

# Vårdcentralschefers perspektiv på distriktssköterskors förskrivningsrätt

En pilotstudie om vårdcentralschefers erfarenhet av distriktssköterskors förskrivningsrätt

FÖRFATTARE	Caroline Gentzel Leila Mohammadi
PROGRAM/KURS	Specialistsjuk- sköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska OM5310 HT 2014
OMFATTNING	15 Högskolepoäng
HANDLEDARE	Helene Berglund
EXAMINATOR	Kristina Rosengren

Institution för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



## **FÖRORD**

Vi vill tacka vår handledare Helene Berglund för det fina stöd och handledning vi har fått. Ett stort tack till vår examinator Kristina Rosengren för granskning av vår studie. Vi vill även rikta ett stort tack till de vårdcentralschefer som medverkat i studien och därmed gjort denna studie möjligt.

Caroline & Leila

Titel (svensk):	Vårdcentralschefers perspektiv på distriktssköterskors förskrivningsrätt
Titel (engelsk):	The heads of health centers' perspective on district nurse prescribing
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program	Specialistsjuksköterskeprogrammet mot inriktning distriktssköterska
kursbeteckning:	OM5310
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	33 sidor
Författare:	Caroline Gentzel och Leila Mohammadi
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Kristina Rosengren

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** År 1994 trädde den generella förskrivningsrätten i kraft för distriktssköterskor med viss utbildning i farmakologi och sjukdomslära i Sverige. Enligt Socialstyrelsens uppföljning 2004 av användandet av förskrivningsrätten framkom det att knappt hälften av distriktssköterskorna använde rätten att förskriva några gånger i veckan. Enligt tidigare forskning var distriktssköterskor och patienter positiva till förskrivningsrätten. Läkarna var däremot inte lika positiva. Vårdcentralschefernas ansvar är att främja distriktssköterskornas förskrivningsrätt och se till att den fungerar på ett tillfredställande sätt. Det saknas forskning kring vårdcentralchefens syn på distriktssköterskors förskrivningsrätt. **Syfte:** Syftet med vår studie är att beskriva vårdcentralschefers erfarenheter av distriktssköterskors förskrivningsrätt. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer gjordes med fyra vårdcentralschefer. Kvalitativ innehållsanalys utfördes. **Resultat:** Samtliga informanter i studien har en positiv inställning till distriktssköterskornas förskrivningsrätt. I resultatet har författarna fått fram fyra kategorier av intervjuerna: *Patientnytta*, *Effektivisering av vården*, *Förskrivningsrätt som en tillgång och stödjande ledarskap*. Det som framkom av resultatet var att vårdcentralscheferna upplevde distriktssköterskans förskrivningsrätt som en tillgång. Patienter fick snabbare vård, råd till egenvård och bedömningar kring sitt hälsotillstånd. Förskrivningsrätten var ekonomiskt kostsam i Västra Götalandsregionen och att samtliga informanter såg positivt på distriktssköterskors förskrivningsrätt i framtiden och att den till och med kan utökas. Ledarskapen har en stor betydelse för att stötta distriktssköterskor att våga förskriva mer och få ett bättre samspel mellan olika yrkeskategorier. **Konklusion:** I tidigare forskning har vi sett distriktssköterskans, patientens och läkarnas uppfattning om distriktssköterskans förskrivningsrätt. Författarna får ändå en positiv uppfattning av samtliga intervjuare att förskrivningsrätten gör nytta både för patienten, distriktssköterskan, läkaren och för vårdcentralen i sin helhet. Vårdcentralscheferna kan med hjälp av ett bra ledarskap påverka distriktssköterskornas profession och användning av förskrivningsrätten.

## Nyckelord

Distriktssköterskor, förskrivningsrätt, primärvård, ledarskap, omvårdnads enhetschef

## ABSTRACT

**Background:** In 1994 came the general prescription law in force for the district nurses with specific training in pharmacology and pathology in Sweden. According to The National Board of Health and Welfare from 2004 follow-up of the use of the prescription law revealed that nearly half of the district nurses used their prescription once a week. According to previous research the district nurses and patients were positive to the district nurses administration of prescriptions. Doctors, contrariwise, were not as favorable to the district nurses administration of prescriptions. The responsibility of the heads of the health centers is to promote the district nurses to prescribe and make sure that it works in a satisfactory manner. The authors of the study have not been able to see any research on the heads of the health centers' perceptions of the district nurse administration of prescriptions. **Aim:** The aim of the study is to describe the head of health centers' experiences of the district nurses prescribing. **Method:** Semi-structured interviews were made with four heads of health centers. A qualitative content analysis was performed. **Results:** All respondents in the study have a positive attitude to the district nurses administration of prescriptions. In the result, the authors have come up with four categories of interviews: *Patient benefit*, *Effectiveness of care*, *prescribing as a benefit*, *supportive leadership*. The heads of health centers experienced district nurse prescribing as an asset. Patients received faster care, advice for self-care and assessments of their health. The administration of prescriptions was economically costly in the Västra Götalandsregion and all informants welcomed the district nurses prescribing in the future and that it could be even increased. The leaderships had a major role in supporting district nurses daring to prescribe more and get a better interaction between the different professions. **Conclusion:** In previous research, we have seen the district nurses, the patients and the doctors' perception of the district nurse administration of prescriptions. The authors still get a positive perception of all interviewers to administration of prescriptions right is beneficial both for the patient, the district nurse, the doctor and the primary health care as a whole. The heads of the health center can with the help of good leadership affect the district nurses profession and administration of prescriptions.

### Keywords

District nurses, drug prescriptions, primary health care, leadership, nursing unit managers

<b>INNEHÅLL</b>	Sid
<b>INTRODUKTION</b> .....	1
<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	2-12
Historien om förskrivningsrätt för distriktssköterskor.....	2-3
Distriktssköterskans profession.....	4
Vårdcentralschefens roll.....	5-6
Teoretisk referensram.....	6-8
Distriktssköterskors upplevelser av föreskrivningsrätt.....	8-9
Läkarnas upplevelser av distriktssköterskors förskrivningsrätt.....	10
Patienters perspektiv på distriktssköterskors förskrivningsrätt.....	10-11
Problemformulering.....	11-12
<b>SYFTE</b> .....	12
<b>METOD</b> .....	12-17
<b>KVALITATIV METOD</b> .....	12-13
<b>PILOTSTUDIE</b> .....	13
<b>URVAL</b> .....	13-14
<b>DATAINSAMLING</b> .....	14-15
<b>DATAANALYS</b> .....	15-16
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	17

<b>RESULTAT</b> .....	18-24
PATIENTNYTTA.....	18-19
EFFEKTIVISERING AV VÅRDEN.....	19-21
FÖRSKRIVNINGSRÄTT SOM TILLGÅNG.....	21-23
STÖDJANDE LEDARSKAP.....	23-24
<b>DISKUSSION</b> .....	24-28
METODDISKUSSION.....	24-26
RESULTATDISKUSSION.....	26-28
KONKLUSION.....	29
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	29
<b>REFERENSER</b> .....	30-33

## **BILAGOR**

1. Intervjuguide
2. Brev till Primärvårdschefen
3. Forskningspersonsinformation
4. Läkemedelslista för sjuksköterskor med förskrivningsrätt

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Användningen av distriktssköterskors förskrivningsrätt har ökat succesivt under de senaste åren. Det har bidragit till stora förändringar inom hälso- och sjukvården (Barrett, 2004; Kroezen *et al.*, 2011). De sju länder som har använt sig av distriktssköterskor för att förskriva läkemedel är Storbritannien, USA, Kanada, Sverige, Nya Zeeland, Australien och Irland. Nu senast har länder som Spanien, Nederländerna och Finland också infört förskrivningsrätt (Barrett, 2004; Kroezen *et al.*, 2011).

I Sverige har rapporterats att distriktssköterskornas förskrivningsrätt inte används i så stor utsträckning som det var avsett från början (Socialstyrelsen, 2004). Det finns anledning att reflektera över bakomliggande orsaker till varför distriktssköterskornas kompetens inte används fullt ut. Att förskrivningsrätten används kan innebära fördelar för både patienterna och för distriktssköterskornas professionsutveckling och möjlighet att göra självständiga bedömningar i olika vårdssituationer.

I en studie av Wilhelmsson & Foldevi (2003), som handlade om distriktssköterskors och läkarnas upplevelser av förskrivningsrätten, belystes även verksamhetschefernas attityder till distriktssköterskornas förskrivningsrätt. De konstaterade i sin studie att verksamhetschefernas attityder påverkade förhållningssättet bland alla medarbetare på arbetsplatsen. Detta tyder på att ledarskapet kan ha betydelse för hur distriktssköterskornas förskrivningsrätt används. Dock saknas studier som belyst vårdcentralchefens syn på distriktssköterskors förskrivningsrätt.

Det kan finnas flera tänkbara fördelar med distriktssköterskors förskrivningsrätt. Till exempel distriktssköterskor som gör regelbundna hembesök kan ta nytta av sin förskrivningsrätt och arbeta självständigt i patientens hemmiljö genom att hjälpa patienter med deras behov av förskrivning av vissa läkemedel. Detta kan bidra till bättre livskvalité hos patienter genom att de får snabbare behandling direkt i hemmet. Det kan även leda till tidsvinst hos patienter då de slipper resor till och från vårdcentralen. Om patienter ändå är tvungna att komma till vårdcentralen kan han/hon snabbare träffa en distriktssköterska än en läkare eftersom tillgängligheten ofta är större hos distriktssköterskor i jämförelse med läkare.

## BAKGRUND

### Historien om förskrivningsrätt för distriktssköterskor

År 1994 trädde den generella förskrivningsrätten i kraft för distriktssköterskor med viss utbildning i farmakologi och sjukdomslära. Syftet med att utöka förskrivargruppen var att förenkla och effektivisera hälso- och sjukvården särskilt för dem som bodde i glesbygden och som därför hade svårt att komma till en vårdcentral. Dessförinnan var förskrivningsrätt endast för läkare (Socialstyrelsen, 2004). Förr hade Läkemedelsverket uppdraget att utarbeta föreskrifter gällande förskrivningsrätten men idag har socialstyrelsen övertagit detta ansvar (Läkemedelsverket, 2007). Enligt senaste versionen av Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel (SOSFS 2001:16, SOSFS 2011:1) fick år 2001 även sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården med särskild utbildning och anställning förskrivningsrätt (Socialstyrelsen, 2004). Målet med detta var att underlätta vården för de äldre personer som vårdas på särskilt boende eller har hemsjukvård. Man ville utöka distriktssköterskornas kunskap om hur man redogör för patienter om deras mediciner och hur man bedömer patientens eventuella behov av förskrivning. Detta skulle leda till att det blir en effektivisering av vården av patienter och att patienterna ska få snabbare vård och bedömningar kring sina mediciner och sjukdomar (Socialstyrelsen, 2004).

För att kunna ansöka om förskrivningsrätten krävs idag en kurs på 15 högskolepoäng i farmakologi och sjukdomslära, vilken ingår i specialistutbildningen för distriktssköterskor (Socialstyrelsen, 2004). För att kunna använda sin förskrivningsrätt krävs även att distriktssköterskan tjänstgör i landstingets primärvård eller arbetar i hemsjukvård eller i kommunens hälso-och sjukvård. Förskrivningsrätten upphör så fort man slutar arbeta i de angivna verksamheterna (Socialstyrelsen, 2004). De läkemedel som distriktssköterskor har förskrivningsrätt till är uppdelade i olika kategorier och finns beskrivna i Socialstyrelsens författningssamling om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel (SOSFS 2011:1), se bilaga 4. Det finns även en rekommendationslista, REK-lista, som stöd för att främja en god och säker läkemedelsförskrivning, vilken skiljer sig mellan olika regioner (REK-listanHalland, 2014; REKlistan, 2014).



