



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DISTRIKTSSKÖTERS KANS ERFARENHETER AV ATT FÖRSKRIVA LÄKEMEDEL TILL PATIENTEN I HEMMET

- En kvalitativ studie

Anna Johansson

Karolina Karlborg-Cepeda

Examensarbete: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distrikt
Nivå: Avancerad nivå
Handledare: Helene Berglund
Examinator: Kristin Falk

Titel (svenska): Distriktssköterskans erfarenheter av att förskriva läkemedel till patienten i hemmet

Titel (engelska): The district nurse experiences of medical prescriptions in patient's home environment - A qualitative study

Uppsats: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distrikt

Nivå: Avancerad nivå

Termin: Ht/2017

Handledare: Helene Berglund

Examinator: Kristin Falk

Sammanfattning:

Bakgrund: Förskrivningsrätt för distriktssköterskan infördes i Sverige år 1994. Det grundade sig i att förbättra sjukvården på landsbygden och att det var brist på läkare. Socialstyrelsen ansvarar för förskrivningsrätten och uppdaterar det som kan förskrivas. Enligt en utvärdering av förskrivningsrätten som gjordes 2004 av Socialstyrelsen används inte förskrivningsrätten fullt ut i hemsjukvården. Antalet patienter i hemsjukvården ökar och distriktssköterskan gör bedömningar och skriver ut läkemedel i hemmet. Få studier är gjorda under senare tid gällande distriktssköterskans förskrivning inom hemsjukvård. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av förskrivning av läkemedel inom hemsjukvården. **Metod:** I studien deltog 11 distriktssköterskor som arbetar inom hemsjukvården från tre stadsdelar inom Göteborgs stad samt en kranskommun. Författarna valde att använda en kvalitativ metod med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer gjordes. **Resultat:** Fem kategorier framkom under analysen: Ansvar och självständighet, tidens betydelse, administrativa begränsningar, svårigheter att få fortbildning och patienten i hemmet. Resultatet visar på att förskrivningsrätten används allt ifrån flera gånger i veckan till någon gång i månaden. Genomgående från alla informanter är en önskan om fortbildning och uppdatering inom förskrivningsrätten. Förslag om att utveckla hur läkemedel skrivs ut framkommer också till exempel att införa E-recept. Några informanter lyfte också tanken om att distriktssköterskan är nära patienten i hemmet och ser behoven och önskar därför utveckla förskrivningsrätten. **Slutsats:** Fördelar med förskrivningsrätten i hemsjukvården är att distriktssköterskan som träffar patienten kontinuerligt har möjlighet att bedöma behovet, ordinera läkemedel och följa upp insatt behandling genom att de träffar patienten regelbundet i hemmet. Informanterna uttrycker alla ett stort behov av fortbildning och uppdatering för att

kunna känna säkerhet vid förskrivning av läkemedel till patienten i hemmet. Det finns också en önskan om utveckling av förskrivningsrätten och behov av att förenkla metoderna för att skriva recept.

Nyckelord: Förskrivning. Förskrivare. Erfarenhet. Fördelar. Distriktssköterska. Utmaningar. Hemsjukvård.

Abstract

Background: Doctor shortage and a determination to improve health care on the countryside lead to the establishment of prescription authority for district nurses in Sweden in 1994. The National Board of Health and Welfare is responsible for the prescription rights and the revision hereof. According to an evaluation of the prescription authority made in 2004 by the National Board of Health and Welfare, the prescription authority is not fully utilized in the field of home care. The number of patients cared for in their homes increases; the district nurse assesses and prescribes medication in the patient's home environment. There are only few recent studies carried out regarding districts nurses' prescriptions within the field of home care. **Aim:** The aim of this study is to describe the district nurse experiences of medical prescriptions in the field of home care. **Method:** Eleven district nurses took part in the study, all working within home care in three different districts of Gothenburg, Sweden, together with one outer suburb of Gothenburg. The authors chose to use a qualitative and inductive approach in the study. Semi structured interviews were performed. **Result:** Five fields of interest were identified in the analysis: Responsibility and autonomy, timeframe, administrative restrictions, the lack of in-service training and the patient cared for at home. The results show that some nurses prescribe medication several times a week, and some only occasionally, once a month. All informants express a need for in-service training regarding the authority to prescribe. There are also proposals made as to improving the prescription methods, i.e. by performing electronic prescribing. Some interviewees distinguished that the district nurse is close to the patient in home environment and sees the needs and the wishes. They also distinguished the possibilities and the importance of amplifying prescription authority further. **Conclusion:** The advantages of prescription authority in the field of home care are that the district nurse who continuously meets the patient has the possibility to assess the need for medication, to prescribe and evaluate the nursing by meeting the patient on a regular basis. The informers in this study all express a great need for in-service training and competence development in order to feel more secure when prescribing medication in the patient's home environment. There is also a demand for improvement of the methods for prescription.

Keywords: Prescribing. Prescribers. Experience. Benefits. District nurse. Challenges. Home care

Förord

Författarna vill tacka Helene Berglund som varit vår handledare under examensarbetets gång. Hon har varit ett stort stöd med kunskap och vishet inom ämnet hemsjukvård och forskrivningsrätt samt att genomföra ett examensarbete. Vi vill också tacka de distriktssköterskor som deltagit i intervjuerna och som gjort att vi fått inblick i deras arbete med att förskriva läkemedel. Sist men inte minst vill vi tacka våra familjer och vänner för stöd och uppmuntran.

Anna och Karolina

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Historik	2
Kompetensbeskrivning	3
Hemsjukvården	3
Personcentrerad vård	5
Tidigare forskning	6
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Datainsamling	10
Analys	11
Etiska överväganden	13
Resultat	14
Ansvar och självständighet	14
Tidens betydelse	15
Administrativa begränsningar	16
Svårigheter att få fortbildning	18
Patienten i hemmet	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Klinisk implikation	26
Slutsats	27
Referenslista	28
Bilaga 1.	35
Bilaga 2.	37

Inledning

Förskrivningsrätt av vissa läkemedel infördes för distriktssköterskor 1994 och syftet med införandet var att göra hälso- och sjukvården enklare och mer effektiv. Socialstyrelsen (2004) gjorde en uppföljning av distriktssköterskors och sjuksköterskors användning av rätten att förskriva läkemedel inom kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen visade att förskrivningsrätten utnyttjades i liten utsträckning. Enligt Socialstyrelsen (2004) förskriver mindre än hälften av distriktssköterskorna i hemsjukvården läkemedel och det som mest förskrivs är salvor och laxermedel.

