtliga fyra mätnivåer [25, 27]. Insamlad data analyserades på två skilda sätt, de strukturerade frågorna analyserades genom deskriptiv statistik med hjälp av dataprogrammet SPSS, version 19 [25]. De ostrukturerade frågorna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys [30]. Svaren på frågorna skrevs ner ordagrant till en analysenhet som oberoende av varandra genomlästes noggrant. Eftersom kommentarerna redan från början var kortfattade kunde vi i analysen gå direkt från meningsbärande enhet till kodning utan ytterligare kondensering. Därefter kategoriserade vi koderna gemensamt i subkategorier och kategorier (tabell 2).

**Tabell 2.** Exempel på analysprocessen.

<b>Analysenhet</b>	<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Kan lösa vårdproblemet själv, utan att be läkare om förskrivning av vissa recept.	Lösa vårdproblemet själv, utan läkare.	Ej behov av läkarkontakt.	Avlasta läkarens mottagning	Egen mottagning
Då läkemedlet finns att köpa receptfritt eller kan förskrivas av dsk kan det ibland bli tveksamheter.	Då läkemedlet finns receptfritt kan det bli tveksamheter.	Tveksamhet vid receptfritt.	Receptfria läkemedel	Yttre omständigheter

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Vid forskning som rör människor skall en ansökan om etikprövning göras. Detta regleras i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Syftet med denna lag är att stärka individens skydd i samband med forskning. Enligt 2 § finns inte detta krav för vetenskapliga arbeten på avancerad nivå inom ramen för högskoleutbildningar [34]. I denna pilotstudie har nedanstående forskningsetiska överväganden gjorts.

Forskningsetiska frågor uppstår i avvägningen mellan *forskningskravet* och *individskyddet*. Forskningskravet omfattar det krav samhället har på att ändamålsenlig och korrekt utförd forskning bedrivs för att generera ny kunskap. Individskyddet innebär att varje individ i samhället har självklar rätt till skydd mot oönskad insyn i sitt privatliv eller psykisk och fysisk skada [35]. Vid all vetenskaplig forskning skall därför individskyddet, det vill säga eventuella risker för den enskilde deltagaren, vägas mot forskningskravet, den sammanlagda nyttan med undersökningen, genom en så kallad risk-nytta analys [25, 35].

Risker med att delta i en studie kan förutom fysisk och psykisk skada även omfatta kostnader och tidsanspråk. Nyttan kan innebära pengar eller annan kompensation samt möjlighet att prova en ny behandling men också förmånen att få berätta om sin situation och bidra till ny kunskap [25]. I föreliggande studie kunde författarna inte se några risker med ett deltagande då frågorna inte bedömdes vara av känslig karaktär, enkäten var anonym och besvarades på arbetstid utan förlorad arbetsinkomst. Den nytta som studien bedömdes kunna ge är att frågan om distriktssköterskans förskrivningsrätt uppmärksammas.

Human-Samhällsvetenskapliga forskningsrådet har formulerat fyra forskningsetiska krav. Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren är skyldig att lämna information till deltagaren om studiens syfte och innehåll samt eventuella risk-nytta. Dessutom skall information ges om att deltagandet är frivilligt [35]. I föreliggande studie fick distriktssköterskorna en skriven forskningspersonsinformation (bilaga 2). Denna innehöll information om studiens syfte, att datainsamling skulle ske genom en enkät samt tidigare nämnd bedömning av eventuell risk/nytta.

Samtyckeskravet handlar om att forskaren måste få deltagarens samtycke samt att personen får tacka nej eller när som helst avbryta sitt deltagande utan att utsättas för påtryckningar eller andra negativa följder [35]. I denna studie inhämtades först ett samtycke från enhetsavdelningschef på berörda vårdcentraler så att distriktssköterskorna fick besvara enkäten på

arbetstid. Därefter lämnades forskningspersonsinformation till distriktssköterskorna där det framgick att deltagandet var frivilligt samt att de genom att besvara enkäten samtyckte. Inga påminnelser skickades ut.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter som samlas in vid en undersökning ska förvaras och rapporteras på ett sådant sätt att enskilda deltagare inte kan identifieras. [35].

Föreliggande enkät lämnades in anonymt i ett igenklistrat kuvert och kan inte spåras till person eller vårdcentral. Enkätsvaren sammanställs och analyseras på gruppnivå.

Nyttjandekravet slår fast att data som samlats in om enskilda individer inte får lov att användas till andra syften än vetenskaplig forskning [35]. Föreliggande studies insamlade material förvaras så att ingen obehörig kan få tillgång till detta.

## RESULTAT

Resultatet har utifrån enkätens frågor indelats i följande underrubriker; Bakgrundsdata, förskrivningsfrekvens, faktorer som påverkar förskrivningen, indikationsområden, läkemedel, fördelar med förskrivningsrätten, svårigheter med förskrivningsrätten samt önskemål om andra läkemedel.

### BAKGRUNDSDATA

Av 27 utdelade enkäterna besvarades 25. En betydande majoritet av studiedeltagarna var mellan 30-60 år. Fördelningen mellan kommunerna var relativt jämn med en något större andel från Alingsås. Fördelningen mellan privat och offentlig verksamhet var jämn (tabell 3).

**Tabell 3.** Demografiska och arbetsrelaterade data.

Ålder	Antal	(%)
<29	1	(4)
30-44	12	(48)
45-60	10	(40)
>60	2	(8)
Kommun		
Alingsås	14	(56)
Kungsbacka	11	(44)
Verksamhet		
Privat	13	(52)
Offentlig	12	(48)

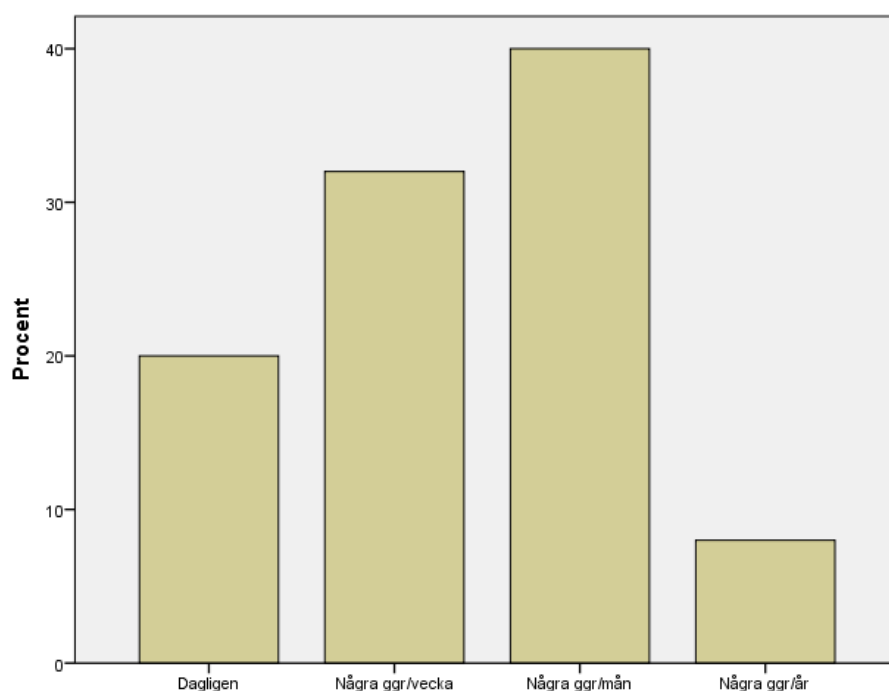
Variationen var stor avseende antal år sedan sjuksköterskeexamen, distriktssköterskeexamen samt år med förskrivningsrätt för samtliga deltagare (tabell 4).