Enligt distriktssköterskeföreningen (2008) har det skett en förändring av primärvården de senaste decennierna som har gynnat distriktssköterskorna. Detta har inneburit en utbyggnad av primärvården vilket har lett till att fler vårdcentraler öppnades där även distriktssköterskor har placerats. Ädelreformen kom år 1992 och innebar att kommunen fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg av äldre och handikappade. Syftet var att ge kommunerna större ekonomiskt ansvar för att förverkliga mål om valfrihet, trygghet, integritet samt att använda samhällets resurser mer effektivt. En viktig del i ädelreformen var förskrivningsrätten av vissa läkemedel för distriktssköterskor som skulle leda till effektivisering av vården. Detta ledde till att distriktssköterskor 1994 fick förskrivningsrätt för vissa läkemedel. År 1994 infördes även husläkarlagen som innebar att läkare blev fler på vårdcentralerna på bekostnad av antalet distriktssköterskor. Lagen innebar att man skulle lyfta fram intresset för primärvården för en bättre hälso- och sjukvård. Det skapade dessvärre oro och splittring i primärvården. Detta gjorde att vårdcentralen blev starkt läkarcentrerad, vilket i sin tur gjorde att de olika samverkansformerna bröts upp mellan de olika personalkategorierna. Husläkarlagen upphävdes sedan 1995 i ett riksdagsbeslut (Distriktssköterskeförening, 2008).

Rätten att förskriva läkemedel ser olika ut för distriktssköterskor i olika länder. Enligt Kroezen *et al.* (2011) förskriver distriktssköterskor läkemedel självständigt i vissa länder medan i andra länder är det endast tillåtet att förskriva under läkarnas övervakning, så kallad beroende förskrivningsrätt. De länder, bland annat Sverige, som har en begränsad lista av läkemedel som distriktssköterskor har rätt att förskriva har en så kallad oberoende förskrivningsrätt. De länder som har beroende förskrivningsrätt har ingen läkemedelslista att utgå från eftersom de förskriver läkemedel bara i samråd med en läkare (Kroezen *et al.*, 2011).

I tidigare studier i ämnet finns både benämningen sjuksköterskans och distriktssköterskans förskrivningsrätt. I föreliggande studie används dock enbart benämningen distriktssköterska, för läsbarhetens skull.

## Distriktssköterskans profession

För att bli distriktssköterska idag krävs först en allmän sjuksköterskeutbildning på 180 högskolepoäng (kandidatexamen) för att därefter studera ytterligare 75 högskolepoäng (magisterexamen) för att få sin distriktssköterskeexamen (Distriktssköterskeföreningen 2008).

Distriktssköterskeförening (2008) beskriver att distriktssköterskans profession bygger på ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt som ska ha sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet. Med hjälp av denna förhållningsätt ska varje distriktssköterska kunna utföra vården i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och riktlinjer. Det är särskilt viktigt att distriktssköterskan ser till patientens integritet, autonomi och unikhet. Ett holistiskt synsätt innebär att ett personcentrerat arbetssätt är nödvändigt för att arbeta hälsofrämjande och för att kunna ta ställning till omvårdnadsåtgärder och medicinska åtgärder. Målet är att stödja och stärka individen, familjen och gruppen (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Det är även viktigt i distriktssköterskans arbete att få patienten att känna sig trygg. Distriktssköterskan träffar människor i alla åldrar med olika hälso- och sjukvårdstillstånd. Det ingår därför i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete att bedöma övergången från sjukdomsbehandlande vård till palliativ vård. Det är också viktigt att distriktssköterskan är uppmärksam på samhällsförändringar.

I distriktssköterskans profession ingår också att tillämpa evidensbaserad kunskap (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Enligt Dahlberg & Segesten (2010) innebär evidensbaserad vård att vårdpersonal ska tillämpa ny kunskap genom forskning. Detta är möjligt om vårdpersonal läser vetenskapliga artiklar och kritiskt granskar dem för att sedan tillämpa kunskapen för att möta patienten. Dahlberg & Segesten (2010) beskriver vidare att det är viktigt att kombinera de vetenskapliga bevisen med patientens behov och preferenser, vårdens resurser och den person som vårdar.

## Vårdcentralschefens roll

År 1991 tillhörde det administrativa ansvaret samt ledningsansvaret av kliniker och vårdcentraler en överläkare som kallades för ”chefsöverläkare”. En ändring i Hälso- och sjukvårdslagen sex år efter korrigerade chefsöverläkarens roll och ansvar (Sahlin, 2006). År 1997 infördes i Hälso- och sjukvårdslagen nya bestämmelser som ersatte chefsöverläkaren med verksamhetschef. Detta gav en möjlighet för personer som saknade den medicinska kompetensen att bli chefer för kliniker och vårdcentraler. Vårdcentralschefen/verksamhetschefen har ansvaret både ur patientperspektiv samt verksamhetsperspektiv. Han/hon måste organisera vården så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt att vården ska vara kostnadseffektiv (SFS 1982:763; Palmberg, 2006).

Chefskap och ledarskap är två olika begrepp. Chefen har enligt Mossboda *et al.* (2005) sitt uppdrag i kraft av ett formellt utnämmande, medan en ledare kan ha vunnit sitt ledarskap genom att ha fått andras förtroende. Chefskapet innebär enligt Rosengren (2014) att ta ansvar och att vara uppdaterad till aktuell forskning inom aktuella områden för att kunna använda sin kunskap för att påverka och utveckla verksamheten och medarbetaren genom att sätta tydliga mål och ta tydliga beslut. Vårdledarskap är ett informellt uppdrag som innefattar en översättning av vård och omsorg till olika aktörer. Som ledare ska man arbeta med att samordna, leda, främja och kvalitetsförbättra den evidens som är framkomlig. En vårdledare ska använda sig av kunskapsområden inom organisation, ekonomi, administration och management för att leda teamet med hjälp av ett personcentrerat arbetssätt (Edvardsson, 2010; Rosengren, 2014).

Tidigare forskning visar att en ledare måste vara närvarande och med sin närvaro sprida glädje mellan medarbetarna som i sin tur kan skapa en god arbetsmiljö (Rosengren, *et al.*, 2007). Det är även viktigt för medarbetarna att ledaren använder deras kompetens och kunskap för att de ska känna att de växer i sin roll (Rosengren, *et al.*, 2007). God kommunikationsförmåga enligt Rosengren *et al.* (2007) är en viktig och grundläggande egenskap hos en ledare. En ledare som har välfungerande kommunikation kan skapa trygghet, tilltro och säkerhet hos sina medarbetare. Rosengren (2008) betonar i sin avhandling på hur ett delat ledarskap som har ett stödjande effekt genom teamarbetet kan leda till förbättrad

vårdkvalitet. Tidigare forskning stödjer skapandet av en bra arbetsmiljö om vårdledaren har förmågan till att ge positiv återkoppling på medarbetarnas arbetsinsats samt att kunna ha en rådgivande arbetssätt (Rosengren 2014, Duffield *et al.* 2011). Beröm och erkännande för ett välutfört arbete var en annan förutsättning för ett bra ledarskap (Duffield *et al.* 2011).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i Kvalitetssystem i hälso- och sjukvård (SOSFS 2005:12) har verksamhetschefen ansvar för att verksamheten alltid förbättrar kvaliteten inom vården av patienter på sjukhus och vårdcentraler. Verksamhetschefen måste ha de egenskaper som krävs för att planera, utforma, bestämma, ta initiativ, ha förmåga att samarbeta samt kunna motivera medarbetare att hantera pressade och stressiga situationer. En verksamhetschef bör även ha kännedom och kompetens för att avgöra när han/hon bör överlämna ledningsuppgifter till en annan person för att inte äventyra patientsäkerheten och för att säkerställa graden av god kvalitet av vården (SOSFS 1997:8 & SOSFS 2005:12).

Att vara chef inom vården innebär enligt Palmberg (2006) att arbeta i en komplex miljö. Den komplexa miljön kan vara kännetecknad av olika historiska ideal om hur en effektiv verksamhet kan bedrivas. I ledningsansvaret varje vårdcentralchef har ingår samordning, ledning och kvalitetsförbättring. Därför vill författarna till denna studie lyfta fram vårdcentralchefernas ansvar att främja distriktssköterskors arbete med forskrivningsrätten. Vårdcentralcheferna har en avgörande roll för att få det arbetet att fungera på ett tillfredställande sätt.

## Teoretisk referensram

I föreliggande studie har författarna låtit personcentrerad vård bli grundtanken kring studiens frågeställning. I distriktssköterskas profession är personcentrerad vård en viktig del av hälsofrämjande arbete med patienter. Det är också viktigt för varje vårdcentral att använda sig av personcentrerad vård. Författarna till föreliggande studie vill lyfta fram vikten av att alla professioner som arbetar inom vården av patienter bör eftersträva ett gemensamt mål för ett personcentrerat tankesätt. Patienten ska komma i fokus i hälsoarbetet kring patienten. En kompetent distriktssköterska ska ha är medicinsk kunskap, omvårdnads kunskap och praktiskt kunskap, och kunna se patienten i en helhet. Distriktssköterska ska även ha förmåga att diskutera patientens hälsa i alla dimensioner det vill säga medicinskt, fysiskt och psykiskt. Att

göra patienten delaktig i sin egenvård bör ses som en viktig del i hälsoarbetet för att möjliggöra bättre hälsa för patienten (Distriktssköterskeföreningen 2008).

Enligt Ekman & Norberg (2013) har personcentrerad vård uppkommit eftersom patienterna inte har varit nöjda med vården. Trots att utvecklingen har gått framåt medicinskt idag och patienter med exempelvis långvariga sjukdomar som diabetes kan behandlas, har patienter trots detta inte alltid varit nöjda med vården. Det kan ha sin grund i att patienten inte har känt sig hörd eller tagen på allvar menar Ekman & Norberg (2013). Patienterna har varit missnöjda med till exempel bemötande de har fått från vårdpersonalen. Tillsammans har dessa bidragit till att Sverige har varit bland de första länder som har försökt att utveckla och förbättra vården genom att bedriva en vård som var personcentrerad. Detta har inneburit att vårdpersonalen började tänka centrerat kring patienten som en person med egna behov som bör uppfyllas. Begreppet personcentrerad vård uppkom på 1950-talet och enligt Ekman & Norberg (2013) innehöll den från fyra viktiga kärnbegrepp: att vara i en relation, att vara i en social värld, att känna sig själv, att vara på plats. Med dessa begrepp menar Ekman & Norberg (2013) att patienten ska känna sig tillhöra en process som byggs på att vara i gemenskap med sina medmänniskor. Patienten ska känna tillhörighet med den sociala världen han/hon befinner sig i, vara medveten om sin omgivning samt vara medveten om vad omgivningen där omvårdnaden sker har för betydelse för vårdprocessen (Ekman & Norberg, 2013).

Enligt Edvardsson (2010) har vården, som tidigare varit fokuserad på bara diagnos och behandling ur en naturvetenskaplig syn, utvecklats till att lägga mer fokus på delaktighet och personcentrerad vård. Rosengren (2014) har, i sin bok om vårdledarskap, även belyst att en vårdledare bör eftersträva bedrivandet av vården med en inriktning där hela människan ska tas i beaktande och den biomedicinska synen ska kompletteras med det sociala, psykosociala, kulturella och etiska perspektivet. Rosengren (2014) menade att personcentrerad vård måste utgå ifrån respekt, valmöjlighet, empowerment, samverkan i planering av vård och omsorg, tillgänglighet samt stöd för patienten.

Med personcentrerad vård försöker man frångå sjukvårdens hierarki med uppdelning kring sjukdomar och att istället se personen som det centrala som är eller riskerar att bli sjuk. Man försöker istället skapa ett partnerskap mellan sjukvårdare och patienten (Edberg, 2013). I personcentrerad vård är det viktigt att utgå från att kunna se patientens resurser istället för patientens behov. Det är också viktigt att ha en överenskommelse med patienten och

närstående och att de själva ska vara aktiva i planeringen och genomförandet av den egna vården (Edberg, 2013).

Ekman *et al.* (2011) beskriver personcentrerad vård som en viktig del att kunna lära känna personen bakom patienten med känslor och behov. Detta görs för att kunna engagera personen att bli en aktiv partner i sin vård. Utmaningen är att uppnå personens självuttryck på så sätt att självförtroendet stärks. Att ge patienten möjligheten att presentera sig själv som en person och därefter kunna berätta sin sjukdomsberättelse. Genom att påbörja ett samarbete med en hälsoexpert kan patienten tillsammans med experten skapa ett partnerskap som stärker patienten att delta i att finna lösningarna på sitt hälsoproblem.