Antalet patienter som skrivs in i hemsjukvården ökar och distriktssköterskan vårdar patienter med stort omvårdnadsbehov i hemmet, både äldre och unga patienter (Socialstyrelsen, 2008). Distriktssköterskan med förskrivningsrätt möter patienten i hemmet, och är både gäst i patientens hem och professionell vårdare. Vården i hemmet kan öppna upp för att hitta en jämlik relation mellan vårdare och patient där patienten blir en individ (Öresland, Määttä, Norberg, Jörgensen & Lützén, 2008).

Tidigare forskning visar på både negativa och positiva erfarenheter av distriktssköterskans syn på rätten att förskriva läkemedel. Enligt en studie av Sehic, Lindqvist och Drevenhorn (2012) upplever distriktssköterskor i hemsjukvården både begränsningar och möjligheter med förskrivningsrätten. Nyare studier och utredningar saknas om distriktssköterskans upplevelse av förskrivningsrätten. Med denna studie vill författarna därför beskriva distriktssköterskans erfarenheter av förskrivningsrätten idag inom hemsjukvård. Distriktssköterskan möter patienten i hemmet och har möjlighet att tillsammans med patienten utforma vården utifrån behov och resurser. Distriktssköterskan kan förskriva läkemedel och följa upp och utvärdera behandlingen tillsammans med patienten.

Bakgrund

Historik

Förskrivningsrätt för sjuksköterskor finns i flera länder och i USA har specifikt utbildade sjuksköterskor haft möjligheten att förskriva läkemedel sedan mer än 30 år tillbaka. I England har sjuksköterskor skrivit ut vissa läkemedel sedan 1994 och bland de första som fick föreskrivningsrätt var distriktssköterskor i kommunen. I England var tanken med föreskrivningsrätten att förbättra vården för patienten och effektivisera sjuksköterskans tidsresurser. Sjuksköterskan i England med högre utbildning kan förskriva nästan 250 olika läkemedel från en specifik lista. I Australien, Kanada och Sverige var en av de primära orsakerna till införandet av föreskrivningsrätten att hjälpa patienter boende utanför städerna och där det var brist på läkare (Courtenay, Carey & Burke, 2006; Luker & McHugh, 2002).

Under 1910-talet började distriktssköterskor i Sverige att arbeta på landsbygden och träffa patienten i hemmet. Orsaken var att förbättra hälsoläget och den dåvarande bristen på sjukvård. Det var inte förrän under 1990-talet som hemsjukvården utvecklades, innan dess arbetade distriktssköterskan främst på vårdcentral. Kommunerna fick ett större ansvar i och med att ädelreformen infördes år 1992 (Emanuelsson & Wendt, 1994). Ädelreformen innebar att kommunerna fick överta ansvaret från Landstinget för vård och omsorg av de äldre och handikappade. Syftet med reformen var att ge kommunerna förutsättningar både ekonomiskt och organisatoriskt för att förverkliga sina mål vad gäller valfrihet, trygghet och integritet (Prop. 1990/91:14).

År 1994 infördes föreskrivningsrätten av vissa läkemedel för distriktssköterskor i Sverige (Distriktssköterskans uppdrag, u.å.). Föreskrivningsrätten för distriktssköterskor infördes inte utan motstånd. Det var i första hand läkare men även Socialstyrelsen som i tidigt skede var emot förslaget. Läkarna ifrågasatte distriktsjuksköterskans kunskaper i att ställa diagnos och bedöma indikationer för att sätta in behandling. Distriktssköterskorna själva trodde på att det gick att genomföra förändringen. Idag är det Socialstyrelsen som ansvarar för föreskrivningsrätten av läkemedel och den har uppdaterats genom åren, senaste uppdateringen skedde 2015 (Emanuelsson & Wendt, 1994; SOSFS 2015:7; Wendt, 1994).

Kompetensbeskrivning

Enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning ska distriktssköterskan ha fördjupade kunskaper om läkemedel och dess egenskaper, användningsområden, ordination och biverkningar. Dessa faktorer behövs för att inneha kompetens att förskriva vissa läkemedel utan läkarordination (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). För att få förskriva läkemedel behöver sjuksköterskan uppfyllt något av Socialstyrelsens utbildningskrav. Ett exempel på utbildningskrav är legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med tillägg av farmakologi och sjukdomslära. Det krävs vidare att distriktssköterskan har en anställning inom landstinget eller kommunens primärvård, hemsjukvård eller äldrevård (SOSFS 2001:16). I Socialstyrelsens uppdaterade version av föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel (SOSFS 2015:7) går att läsa vilka läkemedel som distriktssköterskan är behörig att förskriva samt inom vilka områden. Indikationsområden är som följer: Mun och svalg, mage och tarm, nutrition, strålbehandling, hudinfektioner, eksem, ansikte och hårbotten, hud, infektioner, urinvägar och könsorgan, mödravård, smärta, öron-näsa-hals, ögon och övrigt.

Hemsjukvården

Det har blivit vanligare att vård bedrivs i hemmet och hemsjukvård har blivit en alltmer utbredd form av sjukvård. Enligt Socialstyrelsen (2008) omfattar hemsjukvård medicinska insatser, rehabilitering, habilitering och omvårdnad i patientens hem. Socialstyrelsens definition på hemsjukvård lyder;

"hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden." (s.14)

För att få en mer sammanhållen vård i hemmet lades tio år efter Ädelreformen fram ett förslag från Socialdepartementet, på Regeringens uppdrag, att kommunerna skulle överta ansvaret för hemsjukvården. I och med detta förslag skulle kommunerna få huvudansvar för vård i hemmet i både ordinärt och särskilt boende. Genom detta fick kommunen ansvar för vård och omsorg samt rehabilitering och hjälpmedel i patientens hem. Landstingen fortsätter att

ansvara för insatser av läkare. Kommun och landsting ska samarbeta vad gäller läkarens insatser för att ge patienten god vård (SOU 2004:68). Enligt Socialdepartementet (2010) skulle övertagandet av ansvar för hemsjukvård från landsting till kommun ske på frivillig väg för kommunerna. År 2010 ansvarade $\frac{2}{3}$ av landets kommuner för hemsjukvården. År 2016 var det endast Stockholm, förutom Norrtälje, som inte startat upp hemsjukvård via kommunen. Förslag har också lagts om att kommunerna som har hemsjukvård ska få anställa egna läkare (Socialdepartementet, 2010; Socialstyrelsen, 2017).