**Tabell 4.** Antal år sedan examen

	Sjuksköterska	Distriktssköterska	Förskrivningsrätt
Median (min; max)	19 (4;42)	11 (2;36)	9 (2;17)

### FÖRSKRIVNINGSFREKVENS

Samtliga deltagare (100 %) uppgav att de använde sin förskrivningsrätt. Den största gruppen, uppgav att de skrev ut några ggr/månad (40 %) (figur 1).



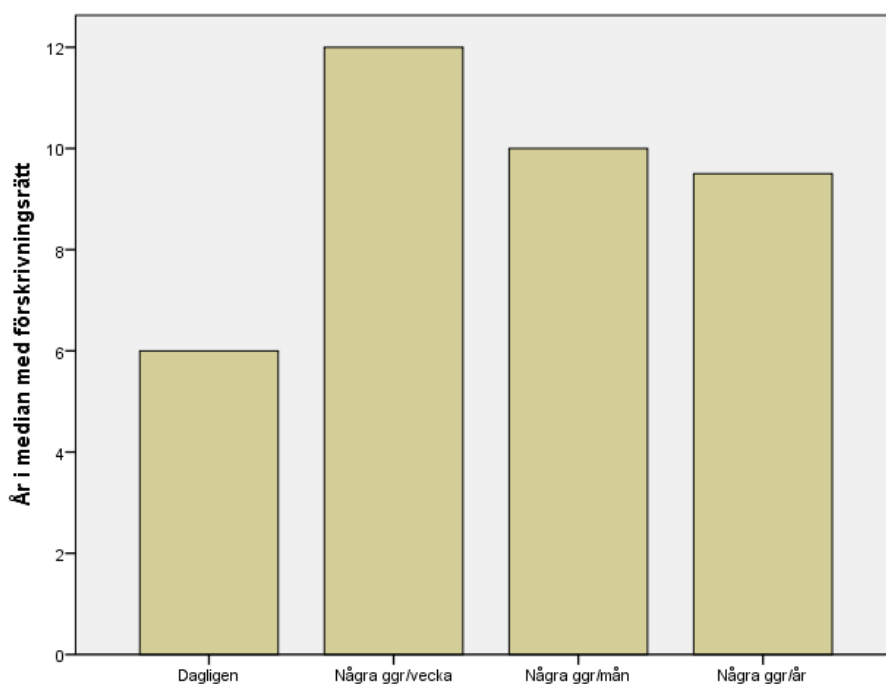
**Figur 1.** Förskrivningsfrekvens

Vid jämförelse mellan privat och offentlig verksamhet framkom att distriktssköterskor inom privat verksamhet förskrev dagligen i större utsträckning än de inom offentlig verksamhet. När vi grupperade förskrivningsfrekvensen till de som förskrev ofta och de som förskrev mer sällan jämnades denna skillnad ut. Vid jämförelse mellan Alingsås (Västra Götalands Regionen) och Kungsbacka (Region Halland) framkom inte heller någon större skillnad då grupperna slogs samman till de som förskrev ofta och mer sällan (tabell 5).

**Tabell 5.** Förskrivningsfrekvens i relation till verksamhet och region.

	Privat n (%)	Offentlig n (%)	Alingsås n (%)	Kungsbacka n (%)
I. Dagligen	4 (31)	1 (8)	2 (14)	3 (27)
II. Några ggr/v	3 (23)	5 (42)	5 (36)	3 (27)
III. Några ggr/mån	4 (31)	6 (50)	5 (36)	5 (46)
IV. Några ggr/år	2 (15)	0 (0)	2 (14)	0 (0)
Total	13 (100)	12 (100)	14 (100)	11 (100)
Ovanstående förskrivningsfrekvenser sammanslagna				
(I + II) Ofta	7 (54)	6 (50)	7 (50)	6 (54)
(III + IV) Mer sällan	6 (46)	6 (50)	7 (50)	5 (46)
Total	13 (100)	12 (100)	14 (100)	11 (100)

Vid jämförelse mellan förskrivningsfrekvens och antal år med förskrivningsrätt uttryckt som median, framkom att de som uppgav att de förskrev dagligen hade haft sin förskrivningsrätt i median sex år. De som uppgav att de förskrev några ggr/vecka hade haft sin förskrivningsrätt dubbelt så lång tid (figur 2).



**Figur 2.** Förskrivningsfrekvens i relation till antal år (median) med förskrivningsrätt.

Utifrån ovanstående resultat (figur 2) kopplat till att den dagliga förskrivningen var mer frekvent inom privat verksamhet undersöktes om de som haft sin förskrivningsrätt kortare tid i större utstäckning arbetade inom privat verksamhet. Resultatet visade att de som haft sin

förskrivningsrätt lika länge som median (9 år) eller kortare tid var jämnt fördelade mellan privat och offentlig vård. Av de som haft sin förskrivningsrätt längre tid än median, 10-17 år arbetade något fler inom privat vård än inom offentlig (tabell 6).

**Tabell 6.** Antal år med förskrivningsrätt kopplat till verksamhet

	2-9 år	10-17 år
	n (%)	n (%)
Privat	7 (47)	6 (60)
Offentlig	8 (53)	4 (40)
Total	15 (100)	10 (100)

### FAKTORER SOM PÅVERKAR FÖRSKRIVNINGSFREKVENSEN

Studiedeltagarna ombads motivera frekvensen av förskrivning i en öppen fråga. Sju (28 %) lämnade en motivering. Här framkom två kategorier med fyra subkategorier (tabell 7).