### Distriktssköterskors upplevelser av förskrivningsrätt

Det framkom av Socialstyrelsens rapport om uppföljning av förskrivningsrätten för sjuksköterskor 2004 att distriktssköterskor har varit mycket positivt inställda till förskrivningsrätten (Socialstyrelsen 2004). De har upplevt förskrivningsrätten som en kompetenshöjning till en bättre förståelse om patienternas problem som är kopplade till läkemedelsbehandling samt att det har bidragit till bättre interaktion med läkarna i diskussion om patienternas vårdbehov (Socialstyrelsen, 2004). I en annan studie av Sehic *et al.* (2012) upplevde de tolv distriktssköterskor som hade deltagit i studien att förskrivningsrätten effektiviserade deras arbete, och att de såg på detta som en tidsvinst då de inte kände sig tvungna till att kontakta läkare för mindre åkommor. Vidare framgick det att distriktssköterskor såg på sin profession som en vinst även för patienter då dessa kunde spara tid och pengar eftersom de kunde få hjälp och behandling direkt i hemmet och inte behövde söka på vårdcentral (Sehic, 2012). Detta förstärkte distriktssköterskornas interaktion med patienter då patienterna blev nöjda och deras förtroende för distriktssköterskor stärktes (Sehic, 2012).

Även om distriktssköterskorna var positivt inställda till rätten att förskriva läkemedel så visade Socialstyrelsens uppföljning 2004 (Socialstyrelsen, 2004) att användandet inte var så stort och att bara 45 % av sjuksköterskorna i denna undersökning använde sin förskrivningsrätt några gånger i veckan och bara 40 % använde sin förskrivningsrätt några gånger i månaden.

I en Studie av Cousins & Donell (2011) upplevde distriktssköterkor sin förskrivningsrätt meningslös då de flesta läkemedel de fick förskriva var receptfria och framkomliga i vanliga livsmedelsaffärer.

I Sehics *et al.* (2012) studie framkom att distriktssköterskornas bristande farmakologiska kunskap kunde vara en bidragande orsak till att de inte använde sin förskrivningsrätt så ofta. Distriktssköterskorna i denna studie önskade kontinuerliga utbildningstillfällen som en lösning. En del av distriktssköterskorna i den studien ansåg det vara stressigt och upplevde en arbetsbelastning när de var tvungna att förskriva åt sina kollegors patienter.

Wilhelmsson *et al.* (2001) har beskrivit förskrivande distriktssköterskors negativa upplevelser med förskrivningsrätten. Distriktssköterskorna i studien nämnde svårighet att få utbildning i nya läkemedelsprodukter och andra behandlingsalternativ som en bidragande orsak till att de inte använde sin förskrivningsrätt i större utsträckning. Det framkom dock att yngre distriktssköterskor var mer positiva att använda sin förskrivningsrätt än sina äldre kollegor (Wilhelmsson *et al.*, 2001). I en annan studie av Fisher (2005) framkom att sjuksköterskorna ansåg att deras förskrivning hade en positiv påverkan på patienternas välbefinnande och behandling.

Distriktssköterskors åsikter om Socialstyrelsens läkemedelslista över vad de fick förskriva gick isär i Sehics *et al.* (2012) studie. En del distriktssköterskor önskade utökning av läkemedelslistan samtidigt som andra upplevde den som lagom.

I en senare studie sökte Wilhelmsson & Foldevi (2003) en djupare förståelse om distriktssköterskors och läkarnas åsikter om förskrivningsrätten samt vad distriktssköterskornas förskrivningsrätt har haft för effekter i primärvården. I denna studie såg distriktssköterskor på förskrivningsrätten som en naturlig process av omvårdnadsarbetet och de var medvetna om motståndet från läkarna. Distriktssköterskorna i denna studie hade blivit bemötta med motstånd på sin arbetsplats vilket ledde till minskat intresse hos dem att förskriva läkemedel.

## Läkarnas upplevelser av distriktssköterskors förskrivningsrätt

Både svenska och internationella studier visar att läkarna inte var så positivt inställda till distriktssköterskornas förskrivningsrätt (Baird, 2000; Wilhelmsson *et al.*, 2001). I studien av Wilhelmsson *et al.* (2001) beskrev läkarna distriktssköterskornas förskrivningsrätt som en risk för överkonsumtion av antibiotikabehandling och felbedömning av patienternas hälsotillstånd. De använde ord som ”dyrt” och ”onödigt” för att betona sin åsikt om att distriktssköterskornas förskrivningsrätt fördyrade läkemedelsförskrivningen (Wilhelmsson *et al.*, 2001). I en brittisk studie av Baird (2000) upplevde läkarna som var med i studien även en förändrad maktbalans och de kände sig hotade av distriktssköterskors rätt att förskriva läkemedel. Kroezen *et al.* (2014) har genom tidigare forskning bekräftat brist på stöd från läkarna som en hämmande faktor för distriktssköterskors förskrivningsrätt, men i deras nya forskning om holländska läkare visade det sig att de var mer neutrala angående ämnet även om de fortfarande var oroliga för patientsäkerheten.

Läkare med olika specialiteter i Sverige kritiserade distriktssköterskors förskrivningsrätt i en artikel i Läkartidningen precis samma år som distriktssköterskor fick sin förskrivningsrätt. I artikeln, som var baserat på en enkät om distriktssköterskors förskrivningsrätt, framkom en oro över vad distriktssköterskorna kunde utsätta patienterna för olika risker vid eventuell felordination (Furhoff, 1994). Det är dock oklart om denna uppfattning överensstämmer med vad eventuellt dagens läkare har för erfarenheter av distriktssköterskornas förskrivningsrätt.

## Patienters perspektiv på distriktssköterskors förskrivningsrätt

Socialstyrelsens senaste rapport om sjuksköterskors förskrivningsrätt visar hur patienten kunde få en snabbare behandling. Patientens tillstånd följdes upp på ett säkrare och mer kontrollerat sätt när sjuksköterskan förskrev läkemedel jämfört med när läkaren förskrev (Socialstyrelsen, 2004). Enligt en engelsk studie av Courtenay *et al.* (2011) upplevde patienterna att distriktssköterskorna ägnade mer tid åt dem än läkarna. Denna studie beskriver patienternas upplevelser som en förtroendekänsla mot distriktssköterskorna och det förklarade de genom att beskriva hur distriktssköterskorna kunde komma ihåg deras tidigare besvär. Det kunde ha bidragit till att patienterna kände sig avslappnade med att prata med distriktssköterskor jämfört med läkaren. Distriktssköterskorna kunde förstå patienterna bättre



och då kunde patienterna lättare lära sig om sin behandling och lättare prata om sina besvär (Courtenay *et al.*, 2011).

I en studie framkom att patienters bristande kunskaper om distriktssköterskors förskrivningsrätt ledde till frustration hos dessa patienter. Det berodde på att distriktssköterskorna inte förskrev deras önskade läkemedel, som var utanför distriktssköterskors begränsade och tillåtna läkemedelslista (Cousins & Donell, 2011).

I både Courtenay *et al.* (2011) och en annan engelskt studie av Barrett *et al.* (2004), upplevde patienterna att distriktssköterskorna var mer tillgängliga än läkare. I en studie av Fisher (2005) upplevde patienterna en trygghet med distriktssköterskornas förskrivningsrätt. Patienterna uttryckte att de var nöjda och upplevde att distriktssköterskor kunde använda sin förskrivning bättre än läkarna. Detta berodde på att distriktssköterskorna hade bättre kännedom om patienterna än vad läkarna hade (Barrett, 2004; Brooks *et al.*, 2001; Luker *et al.*, 1998). I en studie av Hobson *et al.* (2010) kände patienterna en bekvämlighet med distriktssköterskorna som förskrivare eftersom de upplevde att förskrivningen även gick mycket snabbare och att de fick snabbare hjälp.

Enligt Furumalm & Rosenqvist (2003) har ibland patienter varit missnöjda med distriktssköterskors okunskap om beredningsformer på läkemedel. Till exempel uttryckte en patient att distriktssköterskans dåliga kunskaper ledde till att ett barn hade fått tabletter istället för mixtur (Furumalm & Rosenqvist, 2003).

## Problemformulering

Tidigare undersökningar visar att distriktssköterskor inte använder sin förskrivningsrätt särskilt ofta. En bidragande orsak som lyfts fram av distriktssköterskorna är bristande möjligheter att uppdatera sina kunskaper. Både distriktssköterskor och patienter har i huvudsak positiva upplevelser av förskrivningsrätten, framförallt när det gäller möjligheten till snabb vård. Läkarna däremot har ett mer kritiskt förhållningssätt. Det saknas studier som belyser vårdcentralschefers syn på förskrivningsrätten.

Vårdcentralchefen har ett stort ansvar genom att skapa förutsättningar så att vårdcentralen bidrar med god vård och tryggad patientsäkerhet. I ledarskapet ingår att alla professionernas kunskap tas tillvara i vården. Att använda distriktssköterskornas förskrivningsrätt på bästa möjliga sätt kan vara en del av detta ansvar. Distriktssköterskan har i många fall en högre tillgänglighet än vad läkarna har. Patienten träffar ofta distriktssköterskan för en första bedömning, och kan då få adekvat hjälp om distriktssköterskan har möjlighet att använda sin förskrivningsrätt på ett optimalt sätt. Det är av intresse att undersöka vårdcentralchefers erfarenheter av distriktssköterskans förskrivningsrätt, hur den används och vad detta innebär för vårdcentralen. Genom intervjuer med vårdcentralchefer kan författarna till föreliggande studie granska positiva och negativa faktorer som eventuellt kan främja eller förhindra distriktssköterskornas användning av sin förskrivningsrätt.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva vårdcentralchefers erfarenheter av distriktssköterskors förskrivningsrätt.

## **METOD**

### **KVALITATIV METOD**

Författarna till föreliggande studie valde kvalitativ metod utifrån syftet att beskriva vårdcentralchefers erfarenheter av distriktssköterskors förskrivningsrätt. Studien genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide som finns i bilaga 1. Att använda sig av öppna frågor i intervjuer är den vanligaste metoden inom kvalitativ metod (Trost, 2010). Enligt Polit & Beck (2012) används en kvalitativ studie oftast när forskaren vill ta reda på upplevelser i sin forskning. I en kvalitativ forskningsmetod är det nödvändigt att lyssna till de åsikter som kommer till uttryck (Kvale & Brinkmann, 2014). Karakteristiskt för kvalitativ metod innebär ofta att sammanfoga varierande data för att uppfylla studiens syfte menar Polit & Beck (2012). Forskarna bör vara flexibla och kunna ha förmågan att ställa frågor för att få intervjupersonen att svara på frågor och berätta så mycket så möjligt utan att

ställa ledande frågor. För att detta ska bli möjligt behövs det ett holistiskt förhållningssätt (Polit & Beck, 2012).

Enligt Langemar (2008) vill man med en kvalitativ metod förstå och beskriva kvalitativa egenskaper och det man vill komma åt är inte mängder av egenskaper utan egenskapernas existens. Författarna till denna studie har använt sig av följdfrågor som hjälpmedel för att få intervjupersonerna att svara på huvudfrågorna i så hög utsträckning som möjligt.

## PILOTSTUDIE

För att resultatet i en kvalitativ studie ska bli så trovärdigt som möjligt ökas antal informanter och studien görs fullskalig. Enligt Polit & Beck (2012) är tanken vid en fullskalig studie att intervjua minst tio informanter.

Denna studie genomfördes som en pilotstudie. Med pilotstudie menas genomförandet av en mindre studie inför en fullskalig studie. Med hjälp av en pilotstudie kan forskaren kontrollera att upplägget av studien fungerar (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Enligt Polit & Beck (2012) görs en pilotstudie för att minimera risken för ett dyrt misslyckande när den fullskaliga studien genomförs. Då författarna till föreliggande studie gjorde en pilotstudie utgick vi från Göteborgs universitets riktlinjer (2013) där det beskrivs att när man gör intervjuer i en pilotstudie ska det vara fyra informanter.