Hemsjukvård delas in i två typer av vård, avancerad (t.ex. palliativ vård) och grundläggande hemsjukvård. Vad som ska ingå i hemsjukvårdens uppdrag är svårt att definiera, ansvarsfördelningen mellan slutenvården och primärvården skiljer sig från kommun till kommun samt från olika sjukhus till olika vårdcentraler. Dessa otydligheter kan göra att patienten och dess närstående kan uppfatta att de "hamnat mellan stolarna", som kan leda till en ökad stress både för patienten men även för distriktssköterskan (Josefsson & Ljung, 2010).

Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet (Socialstyrelsen, 2008). Antalet patienter inskrivna i hemsjukvården i Sverige år 2016, enligt Socialstyrelsens rapport, var 400 000 patienter. Detta är en ökning med cirka 150 000 patienter på åtta år. Majoriteten (83 %) av dessa patienter är 65 år eller äldre. Antalet kvinnor som är inskrivna i hemsjukvården är markant högre än antalet män (Socialstyrelsen, 2017).

Hemsjukvårdens insatser i hemmet har förändrats över tid, från att ha inneburit mer enkla vårdåtgärder till att vårda patienter med mer omfattande vårdbehov. Allt fler svårt sjuka, både äldre och yngre, anses vara utskrivningsklara och skrivs ut från sjukhuset för att sedan skrivas in i hemsjukvården. Detta som en del i resultatet av Ädelreformen. Vårdplatserna minskar alltmer på sjukhusen och hemsjukvården får ett större ansvar för patienter med avancerad hälso-och sjukvård i hemmet (Socialstyrelsen, 2008). Enligt SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, (2016) har antalet tillgängliga vårdplatser minskat i alla landsting genom åren. År 2013 fanns det i genomsnitt 4,8 bäddar/1000 invånare i jämförelse med år 2015 då det fanns

2,6 bäddar/1000 invånare. I jämförelse med övriga Europa ligger Sverige lägst vad gäller antalet vårdplatser.

Personcentrerad vård

Hemsjukvårdens primära mål är enligt Öresland (2010) att förebygga och förhindra långvariga sjukhusvistelser. Detta gör vården mer komplex och ställer krav på dem som vårdar i hemmet. När patienten vårdas i sitt egna hem kan det ha en positiv verkan på hälsan men kan också försvåra patientens egna val och beslut om inte de som vårdar är lyhörda för patientens behov. Sjuksköterskans närvaro i hemmet kan ge förutsättningar för en vård där hen ser patientens behov och resurser samt kan vara ett stöd och bistå patienten.

Distriktssköterskan i hemsjukvården möter patienten i sitt hem. Vården utförs efter patientens förutsättningar och förmågor och efter hur hemmiljön ser ut. Förutsättning för omvårdnad är att vårdaren har förståelse för vad hemmet symboliserar för patienten (Josefsson & Ljung, 2010; Öresland et al., 2008). Öresland et al. (2008) beskriver att när sjuksköterskan har en position som gäst i patientens hem kan jämlikhet mellan patient och sjuksköterska uppstå och då har sjuksköterskan en möjlighet att lära känna personen bakom sjukdomen och patienten blir en individ. Sjuksköterskan har också en roll som professionell vårdare fortsätter Öresland et al. (2008) och hen kan alternera mellan rollerna beroende på vad situationen kräver. Den professionella hållningen grundar sig i intresset för individen och omsorg och engagemang om de behov som individen har. Sjuksköterskan bör vara lyhörd för individen i hemmiljön och stödja den självständighet som finns.

Vården har genom tiderna utgått från vårdarens tankar och tolkningar om vad som är bäst för patienten. Personcentrerad vård har som grund att ge mer balans mellan vårdare och patient och utgå från de behov och resurser patienten har. Genom att bygga upp en relation med patienten och se saker och ting ur patientens perspektiv så skapas god vård (Santamäki Fischer, 2010). Interaktion, kommunikation och ömsesidighet är enligt Ekman och Norberg (2015) grundförutsättningar för personcentrerad vård och patientens berättelse är en av grundstenarna för hur vården utformas. Individen är utgångspunkten för hur vården ska genomföras, inte sjukdomen.

Personcentrerad vård är inte helt oproblematiske. Enligt Wolf och Carlström (2014) kan ett hinder till personcentrerad vård vara vårdarens upplevelse av tidsbrist och tidspress och detta kan leda till att vårdaren inte tar till sig eller reflekterar över personcentrerad vård. Dudas, Kaczynski och Olsson (2014) tar upp en annan synpunkt med personcentrerad vård, att det är viktigt att alla gör lika i organisationen. Om inte alla vårdenheter inom verksamheten arbetar med personcentrerad vård kan den som gör det få mer att göra och det involverar både sjuksköterskor och läkare som får en högre arbetsbörda. Dudas et al. (2014) tar också upp att svårigheter att ändra på invanda rutiner kan vara ett hinder för personcentrerad vård och rädsla för att det ska ta för mycket tid.

Problem mellan vårdare och patient kan uppstå i personcentrerad vård. Patient och vårdare kan se på problemen ur sina egna perspektiv, men genom samtal kan de komma fram till en gemensam lösning och anhöriga och andra professioner kan hjälpa till med sina kunskaper och erfarenheter (Ekman et al. 2015). En av hörnstenarna i personcentrerad vård är att patienten är expert på sig själv och känner sin kropp bäst men det är vårdaren som har det professionella kunnandet om sjukdomen generellt (Dahlberg & Segesten, 2010).

Tidigare forskning

I flera studier om sjuksköterskor och distriktssköterskor som erhållit utbildning och fått förskrivningsrätt går det att läsa om fördelen med förskrivning av läkemedel och om hur det underlättar arbetet men också hur det underlättar för patienten (Bradley & Nolan, 2007; Downer & Shepherd, 2010; Sehic et al., 2012).