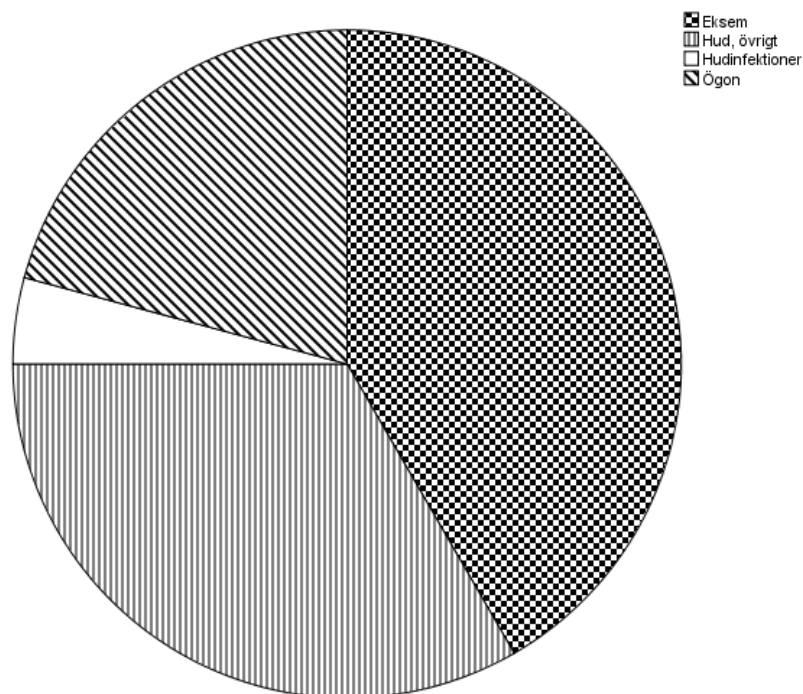
**Tabell 7.** Motiv till förskrivningsfrekvens

Låg förskrivningsfrekvens		Variation i förskrivningen	
Receptfria läkemedel	Brist på erfarenhet	Olika sorters läkemedel	Olika behov
Patienten testar medicinen själv	Första jobbet med förskrivningsrätt	Säsongsvariation Vissa läkemedel sällan, andra ofta Stora ansvarsområden ger olika läkemedel	Ofta flera ggr/dag inte varje dag Ibland flera ggr/vecka inte alla veckor

Som orsak till låg förskrivningsfrekvens angavs att många läkemedel ändå var receptfria ”*mycket av det vi får förskriva är receptfritt...*” (deltagare 7, förskriver några ggr/mån). Ytterligare en orsak var brist på erfarenhet ”*det är mitt första jobb som distriktssköterska som jag har min förskrivarkod*” (deltagare 20, förskriver några ggr/mån). Utifrån kategorin variation i förskrivningen framkom skillnader vad det gäller läkemedel, vissa skrevs ut ofta – andra mer sällan ”*på våren är det mycket allergi medicin på vintern eksembehandling*” (deltagare 12, förskriver dagligen). Skillnaderna berodde även på patienternas behov vilket förtydligades i följande citat ”*det varierar ibland flera ggr/vecka sedan finns det ngn vecka utan*” (deltagare 14, förskriver några ggr/v).

## INDIKATIONSOMRÅDEN OCH LÄKEMEDEL

Studiedeltagarna ombads ange inom vilka indikationsområden (bilaga 3) de förskrev mest läkemedel. De vanligaste övergripande indikationsavsnitten var eksem (42 %), hud-övrigt (33 %), ögon (21 %) och hudinfektioner (4 %) (figur 3).



**Figur 3.** Vanligaste övergripande indikation vid förskrivning.

Studiedeltagarna fick även ange vilka tre läkemedel som var vanligast förekommande i deras förskrivning. Det som förskrevs mest var medelstarkt verkande glukokortikoider, karbamid och fusidinsyra/kloramfenikol (tabell 8).

**Tabell 8.** Vanligaste förskrivna läkemedel

	Antal	(%)
Medelstarkt verkande		
glukokortikoider	8	(33)
Karbamid	4	(17)
Fusidinsyra	2	(8)
Kloramfenikol	2	(8)

Andra vanligt förekommande läkemedel var milda och starka glukokortikoider samt glukokortikoider i kombinationspreparat. Mometason, Ceterizin och klemastin mot allergi. azealinsyra mot acne, Laktulos® och makrogol mot förstoppning och skopolamin mot



åksjuka. Zinkbandage vid sårbehandling samt övrigt hudskyddande och uppmjukande medel mot torr hud.

## FÖRDELAR MED FÖRSKRIVNINGSRÄTTEN

Samtliga studiedeltagare (100 %) uppgav att det fanns yrkesmässiga fördelar med att ha förskrivningsrätt. I en öppen följdfråga motiverade mer än hälften (72 %) sitt svar. Genom analysen framkom tre kategorier med fem subkategorier (tabell 9).

**Tabell 9.** Fördelar med förskrivningsrätten

Patientnytta		Resursnyttjande	Att växa i yrket	
Underlätta för patienten	Kontinuitet	Avlasta läkarmottagningen	Självständighet	Ökad kunskap
Spar tid	Hela vägen	Ej behov av läkarkontakt	Egna bedömningar	Ökad kunskap genom självständigt arbete
Smidigt omhändertagande	Underlättar uppföljning	Underlättar för läkaren	Eget patientansvar	Ökad kunskap om läkemedel
Hjälp till patienten			Ekonomisk medvetenhet	
Service för patienten			Betrodd	
			Förskrivningsrätt redskap för självständigt arbete	
			Stärkt yrkesroll	

Kategorin patientnytta handlade om att underlätta för patienten ”*snabbare enklare för patienten*”(deltagare 15) och möjliggöra kontinuitet ”*kan ta hand om patienten hela vägen*”(deltagare 4). I kategorin resursnyttjande lyftes fördelen fram att distriktssköterskan kunde avlasta läkarmottagningen ”*kan ha egna patienter och ansvar för och förskriva..., Behöver inte bolla allt med läkare...*” (deltagare 9). En ökad självständighet och större kunskap om läkemedel var fördelar som bildade kategorin att växa i yrket ”*förskrivningsrätten är redskapet för att vara självständig i sin yrkesutövning*”(deltagare 16) ”*ökade medicinska kunskaper inom förskrivningsrättens olika områden*”(deltagare 17).

## SVÅRIGHETER MED FÖRSKRIVNINGSRÄTTEN

På frågan om det fanns nackdelar eller svårigheter med förskrivningsrätten var det 24 (96 %) som svarade. Sexton av dessa (67 %) uppgav att de upplevde svårigheter. Sex (25 %) deltagare svarade att de inte såg några svårigheter och två (8 %) svarade att de inte visste. De

studiedeltagare som upplevde nackdelar eller svårigheter motiverade sitt svar i en öppen följdfråga. Två kategorier med fem subkategorier framkom i analysen (tabell 10).