## URVAL

Författarna till föreliggande studie har gjort ett strategiskt urval för att få ett så bra resultat som möjligt, men det går ändå inte att dra några säkra slutsatser relaterat till litet antal intervjuer. Vi har valt att göra intervjuerna i två olika kommuner i Västra Götalands län och Hallands län, Kungsbacka kommun och Göteborgs kommun. Göteborg är en mångkulturell stad med många invånare. I Kungsbacka är antalet invånare betydligt mindre och befolkningen är mer homogen avseende kulturella olikheter. Studien kan få ett mer tillförlitligt resultat vilket ökar studiens trovärdighet då informanter och vårdcentraler är ifrån olika platser i Sverige. Detta kan vara av intresse för studien med tanke på att förutsättningar som finns i landet kan variera beroende på var i landet man befinner sig. Befolkningsantal i

Kungsbacka enligt Statistiska Centralbyråns första halvår 2014 är 77829 invånare. I Göteborgs kommun är befolkningsantalet 536790 invånare enligt samma rapport (Statistiska centralbyrån, 2014). Att hitta informanter slumpmässigt inför intervjuerna är inte det viktigaste enligt Polit & Beck (2012). Det viktigaste är att hitta informanter med mycket kunskap och som är villiga att berätta för intervjuerna, menar Polit & Beck (2012).

Författarna till föreliggande studie började med att kontakta primärvårdschefer i Västra Götalandsregion och Hallandsregion via e-mail enligt bilaga 2. Dessa chefer lämnade sitt godkännande till studien antingen skriftligt eller muntligt. Därefter skickades informationsbrev enligt forskningspersonsinformation i bilaga 3 till vårdcentralchefer. Dessa chefer godkände i sin tur sitt deltagande i studien. Antalet intervjupersoner i studien var enligt Göteborgs universitets riktlinjer (2013) fyra vårdcentralchefer. Inklusionskriterier var att informanterna hade minst ett års erfarenhet som vårdcentralchef. Vi har också valt två vårdcentralchefer som arbetade inom den privata sektorn och två vårdcentralchefer som arbetade inom den offentliga sektorn. De vårdcentralchefer vi valde har olika utbildningsbakgrund: sjuksköterska, distriktssköterska, ekonom samt läkare.

I studien har vi också försökt att ha en representation av både man och kvinna. Av de vårdcentralchefer som intervjuades var tre kvinnor och en man, detta för att få ett så brett resultat som möjligt. Enligt Trost (2010) vill man vid en kvalitativ intervjustudie få en så stor variation som möjligt. Trost (2010) menar att urvalet ska vara strategiskt och att informanterna inte ska vara för likartade utan det ska vara en heterogen sammansättning av informanter.

## DATAINSAMLING

För att få fram ett resultat utifrån problemformuleringen i föreliggande studie valdes enskilda intervjuer med hjälp av semistrukturerad intervju. Enligt Langemar (2008) innebär en semistrukturerad intervju att intervjun varken är strukturerad eller ostrukturerad. Semistrukturerade intervjuer används när forskaren vill försäkra sig om att ett visst område ska ligga i centrum i intervjuerna (Polit & Beck, 2012).

Informanterna fick välja plats för intervjuerna och samtliga informanter valde sina arbetsrum på respektive vårdcentral, vilka bokades och förseddes skylt för att samtalen inte skulle bli avbrutna. Enligt Polit & Beck (2012) är det viktigt att man spelar in intervjun för att kunna få detaljerna i vad som sägs. Miljön är också av intresse och det är viktigt att intervjuerna genomförs på ett neutralt ställe där man tar hänsyn till avskildhet och där man har möjlighet att intervjua och spela in intervjun i en ostörd och lugn miljö (Polit & Beck, 2012).

Författarna till föreliggande pilotstudie spelade in varje intervju. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en applikation via mobiltelefonen. Det finns både för- och nackdelar med att spela in samtal (Trost, 2010). En fördel är att intervjuaren kan lyssna till tonfall och olika ordval. En annan fördel är att intervjuaren efteråt kan skriva ner ordagrant vad som har sagts vilket gör det möjligt för intervjuaren att till nästa gång lära sig vad som hade kunnat göras bättre. Intervjuaren kan vid en inspelning koncentrera sig bättre på vad som sägs istället för att anteckna samtidigt. Nackdelarna med inspelning är att det tar tid att lyssna och att det är besvärligt att spola fram och tillbaka för att hitta detaljer (Trost, 2010).

## DATAANALYS

De fyra vårdcentralschefer som deltog i pilotstudien hade en yrkeserfarenhet mellan ett och fem år. Informanterna hade olika utbildningsbakgrunder. Intervjuerna, som tog mellan 13 och 32 minuter, analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, genom ett aktivt lyssnande av de inspelade intervjuerna. Därefter transkriberades intervjuerna ordagrant direkt i ett dokument på datorn. Eftersom det är av största vikt att avidentifiera informanterna fullkomligt enligt Polit & Beck (2012), genomfördes transkriberingen av intervjuerna först efter att informanterna anonymiserats. En innehållsanalys är enligt Polit & Beck (2012) en analysform som identifierar framträdande teman och mönster ur berättande data. Författarna till föreliggande pilotstudie läste igenom varje intervju noggrant och kontrollerade den mot inspelningen för att säkerställa att allt uppfattades korrekt. Processen gjordes först enskilt för att hitta meningsbärande enheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) som motsvarade frågeställningarna i studien. Den processen upprepades sedan tillsammans. Författarna kunde då diskutera med varandra för att få fram den meningsbärande enheten i varje intervju. Den meningsbärande enheten kan vara ett ord eller en mening (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att kondensera texten kan den förkortas utan att innehållet påverkas. Texterna

kodades, för att sätta etikett på meningsbärande enheter, vilket ledde till att subkategorier bildades. Med subkategorier menas att författarna uttryckte vad citaten handlade om och vad texten ville berätta. Därefter valde författarna överensstämmande kategorier till sitt resultat, som fick bära den meningsbärande enheten (Graneheim & Lundman, 2004). Hela analysen genomfördes tillsammans av de båda författarna för att få en bättre helhet av texten och för att inte missa något av vikt.

Inom kvalitativ forskningsmetod kan man inte bedöma tillförlitligheten med siffror. Som forskare är det viktigt att vara noga med att insamling och bearbetning av data sker på ett så organiserat och ärligt sätt som möjligt. Med pålitlighet kan forskaren till exempel beskriva sin egen förförståelse eller beskriva kvaliteten på den tekniska utrustningen som han/hon har använt för att samla fakta. Det är även viktigt att beskriva hur ljudkvaliteten har varit under bandspelingen av intervjuerna och om det har påverkat transkriberingen eller inte (Graneheim & Lundman, 2004).

Exempel på analysprocessen som författarna gjorde, efter transkribering av intervjuerna:

Citat	Kondensering	Kod	Subkategori	kategori
<i>...men jag tror att det är viktig att chefen går före och visar vägen att det är ok.</i>	Att chefen visat sitt förhållningsätt tydligt och bra.	Ha bra förhållningssätt	Chefens roll är viktigt	Stödjande ledarskap
Citat	Kondensering	Kod	Subkategori	kategori
<i>Ja, för ett besök till sköterskan kostar bara 50 kronor och du ska gå till doktorn så kostar det 100 så det blir billigare på det sättet för den patienten och så går det snabbare också.</i>	Att det är billigare och snabbare att gå till en distriktssköterska än en läkare.	Billigare och snabbare vård	Vård med goda möjligheter	Patientnytta

## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vi har genomgått en pilotstudie, det vill säga en förundersökning till en eventuell fullskalig studie. I samband med valet av informanter (vårdcentralscheferna) har de informerats om etiska överväganden i forskningen. Både informanterna och deras chefer (primärvårdscheferna) har lämnat sitt samtycke antingen skriftligt eller muntligt om att intervjun ska göras. I denna process har utgångspunkten varit de direktiv som återfinns i Göteborgs universitets riktlinjer (2013) för D-uppsats.

Enligt Patel & Davidson, (2011) som använts som grund angående forskningsetiska överväganden finns det fyra viktiga krav man som intervjuare bör ta hänsyn till. Det första kravet kallas för informationskravet som handlar om intervjuarens skyldighet att informera informanterna om det aktuella syftet med forskningen. Det andra kravet är samtyckeskravet där informanterna i undersökningen har rätt att själva bestämma över sin medverkan och har rätten att dra sig ur när de önskar utan att behöva förklara varför. Under det tredje kravet ska intervjuaren säkerställa informanterna till aidentifiering och att ingen utomstående ska komma åt deras utlåtanden. Det sista kravet är att allt resultat som intervjuaren till forskningen samlat in ska användas bara för forskningsändamål och ingenting annat (Patel & Davidson, 2011). Kraven har beaktats i samtliga delar i föreliggande studie.

Enligt Trost (2010) har de som intervjuas rätt till sin egen integritet och värdighet. Som intervjuare är det viktigt att förstå att vid olika frågeställningar kan frågorna väcka olika tankar hos informanten som kan bli känsligt. Det kan både vara obehagliga och behagliga känslor som kan väckas till liv. Det är då viktigt att intervjuaren ställer sig beredd på detta och kan ta hand om besvärliga situationer. Intervjuaren ska inte vara rädd om informanten plötsligt börjar gråta. Det är också viktigt för informanten att veta att tystnadplikt råder och att informanten när som helst kan dra sig ur eller avbryta intervjun. Detta fick vårdcentralscheferna i studien information om via den utskickade forskningspersonsinformationsbrevet (Bilaga 3).

## RESULTAT

Efter att ha bearbetat intervjuerna och analyserat det insamlade materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys framkom fyra utmärkande kategorier:

- Patientnytta
- Effektivisering av vården
- Förskrivningsrätt som tillgång
- Stödjande ledarskap

Inom varje utmärkande kategori presenteras citat från vårdcentralchefers berättelser.

### Patientnytta

Informanterna såg distriktssköterskans förskrivning som en positiv aspekt när det gäller patientsäkerheten och tillgängligheten till vård och behandling. Det informanterna menade var att patienterna får en snabbare kontakt med vården, genom att de kan få en första bedömning av distriktssköterskan. Distriktssköterskan kan få information av patienten och göra de första undersökningar som kan vara till gagn för patienten, och använda sin förskrivningsrätt när det finns behov. Distriktssköterskan kan då också bedöma om eventuell uppföljning behöver göras hos läkare. Distriktssköterskor har förmågan att göra självständiga bedömningar bland annat om hudförändringar, och att besluta om en vidare läkarkontakt behövs eller inte. Distriktssköterskan ska här ha kunskap i att kunna ta tillvara på sin förskrivningsrätt, exempelvis genom att skriva ut salvor och/eller hudkräm. Patienternas vinst på tid var en aspekt som informanterna i föreliggande studie hade liknande erfarenhet av. I exemplet nedan lyfte en av informanterna fram patienters vinst med att träffa en distriktssköterska, genom att förskrivningsrätten kan användas så att patienten får en snabbare handläggning och snabbare behandling.

*”Men ringer man på morgonen så eller så är det nästkommande dag... det är faktiskt inte speciellt lång väntetid och då får man ju hjälp på en gång istället för att man behöver vänta i en vecka för ett läkarbesök.” (Intervju nr. 2)*



Informanter lyfte fram distriktssköterskors möjlighet med att göra hembesök som en tillgång för äldre patienter. Detta för att kunna göra snabbare utredningar och eventuellt använda sin rätt att förskriva vissa enklare preparat och/eller hjälpmedel. Det kan ge upphov till att äldre patienter som kanske är i behov av att besöka vårdcentral slipper att göra det då de istället får hjälp direkt i hemmet.

Det framgick också av intervjuerna att det är ekonomiskt mer fördelaktigt för patienterna att få förskrivet sina läkemedel via distriktssköterskan, eftersom det är billigare att besöka distriktssköterskan än att besöka en läkare. Det är också lite olika förutsättningar för patienterna beroende på var de bor, då det är skillnad i hur mycket det kostar att besöka distriktssköterska respektive läkare i de olika regionerna Halland och Västra Götaland. I Västra Götalands region kostar besöket till distriktssköterska femtio kronor och i Hallands region är det helt gratis. Den ekonomiska vinsten för patienten kan illustreras med nedanstående exempel.