Downer och Shepard (2010) som intervjuat distriktssköterskor med förskrivningsrätt beskriver att distriktssköterskans självständighet och tillfredsställelse i arbetet ökade i samband med förskrivningsrätten. Vidare beskriver Downer och Shepard (2010) att distriktssköterskan saknade stöd från kollegor och organisationen. Det fanns begränsat antal kollegor att fråga och cheferna var inte utrustade för att ge stöd och uppmuntran. I studien framkom också en önskan om ökad farmakologisk kunskap hos distriktssköterskan.

Bradley och Nolan (2007) menar att förskriva läkemedel kan ge flera fördelar såsom ökad kunskap och stärkt självförtroende. Genom att kunskapen inom farmakologi ökade kunde distriktssköterskan lättare uttrycka sina beslut om insatt läkemedel till andra yrkeskategorier. Kommunikationen mellan distriktssköterska och patient utvecklades positivt och underlättade diskussionen kring alternativ till läkemedelsbehandling, dess fördelar och nackdelar men även fortsatt planering.

Wilhelmsson och Foldevi (2003) tar i sin fokusgruppstudie i primärvården upp att distriktssköterskan upplevde att begränsningen av vad som kan skrivas ut påverkade upplevelsen negativt av förskrivningsrätten. Vidareutbildning tas också upp som ett problem, då det fanns en oro om att kunskapen kring läkemedel skulle försvinna ju längre tiden gick. Det framkom en önskan om att få behålla och utveckla kunskaperna enligt distriktssköterskan. Wilhelmsson och Foldevi (2003) tar också upp att det positiva som framkom med förskrivningsrätten. De skriver att distriktssköterskan fick mer kunskap om läkemedel och dess interaktioner ju mer hen förskrev. Förskrivning av läkemedel uppfattades också som ett stort ansvar och distriktssköterskan såg det som en möjlighet att följa patienten genom diagnos, utskrivning av läkemedel och uppföljning av behandling.

I en studie av Kroezen, de Veer, Francke, Groenewegen och van Dijk (2014) där sjuksköterskor från bland annat hemsjukvård tillfrågades om förskrivningsrätten, tas det upp orsaker till att inte känna sig tillräckligt utrustad för att skriva ut läkemedel. Brist på stöd från ledningen var en av dem. De tar också upp att förskrivning av läkemedel gjorde distriktssköterskans arbete mer intressant och gav möjligheter att utveckla sig själv. Sehic et al. (2012) skriver om distriktssköterskan inom hemsjukvården som upplever att förskrivningsrätten underlättar det vardagliga arbetet. Distriktssköterskan beskriver en tidsvinst med att förskriva läkemedel själv och att hen då inte behöver kontakta läkaren för mindre åkommor. Sehic et al. (2012) skriver vidare att förskrivningsrätten upplevdes av distriktssköterskan som att professionen stärktes, att professionen fick högre status.

Det finns ytterligare hinder som påverkar om distriktssköterskan förskriver läkemedel eller inte. I en studie av Hall, Noyce och Cantrill (2006) gjordes intervjuer av bland annat

distriktssköterskor i kommunen där det framkom att stöd saknades från läkaren att förskriva läkemedel. Studien visade på att det ibland var enklare för distriktssköterskan att låta läkaren skriva ett recept än att distriktssköterskan förskrev själv. Tung arbetsbörda och tidsbrist beskrevs som andra anledningar till att hen inte ville eller kunde förskriva läkemedel. Självförtroendet hos distriktssköterskan beskrevs minska ju längre tid det gick mellan tillfällena då läkemedel skrevs ut. Gick det för lång tid valde hen att inte förskriva läkemedel alls.

Problemformulering

Förskrivningsrätten infördes i Sverige 1994 med syfte att göra hälso- och sjukvården mer effektiv, framförallt på landsbygden. Socialstyrelsen ger distriktssköterskan behörighet att förskriva vissa läkemedel. Efter genomgång av artiklar framkommer det att det inte finns så mycket forskning inom ämnet förskrivning av läkemedel, framförallt inte inom hemsjukvården. Få studier är gjorda i Sverige och de flesta studierna är gjorda på tidigt 2000-tal.

Tidigare studier visade att distriktssköterskan/sjuksköterskan var positiv till förskrivningsrätten och att den stärkte professionen och kontakten med patienten. Något som distriktssköterskan/sjuksköterskan saknade var fortbildning inom förskrivning av läkemedel samt stöttning av ledningen. Flera studier visade på att distriktssköterskans/sjuksköterskans förskrivningsrätt inte användes till fullo, vilket kunde ha flera olika orsaker.

Antalet patienter som är inskrivna i hemsjukvården ökar kraftigt och fler patienter kräver avancerad sjukvård i hemmet. Distriktssköterskan som arbetar i hemsjukvården med förskrivningsrätt har möjlighet att se patienten, skriva ut läkemedel och göra uppföljning och allt detta sker i patientens hem. Fler studier behövs inom ämnet förskrivning av läkemedel i hemsjukvården för att utveckla och förbättra arbetet kring patienten i hemmet. Om ingen utveckling sker av förskrivningsrätten finns risk att den försvinner från distriktssköterskans ansvarsområde.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av förskrivning av läkemedel inom hemsjukvården.

Metod

Design

För studien har en kvalitativ metod med induktiv ansats använts för att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av förskrivningsrätt. För att nå ett resultat användes intervjuundersökning. Vid induktiv ansats utgår man från det innehåll som framstår ur texten, helheten och kontexten (Polit & Beck, 2012).