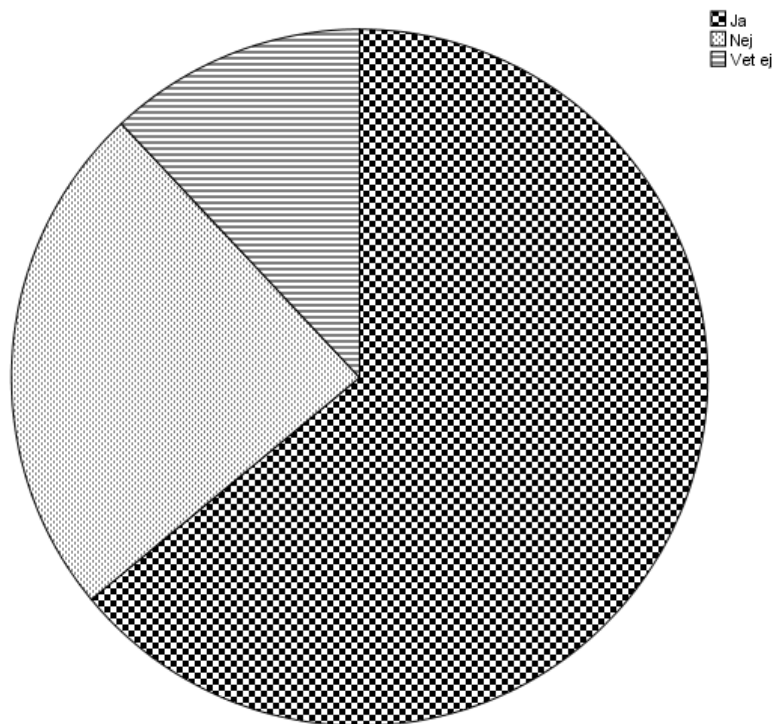
**Tabell 10.** Svårigheter med förskrivningsrätten

Kunskapsbrist		Yttre omständigheter		
Brist på erfarenhet och rutin	Brist på uppdatering	Receptfria läkemedel	Begränsad läkemedelslista	Organisatoriska hinder
Svårt som ny distrikts-sköterska och förskrivare  Vissa läkemedel skrivs ut sällan  Förskriver sällan	Få uppdaterings-tillfällen  Saknar uppdatering från läkemedels-företag	Många receptfria alternativ  Tveksamhet vid receptfritt läkemedel	Begränsade befogenheter  Begränsat utbud  Krångligt med olika förpackningar och läkemedelstyper	Läkemedel restnoterade  Tungarbetat datasystem

Kategorin kunskapsbrist bestod av brist på erfarenhet av både förskrivning och vissa läkemedel ”*skriver många läkemedel alltför sällan eller inte alls. Svårt att få rutin och erfarenhet då...*” (deltagare 25). Samt otillräcklig uppdatering ”*få tillfällen till uppdatering*” (deltagare 4) ”*...önskar regelbunden uppdatering, årligen genomgång av aktuella läkemedel*” (deltagare 11). Yttre omständigheter uttrycktes som tveksamheter vid förskrivning av receptfria läkemedel ”*mycket av det vi får skriva ut finns receptfritt och då kan det vara svårt att bedöma om patienten ska få det på recept eller ej*” (deltagare 6). Även begränsningar i läkemedelslistan påverkade, vilket handlade om utbud av läkemedel samt förpackningsstorlekar ”*för stor begränsning på produkter*” (deltagare 24). Dessutom kunde organisatoriska hinder försvåra förskrivningen ”*svårigheter i att veta om lm finns på apoteket, ofta är produkter restnoterade*” (deltagare 12).

## ÖNSKEMÅL OM ANDRA LÄKEMEDEL

Sexton studiedeltagare (64 %) uppgav att de ville förskriva andra läkemedel än de som finns på nuvarande läkemedelslista. Sex deltagare (24 %) ville inte förskriva andra läkemedel och tre (12 %) svarade vet ej (figur 4).



**Figur 4.** Önskemål om att förskriva andra läkemedel.

De som svarade ja på frågan om att förskriva andra läkemedel ombads lämna önskemål på dessa. Här framkom antibiotika vid sårinfektioner, halsfluss och okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor. Astma läkemedel, Altargo® vid impetigo, Ficortril® ögonsalva, Locoid® lösning vid extern otit samt hostmedicin Mollipect®. Det fanns även önskemål om att förnya recept och förlänga behandling till patienter med hypertoni, hjärtsvikt och diabetes vars tillstånd var stabilt. En förutsättning för ökad förskrivning var mer utbildning ”*ja, vid ytterligare farmakologisk utbildning*” (deltagare 18) ”...*förnya recepten men då få mer kunskap inom området...*” (deltagare 7).

I en korstabell mellan svårigheter med förskrivning och önskemål om att förskriva andra läkemedel framkom att tio av de 16 studiedeltagare som angav svårigheter med förskrivningen också hade önskemål om att få förskriva andra läkemedel (42 %) (tabell 11). Kommentarererna visade att nio av dessa tio studiedeltagare kopplade svårigheterna till yttre omständigheter då många läkemedel var receptfria, begränsad läkemedelslista och organisatoriska hinder försvårade. Dessa nio deltagare önskade en utökad läkemedelslista

samt möjlighet att förnya recept. En av tio angav kunskapsbrist som orsak på grund av dålig rutin på vissa läkemedel. I detta fall lämnades inget konkret förslag på läkemedel. Fyra av de deltagare som svarade ja på frågan om de upplevde svårigheter med förskrivningsrätten svarade nej på frågan om önskemål att förskriva andra läkemedel (17 %). Av dessa uppgav tre av fyra kunskapsbrist som orsak till svårigheterna i form av för lite erfarenhet. En av fyra menade att svårigheterna berodde på yttre omständigheter då mycket var receptfritt.

**Tabell 11.** Relation mellan svårigheter med förskrivning och önskemål om att förskriva andra läkemedel.

	Önskemål om andra läkemedel			Totalt (%)
	Ja Antal (%)	Nej Antal (%)	Vet ej Antal (%)	
Svårigheter med förskrivning Ja	10 (42)	4 (17)	2 (8)	16 (67)
Nej	5 (21)	0 (0)	1 (4)	6 (25)
Vet ej	0 (0)	2 (8)	0 (0)	2 (8)
Totalt (%)	15 (63)	6 (25)	3 (12)	24 (100)

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Valet att använda kvantitativ metod med enkät som datainsamling passade bra för studiens syfte. Att utarbeta en enkät är en krävande och svår process och det finns många fallgropar [26, 29]. Det var därför en fördel att använda en redan utarbetad enkät. Ytterligare en fördel var att vi kunde jämföra vårt resultat med Socialstyrelsens resultat från 2004. Nackdelen var att vi under analysprocessen insåg att vissa frågor kunde formulerats annorlunda. Fråga åtta om läkemedelsposter uteslöts på grund av otydliga svarsalternativ och finns inte med i analys eller resultat.