*”... Och här i Halland kostar det ju för ett läkarbesök 150 kronor och går du till distriktssköterskan kostar det ingenting. Det är i Halland och lite annorlunda i VG region... det har jag förstått... så är det.” (Intervju nr. 2)*

## **Effektivisering av vården**

Informanterna beskrev att de tyckte att distriktssköterskan avlastar läkarna. Att läkarna inte behövde lägga sin tid på patienter som sökte med lättare åkommor utan istället tog hand om svårare och komplicerade fall såg informanterna som en tillgång. Distriktssköterskorna kunde ta självständiga beslut, genom att de har fördjupade kunskaper om olika sjukdomar och farmakologi. Detta kunde ha bidragit till användning av olika tänkbara behandlingsmöjligheter som ingår i distriktssköterskas kompetensområde, vilket i sin tur kunde leda till minskad arbetsbelastning hos läkarna. Informanterna menade att läkarnas arbetsuppgifter minskade då distriktssköterskorna använde sin förskrivningsrätt, och inte alltid behövde konsultera läkarna.

Informanterna belyste även den tidsbesparande aspekten för vårdcentralen. De menade att distriktssköterskornas användning av förskrivningsrätten kunde bidra till effektivisering av

arbetet som i sin tur ledde till kraftbesparing. Detta eftersom varje yrkeskategori tillägnade sin tid och kraft åt sin egen profession, och inte alltid behövde eftersöka andra professioners eventuella insatser runt patientens vård och behandling. De uttryckte att distriktssköterskans användning av förskrivningsrätten bidrog till ett effektivt utnyttjande av kompetens och resurser.

*”Jag ser det som en väldig tillgång därför att det här med att ha sin profession och kunna ha tillgång till.” (Intervju nr. 2)*

Informanter som deltog i föreliggande studien antog att distriktssköterskors profession om förskrivningsrätten hade bidragit till att vården blev mer effektiv då detta ledde till kortare väntetider. Genom att vårdcentralen tar vara på distriktssköterskors profession kan vårdcentralen arbeta mer effektivt. Distriktssköterskans självständiga arbete med att göra första bedömningar för att avgöra om patienten behöver ens kontakt med läkare menade informanterna kunde underlätta läkarnas arbete. Om distriktssköterskor som är trygga i sin profession och förlitar på sina kunskaper om förskrivning inte behöva konsultera läkarna kan det leda till att läkarna i sin tur kan koncentrera sig på mer komplicerade vårdbehoven. I exemplet nedan ville en informant belysa distriktssköterskors avgörande roll på drop-in-mottagning genom att beskriva att de kunde ha tagit hand om patienter med mindre åkommor.

*”...det är bättre att läkarna som är faktiskt mycket mer utbildade tar hand om de mer komplexa patienter.” (Intervju nr. 1)*

Informanterna beskrev distriktssköterskornas självständiga arbete som en insats som även kunde underlätta för läkarna att följa upp patienterna. Patienternas behandling fulländades när patienterna kunde följas upp av en läkare vid senare tillfällen. Vårdcentralcheferna kände en tillit bland läkarna då de har kunnat lita på distriktssköterskor som medarbetare. Det har bidragit till att de har känt en stöttning ifrån distriktssköterskor att följa upp patienter och att uppföljningen kunde ske på ett mer säkert sätt efter patienternas första kontakt med distriktssköterskor.

Informanterna beskrev också att det är viktig att alla yrkeskategorier samarbetade med varandra på ett bra sätt och att alla borde ta vara på varandras kunskaper och erfarenheter. Det vara en bidragande faktor till att effektiviseringen blev lidande om alla professioner inte

samarbetar med varandra, vilket kan ta för mycket energi för alla medarbetare. En vårdcentralschef använde metaforen ”energiläckage” när det samarbetet saknades och menade att det kunde vara en anledning till misslyckandet av att driva en effektiv vård och effektiv förskrivning.

Hur ekonomin påverkades på olika vårdcentraler var något som denna studie har bidragit med. Att förskriva olika hjälpmedel som distriktssköterskor förskrev kostade beroende på om det var kommunen som var betalningsskyldig eller om det var vårdcentralerna själva som var ansvariga för kostnaden. I vårdcentralen i Hallands region var vårdcentralens ekonomi angående förskrivning oberörd då de inte själva såg den ekonomin eftersom den ekonomin gick centralt. Att förskriva läkemedel och hjälpmedel sågs som en naturlig del av varje vårdcentralers förtroendeuppdrag. En vårdcentralschef i exemplet nedan menade att konsekvenserna av förskrivningen kostade för privata vårdcentraler en hel del pengar men var ett naturligt uppdrag av vårdcentralens ekonomi.

*”...så att konsekvenserna de för företaget det är att det kostar en hel del pengar naturligtvis men det är en del av vårt uppdrag och det tycker jag är en naturligt del. Så det är någonting som vi betalar helt enkelt.” (Intervju nr. 4)*

## **Förskrivningsrätt som en tillgång**

Informanterna i föreliggande studien hade positiv uppfattning om distriktssköterskors förskrivningsrätt. Att distriktssköterskorna har förskrivningsrätten som en kompetens upplevs som en tillgång och en självklarhet. Informanterna kunde se distriktssköterskors rätt till förskrivning som en utökning av deras profession och uttryckte att förskrivningsrätten används av distriktssköterskor i olika omfattningar. Detta beskrev informanterna som en individuell egenskap som kunde variera från individ till individ. Däremot kunde informanterna inte beskriva exakt hur mycket förskrivningen användes mer än att de visste att den gjordes i olika utsträckning.

En av vårdcentralscheferna hade bildat sig en egen uppfattning efter att han/hon hade läst en artikel i läkartidningen som handlade om kirurgernas oro över distriktssköterskors förskrivningsrätt. Han/hon menade att kirurgerna oroade sig över att distriktssköterskor

eventuellt tog över läkarens patienter och påpekade att den oron var onödig då patienterna räckte till alla professioner. Det framkom av flera intervjuer att varje profession skulle ägna sig åt sitt eget kompetensområde och respekterade och värdesatte andras professioner.

Vårdcentralcheferna som blev intervjuade hade alla en klar bild på sina förväntningar på distriktssköterskors uppdrag. De såg det som en självklarhet att om man har en sjuksköterskeutbildning påbyggd med en specialistutbildning till distriktssköterska så förväntade sig vårdcentralchefen att distriktssköterskans skulle ha kunskap om sin profession och kunskapen om förskrivning av läkemedel. En informant uttryckte sin åsikt enligt exemplet nedan:

*”Jag förväntar mig om du kommer hit med en sjuksköterskeutbildning påbyggd med ett och ett halvt år lång distriktssköterskeutbildning med masterexamen så förväntar jag mig att du kan ditt jobb. (Intervju nr. 4)*

Informanterna förklarade sina erfarenheter av distriktssköterskors förskrivningsrätt genom att beskriva att de flesta läkemedel som distriktssköterskan fick förskriva var receptfria och gick att köpa i vanliga livsmedelsaffärer. Informanterna menade att det fanns risk att distriktssköterskan tappade sin profession och att förskrivningslistan behövde ses över.

Informanterna betonade om vikten med att se varje distriktssköterskans självständiga arbete som en förlängning och vidareutveckling av tidigare kunskaper som sjuksköterska. Det förväntades av informanterna att en distriktssköterska skulle kunna se och bedöma exempelvis sår, prickar och eventuellt kunna komma med eventuella behandlingsförslag. Studiens informanter trodde på att användningen av förskrivningsrätten hos distriktssköterskor ökade med stiganade ålder. En av informanterna i exempel nedan menade att när distriktssköterskan hade skaffat sig mer erfarenhet och blivit mer trygg i sin profession utnyttjades kunskapen om de olika läkemedlen att använda sin förskrivningsrätt.

*”...de som är här är ju rätt erfarna...jag tror också att med tiden ...utnyttjar rätten allt mer beroende på hur trygg man blir på sitt jobb och med de läkemedel som finns det tror jag.”*  
(Intervju nr. 3)

För att vården ska fungera på ett bra sätt skulle distriktssköterskornas kompetens tas tillvara framkom av informanter i föreliggande studie. Informanterna menade att med den växande pensionsavgången kunde det bli svårt att kunna bedriva primärvården på ett bra sätt. Därför var det viktigt att värdesätta distriktssköterskors kompetens och kunskaper för att se till att primärvården skulle kunna täcka vårdbehovet. Distriktssköterskors roll som en rådgivare samt att ge råd för egenvård kom på tal vid flera tillfällen. Informanterna uttryckte att det var också viktigt att ha kunskapen om användningsområdena om de olika receptfria läkemedlen. Utifrån denna kunskap kunde distriktssköterskan ge rådgivning.

Informanterna såg positivt på hur distriktssköterskors förskrivningsrätt kommer att se ut i framtiden. Utvidgning av läkemedelslistor som distriktssköterskor har rätt att förskriva, var en återkommande aspekt hos informanterna. De menade att distriktssköterskeutbildningen behöver utökas genom att studera mer farmakologi och sjukdomslära så att förskrivningslistan kunde utökas i takt med ökade kunskaper i området. Informanterna uttryckte t ex ett värde av att distriktssköterskor i framtiden skulle kunna förskriva även antibiotika för infekterade sår utan att behöva ha en läkarbedömning för detta.

## **Stödjande Ledarskap**

Vårdcentralscheferna i studien har betonat betydelsen av ett bra ledarskap, för att underlätta distriktssköterskors förskrivningsrätt. Informanterna såg på distriktssköterskors profession som en tillgång, och de kände tilltro till att alla yrkeskategorier kunde ha en stödjande effekt för varandras professioner. Informanterna kände ansvar och engagemang för att få distriktssköterskor att använda sin förskrivningsrätt. De menade att detta var möjligt genom att de med sitt tydliga ledarskap var närvarande och visade sitt stöd och sin tilltro till deras kompetens.

Att vara tydlig som chef och presentera och informera olika yrkeskategoriers tillgångar kunde minska eventuella missuppfattningar och oklarheter. Enligt en informant var det inte säkert att en utbildningsläkare och/eller en AT-läkare visste hur distriktssköterskans profession hade kunnat utnyttjas. Därför var det extra viktigt för en vårdcentralschef att tydliggöra och informera utbildningsläkare och AT-läkare vad en distriktssköterska egentligen gjorde och kunde göra, menar en informant. Vårdcentralschefer i föreliggande studie uttryckte sitt tydliga ledarskap med att vägleda olika professioner att ta vara på varandras kunskaper och

profession. En informant enligt exemplet nedan förtydligade sitt ledarskap med att beskriva hur viktigt det var att som chef stötta användningen av sin förskrivningsrätt.

*”jag tycker att det är viktigt att detta stöd kommer ifrån mig och också från läkarna som pushar och tycker att det är bra men jag tror att det är viktig att chefen går före och visar vägen att det är ok.” (Intervju nr. 1)*

Vårdcentralschefen i exemplet ovan visade sin vetskap om stödjande ledarskap genom att använda metaforen ”pusha”, som tydligt visade chefens viktiga roll att driva medarbetarna framåt i sin utveckling. Informanterna betonade sin stödjande roll för utvecklingen av distriktssköterskors förskrivningsrätt och menade att den kunde leda till att fler distriktssköterskor vågade använda sin profession i större utsträckning. Detta illustreras i följande citat, där informanten ville att distriktssköterskorna skulle klara sig själva och lita på sin kompetens:

*”...så att det är viktigt att stötta distriktssköterskorna att använda, våga använda sin förskrivningsrätt och inte att nu finns doktor på plats och doktor i huset...nej... att känna att jag förskriver detta...jag kan detta.” (Intervju nr. 1)*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Författarna till föreliggande pilotstudie gjorde urvalet av informanterna med målet att få bredd och variation i den insamlade data. För att öka pilotstudiens giltighet valdes båda könen, och informanterna hade också olika lång erfarenhet av att arbeta som vårdcentralschef. Om urvalet av en pilotstudie består av olika kön och olika erfarenheter kan det i sig leda till ett rikare och mer varierande resultat, menar Graneheim & Lundman (2004).