Urval

Urvalet till studien bestod av distriktssköterskor som arbetade inom hemsjukvård och som hade erfarenhet av att förskriva läkemedel i hemmet. Till en början begränsades urvalet till en stadsdel i Göteborgs stad och en kranskommun för att få med verksamheter från både storstad och landsbygd. Dock visade det sig vara svårt att få godkännande från enhetschefer samt att få informanter. Urvalet utökades då till sex stadsdelar i Göteborgs stad och två kranskommuner. Stadsdelarnas hemsjukvård valdes utifrån placering från olika sociokulturella områden. Polit och Beck (2012) menar att om urvalet av informanter är spridda från olika platser kan urvalet bidra till att informationen uppvisar mer variation. Av de sex stadsdelarna tackade tre ja till att delta, en tackade nej och två svarade inte. Av kranskommunerna tackade en ja och en svarade inte. Intentionen var att använda strategiskt urval men på grund av svårigheter att få informanter har urvalet skett genom ett bekvämlighetsurval. Enligt Polit och Beck (2012) är detta ett urval som kan ge de mest lättillgängliga personerna som deltagare i en studie.

Inklusionskriterier var att informanten skulle vara utbildad distriktssköterska och ha arbetat inom hemsjukvård minst ett år. Distriktssköterskan skulle även inneha en förskrivarkod och vara behöriga att skriva ut läkemedel. Sjuksköterskor utan specialistsjuksköterskeutbildning med förskrivningsrätt exkluderades. Det blev till slut elva stycken distriktssköterskor som

deltog i intervjuerna från tre stadsdelar och en kranskommun. De distriktssköterskor som intervjuades hade arbetat i hemsjukvården mellan två till trettio år, medianen blev åtta år. Alla var kvinnor i åldern 35 till 63 år, medianen blev 51 år.

Datainsamling

Informationsbrev skickades via mail till verksamhetschefer och enhetschefer i Göteborgs stad samt två kranskommuner inom kommunal hemsjukvård. Påminnelse via mail och telefon gjordes till enhetschefer som inte svarade inom rimlig tid. De som svarade gjorde det skriftligt via mail. Enhetscheferna gav namn på distriktssköterskor som ville delta i intervju och tid bokades med dem. Samtliga informanter fick både skriftlig och muntlig information innan deltagande inklusive forskningspersonsinformation, se bilaga 1.

Semistrukturerade intervjuer gjordes som innebar att en frågeguide användes med öppna frågor. Intervjufrågorna hade ett fokus men informanten fick tala fritt. Intervjuaren började med generella frågor och fortsatte med de mer specifika frågorna riktade mot syftet. Enligt Polit och Beck (2012) är intervjuer lämpliga för att få förståelse av ett fenomen eller situation och att få fram information av värde. Slutna frågor som kan besvaras med endast ja eller nej bör undvikas. Den som intervjuar bör vara en god lyssnare och inte avbryta informanten. Intervjuaren bör heller inte leda in informanten på specifika spår eller ge förslag. När intervjun är klar görs anteckningar direkt efteråt även om intervjun är inspelad på band, detta för att spara all information som kommit fram (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna med distriktssköterskorna gjordes ansikte mot ansikte på respektive informants arbetsplats. Varje intervju spelades in med bandspelare och transkriberades direkt efteråt. Intervjuerna pågick mellan 15-30 minuter, medianen blev 17 minuter.

En provintervju genomfördes för att kontrollera teknisk utrustning men också för att författarna skulle få en känsla för att vara intervjuare. En provintervju ger möjlighet att kontrollera om planerad intervjutid är realistisk men också om val av frågor är relevanta (Tidström & Nyberg, 2012). Denna provintervju som genomfördes användes inte i den

aktuella studien. Frågorna modifierades något efter provintervjun för att undvika slutna svar, var god se bilaga 2.

Analys

För att analysera intervjumaterialet i den här studien har manifest innehållsanalys valts som har sin grund i att beskriva texten. Graneheim och Lundman (2004) skriver att i manifest innehåll är det texten som är det viktiga och som ska studeras för att sedan presenteras i kategorier. Enligt Polit och Beck (2012) är delen, helheten och kontexten primär för innehållsanalys, där den subjektiva upplevelsen ligger till grund. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) skriver att en kvalitativ innehållsanalys fokuserar på texten och att tolkningen av texten kan ske på olika nivåer och används ofta inom omvårdnadsforskning.

Det första steget för att få fram data är att transkribera den inspelade intervjusituationen. Transkriberingen ska återge exakt vad som sagts under intervjun, även ljud som inte är ord. Sedan görs en utskrift. Genom noteringar i texten anges vem som intervjuar och vem som intervjuas (Polit & Beck, 2012). Genom att kategorisera och organisera data börjar själva analysen. Text tas ut från datainsamlingen som svarar på frågeställningen. Dessa texter kallas meningsbärande enheter och de kommer senare att kodas och formuleras till kategorier. Mönster kan också uppstå i texten. Till slut skapas en helhetsbild av det som studeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2012). Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) ska meningsenheterna kondenseras och abstraheras. Med kondensering menas att texten görs kortare men att det centrala innehållet kvarstår. Därefter abstraheras den kondenserade texten, den lyfts upp till en logisk nivå, för att sedan kodas. Kod är en etikett på en meningsenhet som kort beskriver dess innehåll. Koden hjälper till att se på data på ett nytt sätt. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll.

Direkt efter att de aktuella intervjuerna genomfördes transkriberades de för att sedan skrivas ut i pappersformat. Efter transkriberingen raderades det inspelade materialet för att skydda informanternas integritet.

Intervjumaterialet lästes igenom flera gånger av båda författarna för att söka efter likheter och mönster. Meningsbärande enheter lyftes ut som svarade på syftet för studien. Dessa kondenserades och kodades och slutligen framstod kategorier.

En analystabell användes som hjälpmedel för att kunna genomföra alla stegen. Se exempel på analystabell, tabell 1.

Tabell 1.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Man borde kunna förskriva mycket mer med ett lättare system ... känns som stenålder när vi skriver recept... E-recept vill jag gärna ha.	Lättare system att förskriva. Önskar E-recept.	Lättare system.	Administrativa begränsningar
Jag kan känna att jag borde uppgradera mig mer för det händer mycket med saker, vad man får förskriva och det tillkommer säkert nya saker... jag får inte till mig det nya... det ska jag söka själv.	Borde uppgradera sig. Får inte till sig det nya, måste söka det själv.	Uppgradering.	Svårigheter att få fortbildning

Etiska överväganden

Lagen om etikprövning (2003:460) har som utgångspunkt att skydda individen och respektera människovärdet vid forskning. Det är också viktigt att överväga risker och vinster med forskningen. Lagen ger riktlinjer om hur den som ska delta i forskning ska informeras inför ett eventuellt deltagande. Forskningspersonen ska få uppgifter om den övergripande planen, syftet, metoder som kommer att användas, följder och risker som det kan innebära att delta, vem som är huvudman för studien och att deltagandet är frivilligt samt att rätt finns att avbryta när som helst. Lagen (2003:460) säger också att forskningen bara görs om samtycke ges från den som ska delta och samtycket gäller bara om information har givits innan om hur forskningen ska gå till.