I vårt urval inkluderade vi distriktssköterskor från en större och en mindre kommun samt från offentlig och privat verksamhet, men vi kan inte säga att urvalet är representativt för distriktssköterskor. På grund av urvalets storlek är det inte möjligt att generalisera resultatet vilket heller inte var vårt syfte. Fördelningen mellan privat och offentlig vård stämde bra i Alingsås. I Kungsbacka blev det en övervikt åt privat verksamhet jämfört med hur fördelningen i kommunen ser ut. Totalt delades 27 enkäter ut varav 25 besvarades. En enkät från respektive kommun besvarades inte, en distriktssköterska avböjde och en var inte

tillgänglig aktuell vecka. Svarsfrekvensen var därmed hög (93 %) vilket kan bero på att enkäterna lämnades och hämtades personligen och med kort svarstid.

I analysen av studiens resultat framkom att några frågor inte var fullständigt besvarade vilket kan påverka studiens reliabilitet [26, 29]. På fråga nio visade det sig att några deltagare istället för indikationsområde svarat med övergripande avsnitt, exempelvis ögon istället för bakteriell konjunktivit (bilaga 3). Detta kan bero på att frågan var otydligt formulerad och missuppfattades. För att möjliggöra en analys av fråga nio flyttades samtliga svar till respektive övergripande avsnitt. Nackdelen var att detta gav mindre detaljerade indikationsområden. På fråga nio och tio uppgav några studiedeltagare fler än tre alternativ. Dessa extra alternativ togs inte med i analysen. På ett fåtal frågor uppnåddes inte hundra procentig svarsfrekvens, dessa svar redovisades som saknade. För att avgöra studiens validitet måste vi bedöma om studien mätt det vi avsetts att mäta. Använd enkät har tidigare testats och vårt resultat stämmer väl överens med tidigare forskning vilket enligt metodlitteraturen är ett sätt att bedöma en studies validitet [26, 29].

Deskriptiv statistik fungerade väl som analysmetod för att svara mot syftet och möjliggjorde att resultatet kunde organiseras, tolkas och förmedlas på ett överskådligt sätt [25]. För de ostrukturerade frågorna var kvalitativ innehållsanalys en bra metod. Eftersom kommentarerna redan från början var kortfattade gick vi direkt från meningsbärande enhet till kodning. Det svåra i analysen var att hitta kategorier till samtliga koder utan överlappning. Svårigheten blev tydlig i analysen av fråga sju och tolv där koderna till viss del kan anses överlappa varandra. Här valde vi att inte sammanföra koderna till samma kategori. Detta på grund av att fråga sju enbart handlade om motivering av förskrivningsfrekvensen och fråga tolv istället handlade om svårigheter och nackdelar med förskrivningsrätten i stort.

I den fullskaliga studien krävs ett större urval vilket dras slumpmässigt ur förslagsvis Distriktssköterskeförningens register. Enkäterna skickas ut via post. I pilotstudien erhöles en hög svarsfrekvens då vi lämnade ut och hämtade enkäterna personligen. Eventuellt blir svarsfrekvensen lägre vid postenkäter varför vi planerar att skicka ut två påminnelser. Vid ett större urval kan också hypoteser testas och insamlad data analyseras genom statistisk inferens. Intressant vore då att jämföra skillnader mellan förskrivningsfrekvens och antal år med förskrivningsrätt samt om det i ett större urval framkommer skillnader mellan exempelvis privat och offentlig verksamhet. Inför en fullskalig studie bör vissa enkätfrågor förtydligas.

## RESULTATDISKUSSION

Åldersfördelningen bland distriktssköterskorna i denna studie stämmer väl överens med Socialstyrelsens uppföljning från 2004 där 85 % av studiedeltagarna var mellan 30-60 år, även när det gäller antal år sedan sjuksköterskeexamen är resultatet jämförbart [7]. I föreliggande studie är dock antalet år sedan examen i förskrivningsrätt fler, vilket kan förklaras av att förskrivningsrätten för distriktssköterskor nu har funnits längre tid.

I vårt resultat uppgav distriktssköterskorna att de använde sin förskrivningsrätt mer frekvent än i tidigare beskrivna studier [7, 12] där sex respektive åtta procent aldrig använde sin förskrivningsrätt. Att förskrivningsfrekvensen har ökat framgår även i siffror från Socialstyrelsen [11] och Apotekens Service, T Renberg (personlig kommunikation 2012-08-24) där antalet expedierade läkemedelsposter per månad och distriktssköterska/sjuksköterska med förskrivningsrätt under de senaste 16 åren ökat från 1,69 till 2,99.

Vårt resultat antydde att den dagliga förskrivningen var något högre inom privat verksamhet samt att de som förskrev dagligen hade haft sin förskrivningsrätt kortare tid. Detta skapade ett intresse av att se om det fanns ett övergripande mönster där de som hade haft sin förskrivningsrätt kortare tid i större utsträckning arbetade inom privat verksamhet. Resultatet visade att så var inte fallet, fördelningen var jämn. Däremot kunde vi se att de som haft sin förskrivningsrätt längre tid i något större utsträckning arbetade inom privat verksamhet. En möjlig förklaring till detta kan vara att de med lång erfarenhet började arbeta i privat verksamhet i samband med vårdvalet.

Det kan finnas flera möjliga förklaringar till att de som förskrev dagligen även hade haft sin förskrivningsrätt kortare tid i median än de som förskrev mer sällan. Dels kan det bero på att distriktssköterskan vill börja använda sin förskrivningsrätt omgående efter utbildningen vilket också framkom i en engelsk studie [21] eller att utbildningen i förskrivningsrätt blivit bättre. En annan aspekt är också att de med lång erfarenhet har större kunskap vilket kan leda till att de i vissa fall avstår från att förskriva läkemedel eller istället föreslår egenvård [7, 14, 21].

I vårt resultat liksom i tidigare forskning framkom även motsatta synpunkter, att brist på erfarenhet belystes som en orsak till att förskriva sällan [12, 17], detta samt att många läkemedel är receptfria framkommer även i andra studier som en orsak till låg förskrivning [15, 21]. En annan aspekt som angavs som motiv till att förskrivningsfrekvensen varierade, både vad det gäller läkemedel och frekvens, var att patienternas behov var skiftande. Att utgå

från patientens behov poängteras tydligt av Henderson genom att det är patientens behov som avgör både vad som ska göras och vem som ska göra det [22]. Därmed är det naturligt att förskrivningen varierar både vad gäller läkemedel och frekvens vilket också styrks av tidigare forskning [13].