Bland informanterna i studien fanns en stor variation av arbetslivserfarenhet som säkert har haft en stor påverkan på deras erfarenhet distriktssköterskors förskrivningsrätt. Den tiden de har arbetat som vårdcentralchef har säkerligen speglat deras kunskap och uppfattning om ämnet. Informanterna hade även olika yrken och utbildningsnivåer som förklarade deras

olikhet och hur insatta och erfarna de var i ämnet. Det har bidragit till deras varierande uppfattning av distriktssköterskornas förskrivningsrätt.

Genom regelbunden handledarkontakt kunde författarna till föreliggande pilotstudie bearbeta frågeformuläret innan tidsbokning för genomförandet av de fyra intervjuerna. Under den andra intervjun skedde en förbättring av genomförandet av intervjun, och i efterhand kunde vi inse vikten av att genomföra en testintervju. Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan giltigheten av en pilotstudie förstärkas via användning av testintervju. Varje författare genomförde två intervjuer var. Författarnas respektive andra intervju blev något längre än de första intervjuerna. Detta berodde troligtvis på den samlade erfarenhet författarna fått utifrån de första intervjuerna.

I den kvalitativa forskningen är det viktigt att diskutera trovärdigheten i arbetet som genomförts (Polit & Beck, 2012). Datainsamlingen skedde via intervjuer med hjälp av en intervjuguide som innehöll frågor vilka identifierade vårdcentralsschefernas erfarenhet av användning av distriktssköterskors förskrivningsrätt. Genom öppna frågor som började med Hur och Vad svarade informanterna på intervjufrågorna mot pilotstudiens syfte. Detta ledde till en lyssnande roll hos oss som intervjuare och om något var oklart kunde följdfrågor användas. Författarna till föreliggande pilotstudie var hela tiden medvetna att inte ställa någon ledande fråga, för att på det sättet öka trovärdigheten av studien. Kvaliteten på den applikation som användes för att spela in intervjuerna har varit mycket bra. Därför har det inte heller varit några problem med ljudkvaliteten och transkribering av intervjumaterialet, vilket enligt Graneheim & Lundman (2004) kan vara av stor vikt.

Analysen av studiematerialet genom innehållsanalys genomfördes med noggrannhet först enskilt, och sedan tillsammans genom diskussion, och i slutändan i samråd med handledare. Den rangordningen av genomförandet av innehållsanalysen sker med syftet att öka pilotstudiens tillförlitlighet. Lundman & Hällgren Graneheim (2012) nämner att reflektion över studiematerialet och gemensam implementering av analysen kan stärka tillförlitligheten. Enligt Polit & Beck (2014) kan tillförlitligheten i studien påverkas beroende på forskarens förståelse av det studerade ämnet. Författarna till föreliggande pilotstudie har försökt att vara medvetna om sina egna normer och grundvärderingar och att inte lägga några som helst värderingar på intervjumaterialet. Forskaren som utövar en kvalitativ forskning räknas som en del av forskningen därför är det enligt Polit & Beck (2012) viktigt att som forskare kritiskt

reflektera över sig själv och sina värderingar, normer, förutfattade meningar och preferenser för att dessa inte ska påverka forskningens resultat. Författarna till föreliggande studien har hållit sig neutrala under intervjuerna och har undvikit att ställa ledande frågor och då låtit informanterna svara utifrån det utarbetade intervjuguiden.

Överförbarheten i en pilotstudie handlar om i vilken omfattning resultatet av en studie kan överföras till andra grupper eller situationer (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Pilotstudiens resultat kan inte vara överförbart då antalet informanter är bara fyra. Det är viktigt att poängtera att studien bara är en pilotstudie och därför blir det svårt att dra säkra slutsatser då resultatet inte är tillräckligt genomgripande. Det är därför en självklarhet att en fullskalestudie kan ge en mer heltäckande bild. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) kan överförbarheten skattas enklare om den som genomför studien beskriver alla steg med noggrannhet. Författarna till denna pilotstudie har beskrivit studiens olika steg det vill säga metod, urval, datainsamling, datanalys och resultat för att stärka pilotstudiens överförbarhet.

## RESULTATDISKUSSION

Resultatet av pilotstudien synliggjorde vårdcentralchefernas erfarenheter av distriktssköterskors förskrivningsrätt. I resultatet framkom att vårdcentralcheferna såg på distriktssköterskors förskrivningsrätt som en tillgång. Vårdcentralcheferna var eniga om att distriktssköterskans kompetens om förskrivningsrätt kunde effektivisera vården samt att det hade bidragit till ökad tillgänglighet för patienterna. Ett annat utmärkande resultat var vårdcentralchefernas medvetenhet om distriktssköterskors olika kunskapsområden. Informanterna i föreliggande studie uttryckte sin vetskap genom att beskriva hur viktigt det var att ta vara på den kompetensen och försöka utveckla den. En annan utmärkande aspekt var hur varje vårdcentral ekonomi kunde påverkas av distriktssköterskors användning av förskrivningsrätt. Alla vårdcentralchefer uttryckte sina förhållningar om distriktssköterskors förskrivningsrätt i framtiden, och de uttryckte hopp om utökning av förskrivningsrätten. Därtill sågs inslag av hur vårdcentralchefer uppfattade sin roll och att ett stödjande ledarskap sågs som viktigt för att främja distriktssköterskors användning av förskrivningsrätten.



Informanterna i pilotstudien ansåg det som viktigt att vara kunnig i sin profession. De har inte nämnt ordet personcentrerad vård under intervjuerna, även om det är en viktig del i distriktsköterskornas profession. Författarna till föreliggande pilotstudie har ändå uppfattat att det informanterna menar egentligen täcker en personcentrerad vård. Enligt Edberg (2013) är en viktig del av personcentrerad vård att patienterna känner sig nöjda med vården genom att uppleva att de har blivit sedda och blivit tagna på allvar. Genom att vården får en ökad tillgänglighet kan patientsäkerheten öka, då patienter får snabbare kontakt med vården. Detta kan innebära att distriktsköterskornas kompetens om förskrivningsrätt kan underlätta utövandet av personcentrerad vård. Patienten får en snabbare kontakt med vården och läkemedelsbehandling kan sättas in i ett tidigare skede. Patienterna kanske inte alltid behöver besöka läkare i först hand vilket överensstämde med tidigare forskning (Sehic *et al.*, 2012). Distriktsköterskorna var mer tillgängliga än läkarna vilket också framkom i tidigare studier (Courtenay *et al.*, 2011; Barrets 2004). Vårdcentralscheferna bekräftar att distriktsköterskans förskrivningsrätt leder till tidvinst och även ekonomisk vinst hos patienter, vilket även Sehic *et al.*(2012) rapporterat.

Informanterna är överens om att distriktsköterskans förskrivningsrätt ändå används på deras vårdcentral. Däremot kan de inte veta i hur stor utsträckning det används. Vad som framkommer är att inkontinenshjälpmedel och eventuellt hudsalvor förskrivs mest vilket kan bekräftas av Socialstyrelsens uppföljningsrapport (2004).

Det som speciellt framkommit i resultatet är att informanterna såg distriktsköterskans förskrivningsrätt som positiv då detta effektiviserar vården. Enligt informanterna ser de flesta av läkare positivt på distriktsköterskans förskrivningsrätt då detta underlättar verksamhetens arbete samt läkarens uppföljning av patienter. Detta motsäger tidigare forskning som visar läkarnas negativa åsikter om distriktsköterskors förskrivningsrätt (Wilhelmsson *et al.*, 2001; Baird, 2000; Kroezen *et al.*, 2014). Informanterna upplevde att distriktsköterskor hade kunnat utveckla kunskapen att kunna förskriva antibiotika vid infekterade sår i framtiden. Det de antydde var att detta inte skulle innebära någon fara för patientsäkerheten. Detta säger emot tidigare forskning och att läkarnas rädsla för distriktsköterskors överkonsumtion av antibiotika och/eller felbedömning (Furhoff, 1994). Den vårdcentralschefen som hade läst läkartidningen höll inte med den kritiken som finns hos vissa läkare att distriktsköterskorna tar över läkarnas arbete och menade att patienterna räcker till alla yrkeskategorier.

Det framkom i tidigare forskning (Wilhelmsson *et al.*, 2001) att distriktssköterskor som var yngre var mer positiva och använde sin förskrivningsrätt i större utsträckning än äldre, vilket dock var motsägelsefullt mot vad informanterna i denna studie hade upplevt. De noterade att de distriktssköterskor med längre erfarenhet förskrev i större utsträckning än sina yngre kollegor med mindre erfarenhet.

I pilotstudien i två olika regioner noterade författarna till föreliggande studie ekonomiska skillnader. Att vården av patienter skilde sig i två olika regioner var någonting som fick författarna till denna pilotstudie att bli förvånade. Det framkom av intervjuerna vad det har för konsekvenser för patienter och bedrivandet av en vårdcentral. Det kostar ingenting att besöka en distriktssköterska i Hallands region vilket ledde till att vården blev billigare för patienter i denna region i jämförelse med patienter som sökte vård för samma åkomma i Västra Götalands region. Att kostnaderna för vård skilde sig åt i två olika regioner är anmärkningsvärt. Det säger emot Hälso- och Sjukvårdslagen (Sahlin, 2006; SFS 1982:763), som säger att vården ska vara jämlik för alla och ska råda med lika villkor.

Enligt Ekman *et al.* (2012) ökar vårdkvaliteten med ökad personcentrering av vården. Genom personcentrerad vård kan vården bli mer effektiv. Författarna till studien menar att varje vårdledare bör se till att verksamheten styrs på ett organiserat sätt så att rätt arbete görs av rätt person vid rätt tidpunkt (Ekman *et al.*, 2012; Rosengren 2014), vilket i viss mån överensstämmer med vad vårdcentralchefer i vår pilotstudie har menat.

Informanterna var medvetna om att deras ledarskap har en inverkan på hur de olika yrkeskategorierna samarbetade med varandra. Detta framkommer även i en svensk studie av Wilhelmsson & Foldevi (2003). Bra ledarskap enligt Rosengren (2014) är att man som chef och med hjälp av sin kunskap tar tydliga beslut och har tydliga mål för att leda sin medarbetare till ett gemensamt mål. Det krävs av varje vårdcentralchef att planera och utforma vården samt ta initiativ och motivera sin personal till samarbete. Att främja distriktssköterskors förskrivningsrätt och samarbetsvilja mellan olika personalkategorier är en del av ledarskapet. Detta uttrycktes på olika sätt av vårdcentralcheferna i föreliggande studien, framförallt när det gällde vikten av att stödja och motivera personalen.

## KONKLUSION

Denna pilotstudie har skapat en inblick i vårdcentralchefernas erfarenhet av distriktssköterskors förskrivningsrätt. Sammanfattningsvis visar vår pilotstudie att samtliga informanter ser möjligheter i distriktssköterskors profession att kunna förskriva vissa läkemedel. Förskrivningsrätten kan vara fördelaktig för patienten eftersom behandling kan sättas in i ett tidigare skede. Informanternas syn på utökning av förskrivningsrätten i framtiden kan bidra till utökad effektivisering av vården. Författarna till denna studie tycker att det är nödvändigt med att utöka och fördjupa distriktssköterskors utbildningsnivå vid eventuellt utökning av deras förskrivningslista. Resultaten i denna studie har även bidragit med inblick i distriktssköterskans förskrivningsrätt av vissa läkemedel vilket medför att distriktssköterskan kan bidra till effektivisering av vården på vårdcentralen.

Med ett välfungerande ledarskap kan distriktssköterskor bli förstärkta i sin profession vid användningen av förskrivningsrätten. Vår förhoppning är att vårt resultat ska leda till ökad insikt i området och att möjliggöra för fler distriktssköterskor att använda sin förskrivningsrätt i större utsträckning.

## FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

Efter avslutad studie kan nu författarna uppmärksamma ny möjlig forskning i framtiden som skulle vara av intresse. Tankarna riktas mot att se de skillnader som kan uppstå om vårdcentralchefen är utbildad inom vårdvetenskap eller inte. Kan vårdcentralchefens ledarskap och dess stödjande roll till sina medarbetare bli påverkad av hur insatt han/hon är i ämnet? Kan en vårdcentralchef som har specialistsutbildning med inriktning mot distriktssköterska vara en bättre chef än en vårdcentralchef som är läkare eller till och med en vårdcentralchef som inte har någon som helst utbildning inom vårdvetenskap? Ett annat intressant område för vidare forskning kan vara skillnader mellan kvinnligt- och manligt ledarskap när det gäller att bedriva en vårdcentral.