Enligt Cöster (2014) är det viktigt att informanternas rättigheter skyddas och de får inte utsättas för fysiska eller psykiska besvär. Även de personuppgifter som kommer fram ska behandlas med största noggrannhet och respekt. Cöster (2014) skriver om den goda viljan att göra en studie för att hjälpa andra men att individens samtycke till att delta i studien inte får glömmas bort. Informantens önskningsar och behov ska komma i första hand.

Den Centrala etikprövningsnämnden (EPN, u.å.) har en blankett för forskningspersonsinformation att följa som tar upp risker och nytta med att delta i en studie. Där framgår att det är viktigt att informera om eventuella risker med att delta i en studie som till exempel förutsägbara känslomässiga effekter. Där anges också att fördelar med att delta i studien ska tas upp.

Informanterna som deltog i denna studie deltog frivilligt och fick både skriftlig och muntlig information om studien samt information om att de hade rätt att avbryta deltagandet. En forskningspersonsinformation gavs till varje deltagare. Några risker med att delta i den här studien kunde inte ses. Information gavs till informanterna om att de kunde höra av sig efteråt om tankar uppkom under intervjun.

Innan intervjuerna gjordes gavs ett godkännande från verksamhetschef och enhetschef i respektive hemsjukvård efter att ett informerande brev skickats till dem. All personlig data som kommit fram under intervjuerna har avidentifierats för att skydda informanterna.

Resultat

Genomgång av intervjuerna och efterföljande analys av textmaterialet resulterade i fem kategorier: Ansvar och självständighet, tidens betydelse, administrativa begränsningar, svårigheter att få fortbildning samt patienten i hemmet.

Ansvar och självständighet

Flera informanter upplever ett ökat ansvar på arbetsplatsen genom förskrivningsrätten, de upplever det som positivt och att det ger en ökad mening till yrkesrollen. Informanterna berättar att de träffar patienten oftare än vad läkaren gör och kan därför lättare se förändringar hos patienten, både positiva och negativa, i behandlingen.

“Det är kul att förskriva... man känner sig stolt att man har möjligheten... det är något utöver det som alla andra kan göra...” (Distriktssköterska nr. 7)

Några informanter önskar en utveckling av förskrivningsrätten, dels för att kunna utöka professionen och dels för att kunna hjälpa patienten ännu mer. Informanterna anger det som en positiv känsla med ett ökat ansvar genom en eventuell utökad förskrivningsrätt.

“ska man vara lite positiv så är det ju så att vi ser patienten väldigt mycket mer än läkaren, det skulle kunna tala för att vi skulle kunna skriva ut fler läkemedel, kanske förnya stående recept.” (Distriktssköterska nr. 9)

“jag skulle vilja att man utvecklade förskrivningsrätten så man kunde arbeta lite mer aktivt, allra helst vi som jobbar med äldre... till exempel smärtstillande och lugnande.” (Distriktssköterska nr. 10)

Informanterna anger vidare en känsla av frihet och att vara självständig i samband med förskrivningsrätten. De förklarar att frihetskänslan är att kunna förskriva till patienten i hemmet själv utan att behöva kontakta läkare.

“det är ju inte läkemedelsförskrivningen i sig som är själva uppgiften som jag ser det utan det är ju att man har kompetens att göra en bedömning, förskrivningsrätten är ju en hjälp bara för att få rätt åtgärd till patienten på ett smidigt sätt, det gör ju att man blir mer självständig.” (Distriktssköterska nr. 4)

”på ett sätt är det en frihet, jag kan ha en diskussion med personal och sedan kan jag säga att det kan jag förskriva, det behöver vi inte ta på rondan, det blir en enkelhet i att kunna göra det själv.” (Distriktssköterska nr. 6)

Det kommer även fram att informanter inte vill förskriva läkemedel till kollegors patienter. De tar upp ansvarsfrågan i detta sammanhang då de förskriver läkemedel till patienter som de inte känner. De ställer sig frågan om vem som ska följa upp insatt behandling och förnyelse av recept.

“man grundar sig ju på vad den sjuksköterskan har sett så jag kan ju inte... det är inte helt självklart alla gånger... det är att man ska skriva ut läkemedel till patienter man inte känner.” (Distriktssköterska nr. 8)

Tidens betydelse

Det framkommer under intervjuerna olika aspekter på tid, den kan vara både positiv och negativ. Informanterna tar upp att förskrivningen är en del av det dagliga arbetet men det finns ingen extra tid avsatt. Distriktssköterskan förskriver allt ifrån någon gång i månaden till flera gånger i veckan. Informanterna tar upp att en av anledningarna till att det tar längre tid är skyldigheterna att följa upp insatt behandling. Förskrivningen av läkemedel kan därmed medföra extra arbetsuppgifter.

Gemensamt för de hemsjukvårdsområden som ingår i studien är att antalet distriktssköterskor är lågt, de är färre i antal än allmänsjuksköterskorna. Detta leder till att distriktssköterskorna ibland får förskriva läkemedel till patienter de inte känner då kollegor önskar få recept skrivna av distriktssköterskan som har förskrivningsrätt. Flera av informanterna nämner det som en belastning som tar tid från det egna arbetet.

“ibland kan det vara en belastning då det inte finns så många distriktssköterskor.”
(Distriktssköterska nr. 8)

Förskrivning av läkemedel i hemmet ses av flera informanter som en tidsvinst både för patienten och för distriktssköterskan. Behandlingen kan påbörjas samma dag istället för att vänta på rondan med läkaren som kan ske upptill några dagar efter besöket. Distriktssköterskan upplever att hen vinner tid när hen är på hembesök hos patienten och kan skriva recept på plats.