I vårt resultat tycks den mest framträdande orsaken till att uppleva svårigheter kring förskrivningsrätten vara yttre omständigheter, då merparten av de som uttrycker svårigheter samtidigt vill förskriva även andra läkemedel. Även tidigare forskning styrker resultatet att yttre omständigheter begränsar och försvårar förskrivningen [7, 15, 17, 18, 21]. Den andra gruppen, de som uttryckte svårigheter med förskrivningen och inte ville förskriva andra läkemedel angav brist på kunskap och erfarenhet som orsak, vilket alltså inte enbart ses som en orsak till att förskriva sällan utan även som en nackdel för förskrivningen i stort. Något som också framkommer i tidigare studier [7, 12, 17-19]. Det viktigaste med förskrivningsrätten är inte att frekvensen av förskrivna läkemedel är hög, utan att förskrivningen används på rätt sätt. Det vill säga att distriktssköterskan utgår från patientens behov, förskriver rätt läkemedel utifrån aktuell indikation och även i vissa fall avstår från att förskriva. För att kunna göra detta krävs kunskap. Möjlighet till uppdatering och uppföljning inom farmakologi och läkemedel och då inte endast från läkemedelsindustrin, är en förutsättning för att kunna upprätthålla sin kompetens som ”independent prescriber” [9, 10].

Samtliga studiedeltagare uttryckte att det fanns fördelar med förskrivningsrätten. Det resultat som tidigare studier visat kring möjlighet till en bättre helhetssyn och kontinuitet i omvårdnaden av patienten [7, 12, 15-18], framkommer även i vårt resultat. I tidigare forskning uttryckte studenter oro över att förskrivningsrätten skulle ge dem ett förändrat perspektiv, från ”caring” till ”curing” [20]. Denna oro bekräftas inte i vårt resultat där distriktssköterskorna istället betonar att förskrivningsrätten underlättar för patienten och ger större möjlighet att följa patienten hela vägen. Detta styrker vårt påstående att möjligheten att förskriva läkemedel tillför ytterligare en dimension till distriktssköterskans omvårdnad genom att som Henderson betonar tillsammans med patienten, utifrån dennes grundläggande behov, planera, genomföra och följa upp insatta åtgärder [22, 24]. Även teamarbetet där varje profession ska göra det som den har bäst kompetens för framhålls i Hendersons teori [22, 24]. Fördelen med att många patienter inte behöver ett läkarbesök framkom tydligt i vår studie vilket även flertalet andra studier påpekat [7, 12, 16-19] samt att förskrivningsrätten ger en ökad kunskap och självständighet [7, 15-18].

Det är svårt att göra jämförelser med internationell forskning vad det gäller indikationsområden och läkemedel då förutsättningar och läkemedelslistor ser olika ut [9]. De områden som framkom som vanligast förekommande i förskrivningen i denna studie, stämde väl överens med de läkemedel som mest frekvent förskrevs. Det är viktigt att poängtera att denna studie endast presenterar de tre vanligaste indikationsområdena och läkemedlen som förskrivs. Detta betyder inte att övriga områden och läkemedel inte används. I jämförelse med Socialstyrelsens uppföljning skiljer sig resultaten något åt [7]. Läkemedel mot tillfällig smärta framkom inte alls och laxermedel framkom inte som lika vanligt förekommande i vår studie. Detta kan bero på att Socialstyrelsens uppföljning riktade sig till sjuksköterskor som arbetade inom kommunal hälso-och sjukvård där dessa problem kan vara mer vanligt förekommande.

Jämfört med Socialstyrelsens uppföljning var det fler distriktssköterskor i vår studie som hade önskemål om att förskriva andra läkemedel [7]. Dessa önskemål framkom även i internationell forskning [12, 18]. Det är begripligt att distriktssköterskor vill kunna förskriva exempelvis antibiotika i vissa fall men det är inte helt okomplicerat. Dessutom regleras läkemedelslistans innehåll av ett flertal principer vilka tidigare beskrivits, bland annat att diagnos och förskrivning ska kunna göras utan några laboratorieundersökningar. Önskemål att kunna förlänga recept hos patienter med stabila tillstånd framkom såväl i vår studie som i Socialstyrelsens uppföljning [7]. Detta tycker vi är ett rimligt önskemål framförallt för de distriktssköterskor som har vidareutbildning i exempelvis diabetes eller hypertoni.

## **FORTSATT FORSKNING**

Resultatet i denna studie tyder på att distriktssköterskorna önskar mer utbildning och kontinuerlig uppdatering kring förskrivningsrätt och läkemedel. Detta är ett område som bör utforskas vidare. Hur kan förskrivningskompetensen bäst upprätthållas? Var bör ansvaret ligga för uppföljande och återkommande utbildning? Hos universitet eller arbetsgivare? Hur ser den fortlöpande uppdateringen ut i andra länder med en förskrivningsrätt med liknande regelverk och förutsättningar som Sverige? Idag är det den enskilda distriktssköterskans eget ansvar att hålla sig uppdaterad vilket vi menar är svårt, speciellt för de distriktssköterskor som av olika skäl förskriver sällan.



## **SLUTSATS**

Jämfört med tidigare forskning vilken utgått från varierande verksamheter inklusive kommunal hälso-och sjukvård, visar vårt resultat att förskrivningsrätten används mer frekvent. Samtliga distriktssköterskor uttryckte att de upplevde fördelar med förskrivningsrätten, för såväl patient som distriktssköterska och arbetsfördelning på mottagningen. En majoritet av distriktssköterskorna ville förskriva andra läkemedel och det som komplicerade förskrivningen uppgavs vara brist på erfarenhet, rutin och uppdatering samt organisatoriska hinder och läkemedelslistans begränsningar.

Arbetsfördelningen i denna studie har fungerat bra. I arbetets bakgrund fördjupade vi oss i olika områden där materialet gemensamt flätades samman. Enkäterna delades ut på var sitt håll i respektive hemkommuner. Resterande arbete har gjorts tillsammans.