## REFERENSER

- Baird, A. (2000). Crown II: the implications of nurse prescribing for practice nursing. *Br J Community Nurs*, 5(9), 454-461.
- Barrett, D. (2004). Commentary on Latter S. & Courtenay M. (2004) Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13, 26-32. *J Clin Nurs*, 13(6), 776-777; discussion 777-778. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00929.x
- Brooks, N., Otway, C., Rashid, C., Kilty, L., & Maggs, C. (2001). Nurse prescribing: what do patients think? *Nurs Stand*, 15(17), 33-38. doi: 10.7748/ns2001.01.15.17.33.c2964
- Courtenay, M., Carey, N., Stenner, K., Lawton, S., & Peters, J. (2011). Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *Br J Dermatol*, 164(2), 396-401. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10119.x
- Cousins, R. Donell, C. (2011). Nurse prescribing in general practice: a qualitative study of job satisfaction and work-related stress. *Family Practice* 2012; 29:223-227.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande : i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Distriktssköterskeförening. (2008). Distriktssköterskans uppdrag. Retrieved 15 sep, 2014, from <http://www.distriktsskoterska.se/dokument.php?cat=1&id=1>
- Distriktssköterskeföreningen (2008). *Kompetensbeskrivning, Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Retrieved 20 sep, 2014, from <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-publikationer/Distriktskoterksa.Kompbeskr.webb.pdf>
- Duffield CM, Roche MA, Blay N & Stasa H (2011), Nursin unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing* 20, 23-33.
- Edberg, A.-K. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård-teori och tillämnning. In A.-K. Edberg, A. Ehrnberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå-kärnkompetens inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 29-61). Lund: Studentlitteratur.

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E. & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*, 33(9), 1112-1119. doi: 10.1093/eurheartj/ehr306
- Fisher, R. (2005). Relationships in nurse prescribing in district nursing practice in England: a preliminary investigation. *Int J Nurs Pract*, 11(3), 102-107. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00513.x
- Furhoff, A.-K. (1994). Enkät om distriktssköterskors förskrivningsrätt. Vanskligt att uppfylla kravet på rätt diagnos *Läkartidningen*, 28-29, 2694-2696, 2698.
- Furumalm, A. Rosenqvist, I. (2003). *Åsikter om distriktssköterskornas förskrivningsrätt ur ett patientperspektiv* (Rapport-FoUrnalen, 2003:2). Forsknings- och Utvecklingsenheten för Primärvård och Psykiatri, Linköping.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs Universitet Sahlgrenska Akademin. (2013). Riktlinjer Examensarbete Avancerad nivå (Magister). Retrieved 10 sep, 2014, from <https://gul.gu.se/courseId/64835/node.do?id=27109702&ts=1409586079059&u=1908298584>
- Hobson, R. J., Scott, J., & Sutton, J. (2010). Pharmacists and nurses as independent prescribers: exploring the patient's perspective. *Fam Pract*, 27(1), 110-120. doi: 10.1093/fampra/cmp070
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., de Rond, M., de Veer, A. J., & Francke, A. L. (2014). Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: Results of a national survey among registered nurses, nurse specialists and physicians. *Int J Nurs Stud*, 51(4), 539-548. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.08.002
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*, 11, 127. doi: 10.1186/1472-6963-11-127

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi : att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Luker, K. A., Hogg, C., Austin, L., Ferguson, B., & Smith, K. (1998). Decision making: the context of nurse prescribing. *J Adv Nurs*, 27(3), 657-665.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In Granskär Monica; Höglund Nielsen Birgitta (Ed.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelsverket. (2007). Föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel m.m. / (Receptföreskrifter). Retrieved 25 sep, 2014, from [https://www.lakemedelsverket.se/upload/lvfs/konsoliderade/LVFS1997\\_10%20omtryck.pdf](https://www.lakemedelsverket.se/upload/lvfs/konsoliderade/LVFS1997_10%20omtryck.pdf)
- Mossboda, B.-M., Peterson, M., Rönholm, I., & Ardbo, C. (2005). *Att vara chef och ledare : dina verktyg för praktiskt ledarskap*. Stockholm.
- Palmberg, M. (2006). *Kunskapsunderlag om ledarskap i hälso- och sjukvården : On the edge- om förbättringsledarskap i hälso- och sjukvården*. Retrieved 10 okt, 2014, from [http://plus.lj.se/info\\_files/infosida31721/kunskapsunderlag\\_ledarskapi\\_hos.pdf](http://plus.lj.se/info_files/infosida31721/kunskapsunderlag_ledarskapi_hos.pdf)
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- REK-listanHalland. (2014). *Rekommenderade läkemedel för sjuksköterskor med förskrivningsrätt*. Retrieved 10 oct, 2014, from [http://www.regionhalland.se/PageFiles/27246/Reklista\\_ssk\\_3%20april\\_webb.pdf](http://www.regionhalland.se/PageFiles/27246/Reklista_ssk_3%20april_webb.pdf)
- REKlistan. (2014). *REKlistan 2014*. Retrieved 10 okt, 2014, from [http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/REKlistan\\_2014\\_webb.pdf](http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/REKlistan_2014_webb.pdf)
- Rosengren, K., Athlin, E. & Segersten, K. Presence and availability: staff conceptions of nursing leadership on an intensive care unit. *Journal of Nursing Management* 2007 15(5): 522-529.
- Rosengren, K. (2008). *En hälso- och sjukvårdsorganisation i förändring: Från distanserat till delat ledarskap*. (Doctoral dissertation). Karlstads universitet/Hälsö högskolan, Jönköping.

- Rosengren, K. (2014). *Vårdledarskap : att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlin, J. (2006). *Hälso- och sjukvårdslagen : med kommentarer*. Stockholm: Norstedts juridik.
- Sehic, S. R., MSc. Katarina Lindqvist, RN, MSc. Eva Drevenhorn, RN, PhD, Senior Lecturer. (2012). *Distriktssköterskans upplevelse av förskrivningsrätten* (Vol. 32). Vård i nordn.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SOSFS 1997:8. *Socialstyrelsens föreskrifter om Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2001:16. *Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:1. *Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2004). *Uppföljning av förskrivningsrätten för sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården*. Retrieved 10 sep, 2014, from [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10277/2004-103-13\\_200410313.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10277/2004-103-13_200410313.pdf)
- Statistiska centralbyrån. (2014). *Folkmängd i riket, län och kommuner 30 juni 2014 och befolkningsförändringar 1 januari - 30 juni 2014* Retrieved 10 okt, 2014, from <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Kvartals--och-halvarsstatistik---Kommun-lan-och-riket/244147/>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilhelmsson, S., Ek, A. C., & Akerlind, I. (2001). Opinions about district nurses prescribing. *Scand J Caring Sci*, 15(4), 326-330.
- Wilhelmsson, S., & Foldevi, M. (2003). Exploring views on Swedish district nurses' prescribing--a focus group study in primary health care. *J Clin Nurs*, 12(5), 643-650.



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN  
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Bilaga 1 av 4  
Frågeformulär

### **Intervjuguide**

1. Hur gammal är du, vad har du för grundutbildning och hur länge har du arbetat som vårdcentralschef?
2. Hur ser du på distriktssköterskans förskrivningsrätt idag?
3. Hur mycket använder distriktssköterskan sin förskrivningsrätt på denna vårdcentral?
4. Vad får distriktssköterskans förskrivningsrätt för konsekvenser på er vårdcentral?
5. Hur ser du på distriktssköterskans förskrivningsrätt i framtiden?
6. Har du någonting annat du vill tillägga?





# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Användare Proprefekt Kristin Falk

*Besöksadress:* Arvid Wallgrens Backe 1

*Postadress:* Box 457, 405 30 Göteborg

*Telefon:* +46 31 786 6010

*E-post:* Kristin.Falk@fhs.gu.se

Bilaga 2 av 4

Brev till

Primärvårdschefen

### INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2014-09-13

Primärvårdschefer inom Västra Götalandsregionen och Hallandsregionen

### Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ mastersexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen*

*för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå. Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.*

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför. I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Kristin Falk

**Leila Mohammadi**

Distrikssköterskestudent

Tel: 0736-46 92 27

[gusmolei@student.gu.se](mailto:gusmolei@student.gu.se)

**Caroline Gentzel**

Distrikssköterskestudent

Tel: 0727-23 33 88

[gusgentca@student.gu.se](mailto:gusgentca@student.gu.se)

**Helene Berglund**

Universitetslektor och handledare

Tel: 031-786 6107

Mobiltel: 0738-38 46 00

[helene.berglund@gu.se](mailto:helene.berglund@gu.se)



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

**FORSKNINGSPERSONSINFORMATION**

Bilaga 3 av 4

**Bakgrund**

I distriktssköterskans utbildning ingår förskrivning av vissa läkemedel. 1994 infördes denna förskrivningsrätt för distriktssköterskor med syfte att göra hälso- och sjukvården mer effektiv och förenklad. Vi är två distriktssköterskestudenter, Caroline Gentzel och Leila Mohammadi, som ska göra en pilotstudie inom specialistsköterskeprogrammet. Studien vill belysa ditt perspektiv som arbetar som verksamhetschef/vårdcentralchef inom primärvården om just distriktssköterskornas förskrivningsrätt. Det finns lite forskning som lyfter just verksamhetschefernas/vårdcentralchefernas syn på distriktssköterskors förskrivningsrätt och dess konsekvenser för arbetet på vårdcentraler.

**Syfte**

Syftet med vår studie är att beskriva distriktssköterskans användning av förskrivningsrätten och dess konsekvenser för vårdcentralens effektivitet och vårdkvalitet ur verksamhetschefens/vårdcentralchefens perspektiv.

**Förfrågan om deltagande**

Studien kommer att genomföras inom primärvården i Göteborg och Kungälv. Kontakt har tagits med primärvårdschefen på din vårdcentral. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som verksamhetschef/vårdcentralchef och har minst 2 års erfarenhet.

**Hur går studien till?**

Om du väljer att delta i studien kommer vi att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta mellan 30-60 min. Intervjun kan göras under arbetstid och plats för intervjun väljer du själv. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivs ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

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

Vår ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk med att delta är att vi kommer in på områden när det gäller din yrkesutövning som du upplever känsliga. Du svarar på några frågor och väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun när resultatet presenteras.

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

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta.

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

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig får tillgång till materialet. När studien är avslutad förstörs insamlat material.

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

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta oss. Telefonnummer och mailadress hittar du längre ner.