“Jag upplevde det som jag underlättade både för läkaren och för patienten, jag underlättade på ett annat sätt även för mig själv, det ger ju mig en tidsvinst att skriva recept när jag är hos patienten... har alltid i väskan.” (Distriktssköterska nr. 9)

Informanter tar också upp en annan synvinkel på detta med fördelningen av tid vid till exempel rondan med läkaren. Informanterna ser ett problem i att läkemedel mot enklare åkommor tas upp på läkarronden istället för att distriktssköterskan förskriver. Det skulle kunna resultera i att distriktssköterskan och läkaren får mer tid att prata om andra viktiga saker runt patienten.

“och vi kan avlasta... jag ser många kollegor ta upp salvor och sånt där, som vi skulle kunna förskriva, på rondan istället för att prata med oss... då skulle man ju kunna ha den tiden till de här lite mer allvarliga sakerna, och där kunna gå ner på djupet.” (Distriktssköterska nr. 11)

Administrativa begränsningar

Sättet att förskriva läkemedel nämner flera av informanterna som ett hinder. Idag arbetar distriktssköterskan med Pascal och/eller pappersrecept vid receptskrivning. Pascal är en webbaserad tjänst för ordination av dosförpackade läkemedel. Möjligheten till att skriva E-recept till de som inte har Pascal saknar flera av distriktssköterskorna som intervjuades. E-recept är en elektronisk receptförskrivning, en tjänst som gör att förskrivaren kan skicka recept till en databas som alla apotek i Sverige har tillgång till. Distriktssköterskan förskriver

istället på pappersrecept så kallade "gult receptblock". Patientens identitetsuppgifter, läkemedlets namn, ordination och hemsjukvårdens kostnadsställe samt förskrivarkod skrivs i detta fall för hand.

"vi förskriver bara i Pascal, vi har inte receptblock, jag fick ett telefonnummer som jag skulle ringa men det försvann i allting annat." (Distriktssköterska nr. 3)

Flera av informanterna pratar om behovet av E-recept för att underlätta förskrivning i hemmet. Kostnad uppges av informanterna som en trolig orsak till varför hemsjukvården inte använder E-recept, det är inte lönsamt då förskrivningen är begränsad.

"Man borde kunna förskriva mycket mer med ett lättare system... känns som stenålder när vi skriver recept... E-recept vill jag gärna ha." (Distriktssköterska nr. 8)

"Pascal funkar ju jättebra... E-recept har ju inte vi och det stoppar ju oss väldigt många gånger." (Distriktssköterska nr. 10)

Informanterna berättar att en del läkemedel i sortimentet för förskrivning sällan eller aldrig används. Många läkemedel går att köpa receptfritt. Det framkom att endast små förpackningar får skrivas ut som leder till ett administrativt merarbete för distriktssköterskan men det blir också besvärligare för patienten.

"oftast skriver jag ut mjukgörande... det ska man egentligen köpa själv... till deras torra hud och de får sår... tillmötesgå patienten." (Distriktssköterska nr. 1)

"skriver man ut kortisonsalva har man anledning till det och kan man ta en liten tub och det är en kraftig människa, som man behöver ganska mycket salva till då blir det lite löjligt att de får springa till apoteket för sådana små tuber som räcker kanske några dagar." (Distriktssköterska nr. 5)

Svårigheter att få fortbildning

Möjligheter till att gå på fortbildning inom förskrivningsrätten skiljer sig mellan olika stadsdelar och kranskommun. Den gemensamma nämnaren för alla informanterna är det upplevda behovet av kontinuerlig fortbildning inom förskrivning av läkemedel. Det som framkommer är avsaknaden av regelbunden uppdatering, likt den som läkaren får. Informanter nämner att det finns ett behov av uppdatering av förskrivningsrätten då till exempel utbudet av läkemedel har förändrats. Uppdatering krävs kring nya läkemedel och dess interaktioner men också naturläkemedels verkan på kroppen.

“Jag kan känna att jag borde uppgradera mig mer för det händer mycket... vad man får förskriva och det tillkommer säkert nya saker... jag får inte till mig det nya... det ska jag söka själv.” (Distriktssköterska nr. 8)

Ansvar för att uppdatera sig upplever många av informanterna ligger hos dem själva. Några informanter svarar att de söker kunskap på egen hand genom internetsidorna Google eller FASS, en informant berättar även att hen går kurser om läkemedel utanför arbetstid. Tid tas upp som ett argument för att inte hinna uppdatera sig kring vilka läkemedel som får förskrivas och hur de påverkar patienten. Flera av informanterna anser att det är ledningens ansvar att ge distriktssköterskan fortbildning men även möjliggöra att få uppdatering om vad som får förskrivas. Önskemål kommer även fram om uppdatering kring hur recept skrivs på “gula lappar” eller i Pascal.

“så förväntades det sig att jag visste hur man gjorde, så jag fick lära mig hur man gjorde, jag frågade lite folk och jag lärde mig hur man gjorde.” (Distriktssköterska nr. 1)

Känslan av att känna trygghet på arbetsplatsen och kunna erbjuda god och säker vård till patienten i hemmet upplevdes av några informanter som beroende av uppdatering och fortbildning.

“skulle gärna vilja få en uppdatering kring förskrivning och framförallt farmakologin, jag skulle också vilja ha information om nya läkemedel och om det finns nya rön... vi behöver

alltid uppdatering... jag tycker det ligger ett ansvar hos min arbetsgivare.”
(Distriktssköterska nr. 9)

“ibland blir man osäker på vad man får förskriva.” (Distriktssköterska nr. 1)

“Om man ska tänka sig att man ska vidga det så vill det ju verkligen till att vi också får tid till det, inte som det är nu att det ska göras bara lite sådär halvt om halvt.” (Distriktssköterska nr. 11)

Det nämns i intervjuerna en tanke om att det kan finnas en skillnad i kunskap och fortbildning angående läkemedel om hemsjukvården tillhör landstinget eller kommunen.

“det är tragiskt att säga det, men fy fasen för ädel, vi skulle tillhört regionen där kunskapen finns.” (Distriktssköterska nr. 3)

Patienten i hemmet

Informanterna beskriver upplevelsen av att förskriva läkemedel till patienten i hemmet som bara positivt. De beskriver att de är nära patienten, de ser patienten och gör en bedömning. Distriktssköterskan upplever en kontinuitet som underlättar hens arbete genom en regelbunden kontakt med patienten i hemmet där patientens behov uppmärksammas lättare. Det görs en bedömning, eventuell ordination ges och sedan uppföljning, detta gör att patienten får ett ökat förtroende för distriktssköterskan.