## REFERENSER

1. Emanuelsson Blanck, A. and R. Wendt, *I folkhälsans tjänst: sju decennier med den svenska distriktssköterskan*. Vol. 43. 1994, Stockholm: Vårdförb. SHSTF.
2. Distriktssköterskeföreningen. *Distriktssköterskans uppdrag*. 2008 2012-09-14]; Available from: <http://www.distriktsskoterska.se/dokument.php?cat=1&id=1>.
3. Socialstyrelsen. *Införandet av vårdval i primärvården Slutredovisning*. [Pdf] 2010 2012-10-03]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-2-10/Documents/2010-2-10.pdf>.
4. Distriktssköterskeföreningen. *Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor*. 2009 2012-09-14]; Available from: <http://www.distriktsskoterska.se/dokument.php?cat=1&id=1>.
5. Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel 2001* 2012-09-14]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2001-16>.
6. Socialstyrelsen. *Läkemedelslista för sjuksköterskor med förskrivningsrätt*. [Pdf] 2011 2012-10-10]; Available from: [http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2001-16/Documents/Bilaga\\_2011\\_1.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2001-16/Documents/Bilaga_2011_1.pdf).
7. Socialstyrelsen. *Uppföljning av förskrivningsrätten för sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården*. 2004 2012-09-12]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-103-13>.
8. American Nurses Associaton. *What nurses do*. 2012 2012-09-07]; Available from: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing/Tools-You-Need/RNsAPNs.html>.
9. Kroezen, M., et al., *Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control*. International Journal of Nursing Studies, 2012. **49**(8): p. 1002-1012.
10. Department of health. *Non-medical prescribing programme 2011* 2012-09-20]; Available from: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicines pharmacyandindustry/Prescriptions/TheNon-MedicalPrescribingProgramme/Background/index.htm](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicines%20pharmacyandindustry/Prescriptions/TheNon-MedicalPrescribingProgramme/Background/index.htm).
11. Socialstyrelsen. *Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP)*. 2011 2012-09-24]; Uppgifterna från data vid tidpunkt 2011-12-31]. Available from: [http://www.socialstyrelsen.se/register/verksamhetpersonal/legitimeradpersonal\(hosp\)](http://www.socialstyrelsen.se/register/verksamhetpersonal/legitimeradpersonal(hosp)).
12. While, A.E. and K.S.M. Biggs, *Benefits and challenges of nurse prescribing*. Journal of Advanced Nursing, 2004. **45**(6): p. 559-567.

13. Hall, J., P. Noyce, and J. Cantrill, *Why do district nurse prescribers alter their prescribing patterns?* British Journal of Community Nursing, 2008. **13**(11): p. 507.
14. Running, A., C. Kipp, and V. Mercer, *Prescriptive patterns of nurse practitioners and physicians.* Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2006. **18**(5): p. 228-233.
15. Wilhelmsson, S., A.C. Ek, and I. Akerlind, *Opinions about district nurses prescribing.* Scand J Caring Sci, 2001. **15**(4): p. 326-30.
16. Bradley, E. and P. Nolan, *Impact of nurse prescribing: a qualitative study.* Journal of Advanced Nursing, 2007. **59**(2): p. 120-128.
17. Downer, F. and C.M. Shepherd, *District nurses prescribing as nurse independent prescribers.* British Journal of Community Nursing, 2010. **15**(7): p. 348-352.
18. Lewis-Evans, A. and R. Jester, *Nurse prescribers' experiences of prescribing.* Journal of Clinical Nursing, 2004. **13**(7): p. 796-805.
19. Wilhelmsson, S. and M. Foldevi, *Exploring views on Swedish district nurses' prescribing -- a focus group study in primary health care.* Journal of Clinical Nursing, 2003. **12**(5): p. 643-650.
20. Bradley, E., P. Campbell, and P. Nolan, *Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role?* Journal of Advanced Nursing, 2005. **51**(5): p. 439-448.
21. Hall, J., J. Cantrill, and P. Noyce, *Why don't trained community nurse prescribers prescribe?* Journal of Clinical Nursing, 2006. **15**(4): p. 403-412.
22. Henderson, V., *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet.* 1970, Stockholm Svensk sjuksköterskefören. förl.
23. Henderson, V., *The concept of nursing.* Journal of Advanced Nursing, 2006. **53**(1): p. 21-31.
24. Kirkevold, M. and K. Larsson-Wentz, *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering.* 2000, Lund: Studentlitteratur.
25. Polit, D.F. and C.T. Beck, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 2012, Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
26. Greenhalgh, T., *Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter: grunden för en evidensbaserad vård.* 2012, Lund: Studentlitteratur.
27. Nyberg, R., *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet.* 2000, Lund: Studentlitteratur.
28. Trost, J., *Enkätboken.* 2012, Lund: Studentlitteratur.

29. Olsson, H. and S. Sörensen, *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 2011, Stockholm: Liber.
30. Graneheim, U.H., et al., *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse education today, 2004. **24**(2): p. 105-112.
31. Ejlertsson, G. and J. Axelsson, *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. 2005, Lund: Studentlitteratur.
32. Kungälv Kommun. *Befolkning*. 2012 [2012-10-10]; Available from: [http://www.kungälv.se/sitetemplates/KBInformationPage\\_\\_\\_4390.aspx](http://www.kungälv.se/sitetemplates/KBInformationPage___4390.aspx).
33. Alingsås Kommun. *Statistik 2011*. 2012 [2012-10-10]; Available from: <http://www.alingsas.se/bygga-bo-och-miljo/alingsas-fortsatter-vaxa-i-lagom-takt>.
34. Sveriges riksdag. *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor* 2003 [2012-09-17]; Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/).
35. Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. 1990 [2012-09-17]; Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

## Enkät om distriktssköterskors förskrivning av läkemedel

### Bakgrundsuppgifter

1. Kommun: .....

2. Arbetar inom:

- Privat vårdcentral
- Offentlig vårdcentral

3. Ålder:

- < 29 år
- 30-44 år
- 45-60 år
- > 60 år

### Utbildning

4. Examensår för din grundutbildning till sjuksköterska: .....

5. Examensår för din vidareutbildning till distriktssköterska: .....

6. Ingick kursen farmakologi och sjukdomslära (=kursen i förskrivningsrätt) i din vidareutbildning till distriktssköterska?

- Ja
- Nej

Om Nej, vilket år erhöll du din förskrivningsrätt? .....

### Förskrivning av läkemedel

7. Hur ofta använder du dig av din förskrivningsrätt? (Ange endast ett svarsalternativ).

- Dagligen
- Några gånger/vecka
- Några gånger/månad
- Några gånger/år
- Aldrig

Motivera ditt svar;.....

.....  
.....  
.....  
.....

8. Om du använder din förskrivningsrätt, hur många recept (= läkemedelsposter) förskriver du per månad?

- 1
- 2-3
- 3-4
- Fler än 5

9. Inom vilka indikationsområden förskriver du mest läkemedel (indikationsområden enligt läkemedelslistan i föreskriften SOSFS 2011:1, t.ex. förstoppning, torr hud, ögoninfektion). Rangordna 1-3.

- 1.....
- 2.....
- 3.....

10. Vilka är de tre vanligaste läkemedelsgrupper du förskriver (ange ATC-koder enligt läkemedelslistan i föreskriften SOSFS 2011:1) Rangordna 1-3.

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**Erfarenheter av utbildningen och förskrivningsrätten**

11. Anser du att det finns fördelar för dig i din yrkesutövning att ha förskrivningsrätt?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Om Ja, ange vilka:.....

.....

.....

.....

.....