### **Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

### **Med Vänliga Hälsningar**

#### **Caroline Gentzel**

Distrikssköterskestudent

Tel. 0727-23 33 88

[gusgentca@student.gu.se](mailto:gusgentca@student.gu.se)

#### **Leila Mohammadi**

Distrikssköterskestudent

Tel. 0736-46 92 27

[gusmolei@student.gu.se](mailto:gusmolei@student.gu.se)

#### **Helene Berglund**

Universitetslektor och handledare

Tel. 031-786 6107

Mobiltel: 0738-38 46 00

[helene.berglund@gu.se](mailto:helene.berglund@gu.se)

## LÄKEMEDELSLISTA för sjuksköterskor med förskrivningsrätt

Avsnitt	Sida
1. MUN OCH SVALG .....	6
2. MAGE OCH TARM .....	7-8
3. NUTRITION .....	8
4. SÅRBEHANDLING .....	8
5. HUDINFEKTIONER .....	9
6. EKSEM .....	9
7. ANSIKTE OCH HÅRBOTTEN .....	10
8. HUD, övrigt .....	10
9. INFEKTION .....	11
10. URINVÄGAR OCH KÖNSORGAN .....	11
11. MÖDRAVÅRD .....	11
12. SMÄRTA .....	12
13. ÖRON – NÄSA – HALS .....	12
14. ÖGON .....	13
15. ÖVRIGT .....	14

### 1. MUN OCH SVALG

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
<b>1.1</b> Hög kariesrisk i samband med muntorrhet	Natriumfluorid	A01A A01	Sugtabletter, tuggummi, munsköljvätska
	Kombinationer	A01A A30	
<b>1.2</b> Oral och peroral candidiasis	Amfotericin	A01A B04	Sugtabletter
	Nystatin	A07A A02	Oral suspension
<b>1.3</b> Aftös stomatit	Triamcinolon	A01A C01	Munhålepasta <u>Inte</u> till barn
<b>1.4</b> Munsår orsakade av herpes simplex hos immunkompetenta patienter	Aciklovir	D06B B03	<u>Inte</u> till barn under 12 år
	Penciklovir	D06B B06	
	Docosanol	D06B B11	
	Aciklovir, Hydrokortison	D06B B53	

## 2. MAGE OCH TARM

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
<b>2.1</b> Symtomatisk tillfällig behandling vid epigastralgi och halsbränna	Antacida	A02A D01	Receptfria läkemedel
	Ranitidin	A02B A02	
	Famotidin	A02B A03	
	Omeprazol	A02B C01	
	Pantoprazol	A02B C02	
<b>2.2</b> Symtomatisk behandling vid hiatusinsufficiens, sura uppstötningar och halsbränna	Alginsyra	A02B X13	-----
<b>2.3</b> Spädbarnskolik och gasbildning hos vuxna	Silikoner	A03A X13	-----
<b>2.4</b> Förstoppning <sup>1</sup>	Paraffin	A06A A01	Paraffinemulsion mixtur ATL <sup>2</sup>
	Tarmirriterande medel	A06A B	-----
	Bulkmedel	A06A C	
	Laktulos	A06A D11	
	Laktitol	A06A D12	
	Makrogol	A06A D15	
	Makrogol, kombinationer	A06A D65	Movicol och läkemedel som Läkemedelsverket bedömt utbytbara mot Movicol
	Klysma	A06A G	-----
	Övriga medel	A06A X	

<sup>1</sup> Movicol har bytt ATC-kod till A06A D65, därför har ATC-koden A06A D10 utgått från listan

<sup>2</sup> Apotekstillverkade läkemedel

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
2.5 Symtomatisk behandling av ospecifika diarréer	Loperamid	A07D A03	-----
	Loperamidoxid	A07D A05	
2.6 Tillfälligt vid anala besvär	Medel innehållande glukokortikoider	C05A A	-----
	Övriga utvärtes antihemorroidala	C05A X	
	Lidokain	D04A B01	
<b>Springmask och spolmask</b> Se avsnitt 9 Infektion			

### 3. NUTRITION

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
3.1 Förebyggande av vitamin- och mineralbrist vid ensidig kost eller otillräckligt födointag hos vuxna	Multivitaminer, kombinationer	A11A	-----
	Multivitaminer utan tillsatser	A11B	
3.2 Förebyggande av kalciumbrist och osteoporos	Kalcium	A12A A	Receptfria läkemedel
	Kalcium, kombinationer	A12A X	

### 4. SÅRBEHANDLING

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
4.1 Sårdesinfektion	Klorhexidin	D08A C02	-----
4.2 Vätskande och infekterade sår	Cadexomerjod	D03A X01	-----
	Väteperoxid	D08A X01	
	Kaliumpermanganat	D08A X06	Kaliumpermanganat 0,05 %, 0,1 % ATL
	Ättiksyra	D08A X	Ättiksyra 5 mg/ml ATL
4.3 Venösa bensår	Zinkbandage	D09A B01	-----
4.4 Smärtande sår	Lidokain	D04A B01	-----

## 5. HUDINFEKTIONER

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
<b>5.1</b> Candidainfektade blöjutslag och intertriginös candida	Nystatin	D01A A01	-----
	Imidazol- och triazolderivat	D01A C	
<b>5.2</b> Fotsvamp	Imidazol- och triazolderivat	D01A C	-----
	Terbinafin	D01A E15	
<b>5.3</b> Fotsvamp eller intertriginös candida, med besvärade klåda	Hydrokortison plus svampmedel enligt 5.2	D01A C20	-----
<b>5.4</b> Impetigo	Väteperoxid	D08A X01	-----
<b>5.5</b> Eksem med sekundärinfektion	Hydrokortison plus antibiotika	D07C A01	Endast för kort behandlingstid

## 6. EKSEM

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
<b>6.1</b> Eksem	Milt verkande glukokortikoider	D07A A	-----
<b>6.2</b> Akuta eksem av varierande genes	Medelstarkt verkande glukokortikoider	D07A B	-----
	Starkt verkande glukokortikoider	D07A C	Kräm, salva max 30 g förpackning
<b>6.3</b> Akuta och kroniska eksem av varierande genes	Milda glukokortikoider plus andra medel	D07X A	-----
<b>6.4</b> Eksem med sekundärinfektion	Hydrokortison plus antibiotika	D07C A01	Endast för kort behandlingstid



## 7. ANSIKTE OCH HÅRBOTTEN

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
7.1 Utvärtes behandling av lindrig acne vulgaris	Tretinoin	D10A D01	-----
	Adapalen	D10A D03	
	Kombination av adapalen och bensoylperoxid	D10A D53	
	Bensoylperoxid	D10A E01	
	Azelainsyra	D10A X03	
7.2 Mjällbildning och seborroisk dermatit i hårbotten	Ketokonazol	D01A C08	-----
	Selensulfid	D11A C03	
	Svavelkombinationer	D11A C08	
7.3 Huvudlöss	Permetrin	P03A C04	-----
	Malation	P03A X03	
7.4 Huvudlöss och flatlöss	Disulfiram, kombinationer	P03A A54	-----
	Malation	P03A X03	

## 8. HUD, övrigt

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
8.1 Torr hud	Karbamid	D02A E	Även ATL standardberedningar
	Övriga hudskyddande och uppmjukande medel	D02A X	Även ATL standardberedningar med propylenglykol
8.2 Avlägsnande av fjäll och krustor	Salicylsyra preparat	D02A F	Även ATL standardberedningar
8.3 Hematom och tromboflebiter	Heparin och heparinoida substanser	C05B A01	-----
8.4 Ytanestesi av huden i samband med nålstick och ytliga kirurgiska ingrepp, t.ex. revision av bensår	Kombination av lidokain och prilokain	N01B B20	-----
8.5 Tillfällig klåda	Zinkoxidpreparat	D02A B	Zinkliniment ATL, zinkpudervätska ATL, zinkparaffinpasta med 1 % borsyra ATL
	Klemastin	R06A A04	-----
8.6 Skabb	Disulfiram, kombinationer	P03A A54	-----
8.7 Vätskerepellerande hudskydd	Silikonpreparat	D02A A	-----

## 9. INFEKTION

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
9.1 Scarlatina, odlingsverifierad	Penicillin	V J01C E02	-----
9.2 Tonsillit hos patient i samma hushåll som aktuellt fall av scarlatina	Penicillin	V J01C E02	-----
9.3 Springmask	Mebendazol	P02C A01	-----
	Pyrrvin	P02C X01	
9.4 Spolmask	Mebendazol	P02C A01	-----

## 10. URINVÄGAR OCH KÖNSORGAN

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
10.1 Trängningsinkontinens <sup>1</sup>			
10.2 Lokala östrogenbristsymtom	Östradiol	G03C A03	Vaginala beredningar Inte nyinsättning
	Östriol	G03C A04	Vaginala beredningar
10.3 Ytanestesi vid kateterisering	Lidokain	N01B B02	-----
	Prilokain	N01B B04	

## 11. MÖDRAVÅRD

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
11.1 Amningsstimulering	Oxytocin	H01B B02	Nasala beredningar

<sup>1</sup> Läkemedlet Tolterodin har utgått från listan

## 12. SMÄRTA

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
<b>12.1</b> Tillfällig lätt till måttlig smärta	Ibuprofen	M01A E01	-----
	Acetylsalicylsyra	N02B A01	
	Acetylsalicylsyra, kombinationer	N02B A51	
	Paracetamol	N02B E01	
<b>12.2</b> Dysmenorré utan organisk orsak	Diklofenak	M01A B05	Orala beredningar
	Ibuprofen	M01A E01	
	Naproxen	M01A E02	
	Ketoprofen	M01A E03	
	Paracetamol	N02B E01	
<b>12.3</b> Lokala smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet i samband med muskel- och ledsador, t.ex. sportskador	Ketoprofen	M02A A10	-----
	Ibuprofen	M02A A13	
	Diklofenak	M02A A15	

## 13 ÖRON – NÄSA – HALS

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning	
<b>13.1</b> Rinit	Oximetazolin	R01A A05	-----	
	Xylometazolin	R01A A07		
<b>13.2</b> Allergisk rinit	Natriumkromoglikat	R01A C01	-----	
	Levokabastin	R01A C02		
	Beklometason	R01A D01		
	Budesonid	R01A D05		
	Flutikason	R01A D08		
	Mometason	R01A D09		
	Flutikasonfuroat	R01A D12		Inte till barn under 12 år
<b>13.3</b> Allergisk rinit och konjunktivit	Klemastin	R06A A04	-----	
	Cetirizin	R06A E07		
	Loratadin	R06A X13		
	Akrivastin	R06A X18		
	Ebastin	R06A X22		
	Desloratadin	R06A X27		
<b>13.4</b> Extern otit	Aluminiumacetotarat	S02A A04	Alsolsprit 1 % +10 % örondroppar ATL	
	Hydrokortison plus antiinfektiva	S03C A04	-----	

## 14. ÖGON

<b>Indikation</b>	<b>Godkända läkemedel</b>	<b>ATC-kod</b>	<b>Anmärkning</b>
<b>14.1</b> <b>Allergisk konjunktivit</b>	Nafazolin, kombinationer	S01G A51	-----
	Natriumkromoglikat	S01G X01	
	Levokabastin	S01G X02	
	Nedokromil	S01G X04	
	Emedastin	S01G X06	
	Ketotifen	S01G X08	
	Olopatadin	S01G X09	
<b>14.2</b> <b>Allergisk rinit och konjunktivit</b>	Klemastin	R06A A04	-----
	Cetirizin	R06A E07	
	Loratadin	R06A X13	
	Akrivastin	R06A X18	
	Ebastin	R06A X22	
	Desloratadin	R06A X27	
<b>14.3</b> <b>Bakteriell konjunktivit</b>	Kloramfenikol	S01A A01	-----
	Fusidinsyra	S01A A13	
<b>14.4</b> <b>Lättare yttre ögoninflammation</b>	Bibrokato	S01A X05	-----
<b>14.5</b> <b>Tillstånd av torra ögon p.g.a. naturlig tårvätskeinsufficiens eller blåst, damm etc.</b>	Tårsubstitut och andra indifferentia medel	S01X A20	Även ATL standardberedningar

## 15. ÖVRIGT

Indikation	Godkända läkemedel	ATC-kod	Anmärkning
15.1 Tillfälligt illamående	Dimenhydrinat	R06A A02	Inte till barn eller gravida kvinnor
	Cyklizin	R06A E03	
	Meklozin	R06A E05	
15.2 Åksjuka	Skopolamin	A04A D01	Depotplåster <u>Inte</u> till barn under 10 år
	Dimenhydrinat	R06A A02	<u>Inte</u> till barn
	Cyklizin	R06A E03	<u>Inte</u> till barn under 6 år
	Meklozin	R06A E05	<u>Inte</u> till barn under 1 år
15.3 Hjälp mot abstinensbesvär vid rökavvänjning	Nikotin	N07B A01	-----
15.4 Hosta	Noskapin	R05D A07	-----
	Pentoxiverin	R05D B05	
15.5 Feber	Ibuprofen	M01A E01	-----
	Acetylsalicylsyra	N02B A01	<u>Inte</u> till barn under 18 år
	Acetylsalicylsyra, kombinationer	N02B A51	<u>Inte</u> till barn under 18 år
	Paracetamol	N02B E01	
15.6 Beredning av injektionsvätska	Vehiklar	V07A B00	Sterilt vatten för injektion, natriumklorid för beredning av injektionsvätska
15.7 Tillfällig uttorkning	Kolhydrater	B05B A03	Glukos 50 mg/m