12. Anser du att det finns några nackdelar eller svårigheter relaterade till förskrivningsrätten?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Om Ja, ange vilka:.....

.....

.....

.....

.....

13. Skulle du vilja förskriva andra läkemedel än de som står på läkemedelslistan?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Om Ja, vilka läkemedel?.....

.....

.....

.....

.....



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

## **FORSKNINGSPERSONSINFORMATION**

### **Bakgrund och syfte**

I distriktssköterskeutbildningen ingår kursen ”Farmakologi och sjukdomslära med inriktning mot förskrivningsrätt för sjuksköterskor” 15 hp. Möjligheten för distriktssköterskan att efter examen ansöka hos Socialstyrelsen om rätten att få förskriva vissa läkemedel infördes i Sverige 1994. Syftet med studien är att undersöka i vilken utsträckning distriktssköterskan på vårdcentral använder sig av sin förskrivningsrätt.

### **Förfrågan om deltagande**

Studien genomförs på utvalda vårdcentraler, både privata/offentliga inom primärvården i Alingsås och Kungsbacka. Verksamhetschefen på din vårdcentral har kontaktats och lämnat sitt godkännande. Vi tillfrågar dig om Du vill medverka i denna studie eftersom du är distriktssköterska med förskrivningsrätt för läkemedel.

### **Hur går studien till?**

Genom att besvara bifogad enkät väljer du att delta i denna studie. Enkäten är anonym och vi beräknar att den tar mellan 10-15 minuter att besvara. När Du har besvarat enkäten läggs den i bifogat svarskuvert som försluts av dig och hämtas av oss efter 5 dagar. Enkätsvaren kommer sammanställas och analyseras på gruppnivå. Därefter presenteras resultatet i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

### **Finns det några risker med att delta?**

Vi kan inte se att det finns några risker med att delta i denna studie.

### **Finns det några fördelar med att delta?**

Det finns inte någon personlig fördel att delta. Däremot kan studien innebära att distriktssköterskans användning av förskrivningsrätten uppmärksammas.

### **Hantering av data och sekretess**

Eftersom enkäten är anonym kan den inte spåras till dig som person. Ingen obehörig kommer kunna få tillgång till materialet och när studien är avslutad kommer enkäterna förstöras.

## **Hur får jag information om studiens resultat?**

Om intresse finns av att ta del av studiens resultat är du välkommen att kontakta nedanstående personer.

### **Frivillighet**

Deltagande i studien är helt frivilligt.

### **Ansvariga för studien**

Dsk. Student

Dsk. Student

Marie Carlson

Ingalill Ahlqvist

Handledare:

Ingela Hensch



## **INDIKATIONER - övergripande avsnitt samt indikationsområden enligt SOSFS 2011:1**

### **1. MUN OCH SVALG**

- 1.1. Hög kariesrisk i samband med muntorrhet
- 1.2. Oral och peroral candidiasis
- 1.3. Aftös stomatit
- 1.4. Munsår orsakade av herpes simplex hos immunkompetenta patienter

### **2. MAGE OCH TARM**

- 2.1. Symtomatisk tillfällig behandling vid epigastralgi och halsbränna
- 2.2. Symtomatisk behandling vid hiatus-insufficiens, sura uppstötningar och halsbränna
- 2.3. Spädbarnskolik och gasbildning hos vuxna
- 2.4. Förstoppning
- 2.5. Symtomatisk behandling av ospecifika diarréer
- 2.6. Tillfälliga anala besvär

### **3. NUTRITION**

- 3.1. Förebyggande av vitamin – och mineralbrist vid ensidig kost eller otillräckligt födointag hos vuxna
- 3.2. Förebyggande av kalciumbrist och osteoporos

### **4. SÅRBEHANDLING**

- 4.1. Sårdesinfektion
- 4.2. Vätskande och infekterade sår
- 4.3. Venösa bensår
- 4.4. Smärtande sår

### **5. HUDINFEKTIONER**

- 5.1. Candidainfekterade blöjutslag och intertriginös candida
- 5.2. Fotsvamp
- 5.3. Fotsvamp eller intertriginös candida, med besvärande klåda
- 5.4. Impetigo
- 5.5. Eksem med sekundärinfektion

### **6. EKSEM**

- 6.1. Eksem
- 6.2. Akuta eksem av varierande genes
- 6.3. Akuta och kroniska eksem av varierande genes
- 6.4. Eksem med sekundärinfektion

## **7. ANSIKTE OCH HÅRBOTTEN**

- 7.1. Utvärtes behandling av lindrig acne vulgaris
- 7.2. Mjällbildning och seborroisk dermatit i hårbotten
- 7.3. Huvudlöss
- 7.4. Huvudlöss och flatlöss

## **8. HUD, ÖVRIGT**

- 8.1. Torr hud
- 8.2. Avlägsnande av fjäll och krustor
- 8.3. Hematom och tromboflebiter
- 8.4. Ytanestesi av huden i samband med nålstick och ytliga kirurgiska ingrepp, t.ex. revision av bensår
- 8.5. Tillfällig klåda
- 8.6. Skabb
- 8.7. Vätskerepellerande hudskydd

## **9. INFEKTION**

- 9.1. Scarletina, odlingsverifierad
- 9.2. Tonsillit hos patient i samma hushåll som aktuellt fall av scarlatina
- 9.3. Springmask
- 9.4. Spolmask

## **10. URINVÄGAR OCH KÖNSORGAN**

- 10.1. Trängningsinkontinens
- 10.2. Lokala östrogenbristsymtom
- 10.3. Ytanestesi vid katetrisering

## **11. MÖDRAVÅRD**

- 11.1. Amningsstimulering

## **12. SMÄRTA**

- 12.1. Tillfällig lätt till måttlig smärta
- 12.2. Dysmenorré utan organisk orsak
- 12.3. Lokala smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet i samband med muskel – och ledsador, t.ex. sportskador

## **13. ÖRON – NÄSA – HALS**

- 13.1. Rinit
- 13.2. Allergisk rinit
- 13.3. Allergisk rinit och konjunktivit
- 13.4. Extern otit

## 14. ÖGON

- 14.1. Allergisk konjunktivit
- 14.2. Allergisk rinit och konjunktivit
- 14.3. Bakteriell konjunktivit
- 14.4. Lättare yttre ögoninflammation
- 14.5. Tillstånd av torra ögon p.g.a. naturlig tårvätskeinsufficiens eller blåst, damm etc.

## 15. ÖVRIGT

- 15.1. Tillfälligt illamående
- 15.2. Åksjuka
- 15.3. Hjälpt mot abstinensbesvär vid rökavvänjning
- 15.4. Hosta
- 15.5. Feber
- 15.6. Beredning av injektionsvätska
- 15.7. Tillfällig uttorkning