Det framkommer också i intervjuerna att informanterna upplever att de kommer närmare patienten och får kunskap om patienten och det upplevda behovet. De lär känna patienterna och dess närstående. Genom upplevelsen av att ha kunskap om patientens behov menar informanterna att de känner sig tryggare att förskriva.

“vi är ju mer nära patienten... så vi ser dem och har en regelbunden kontakt vilket gör att vi är ganska bra på att se behovet.” (Distriktssköterska nr. 6)

“för jag är ju mest hos patienten, jag är först hos patienten... man får bättre förtroende och de förlitar sig på en.” (Distriktssköterska nr. 5)

“det är jag som förskriver, jag vet att det här kan jag bedöma och känna mig trygg i, det är jag som ser patienten.” (Distriktssköterska nr. 3)

“så förskriver jag mycket till mina patienter, som jag känner väl.” (Distriktssköterska nr. 9)

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna har valt en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer för att få distriktssköterskan att prata mycket och så fritt som möjligt kring ämnet förskrivningsrätt inom hemsjukvård. Intervjuerna hade öppna frågor med följdfrågor. Följdfrågorna varierade beroende på de olika svar författarna fick. En intervjuguide användes för att få informanterna att svara på studiens syfte och problemområde. Författarna kunde märka ett mönster då följdfrågorna förändrades för varje intervju. Lärdomar och information gavs från varje intervju och togs med till nästa intervju. Induktiv ansats med manifest analys valdes för att beskriva det som kom fram i texten. Det kan vara svårt att inte göra egna tolkningar men utgångspunkten har varit att bära fram informanternas ord. Författarna till studien tror inte att en enkätundersökning skulle gett lika uttömmande svar och möjligheterna till spontana följdfrågor skulle begränsats.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är den som intervjuar en del av den text som kommer fram under intervjun. Studiens resultat kan alltså vara beroende av den som utför intervjun. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) tar också upp att resultatet kan påverkas av hur många som intervjuade och att de kan ställa olika följdfrågor beroende på vem som intervjuar men det kan också ge större variation i svaren.

Varje intervju planerades att ta cirka 30 minuter men det visade sig att medianen blev 17 minuter. De planerade sex intervjuerna blev svårare än väntat att få tillgång till. Detta bidrog

till att antalet tillfrågade stadsdelar och kranskommuner utökades från två till åtta hemsjukvårdsområden. I och med en utökad sökning av informanter bidrog det till ett större gensvar och därmed fler informanter som deltog. Alla informanter som deltog var kvinnor vilket inte var författarnas avsikt, målet med studien var oberoende av kön. Alla intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats och genomfördes i de flesta fall utan avbrott. Vid några tillfällen förekom det störningar i form av telefonsamtal och det kan ha påverkat både intervjuarens och informantens uppmärksamhet. Författarna försökte undvika ledande följdfrågor under intervjun för att inte påverka svaren, detta visade sig vara svårt då båda författarna har erfarenhet av hemsjukvård. En svaghet i studien kan ha varit att författarna inte har någon tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer. Författarna har genom hela studiens gång arbetat noggrant, strategiskt och reflekterande, detta för att resultatet inte skulle påverkas av författarnas ovana av intervju som metod eller tidigare förförståelse. Författarnas förförståelse kan också vara positiv för studien då förståelse finns om olika situationer som kan påverka distriktssköterskans val vid förskrivning av läkemedel.

Då författarna tidigare träffat några av informanterna valde författarna att intervju dem som hen tidigare inte träffat för att undvika påverkan på de svar som gavs av informanterna.

För att lyfta fram informanternas beskrivningar av sina erfarenheter användes analystabell som hjälpmedel att se meningsbärande enheter som till slut gav kategorier. Subkategorier kunde inte fås fram då det var svårt att få fram flera nivåer. Kategorierna som utmärkte sig var starka i sig själva och behövde inte belysas med subkategorier.

För att den som läser studien ska kunna bedöma giltigheten för en kvalitativ studie med intervjuer kan de som gör studien använda citat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna har valt ut beskrivande citat för studien för att förstärka det som kom fram i intervjuerna och analysen.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av förskrivning av läkemedel inom hemsjukvården. Resultatet av studien visar att förskrivningsrätten används allt ifrån flera gånger i veckan till någon gång i månaden. I analysen framkom både positiva och negativa faktorer som påverkar distriktssköterskans erfarenhet. Bland annat nämns tidsbrist, avsaknad av E-recept men också en känsla av ökat ansvar och självständighet. Genomgående från alla informanter i studien är en önskan om fortbildning och/eller uppdatering inom förskrivningsrätten. Fem kategorier framkom genom analysen: Ansvar och självständighet, tidens betydelse, svårigheter att få fortbildning, administrativa begränsningar och patienten i hemmet.

Resultatet av studien visar på en variation av önskningar kring förskrivningsrättens utveckling. En del anser att distriktssköterskan inte ska förskriva mer eller utöka antalet läkemedel utan är nöjda som det är idag. Andra informanter anser att förskrivningsrätten kan utökas men att det kräver mer tid, fortbildning och uppdatering. En risk med begränsad förskrivningsrätt kan vara att lärdomar inte bevaras och fortsatt utveckling inte sker. While och Biggs (2003) bekräftar i sin studie att distriktssköterskan önskar förskriva fler läkemedel och det begränsade utbudet anser de utgör ett hinder att förskriva.

Författarna till studien tror att frekvensen av förskrivna läkemedel skulle öka om distriktssköterskan fick en utökad förskrivningsrätt. En utökad förskrivningsrätt framförallt inom hemsjukvården skulle gagna patienten men också samarbetet mellan vårdcentral och sjukhus. Helhetssynen för patienten skulle öka och onödiga resor till lasarettet skulle kunna undvikas.

Resultatet av aktuell studie visar att förskrivningsrätten ger fördelar för distriktssköterskans yrkesroll där en upplevelse av frihet och självständighet förstärks genom att kunna ge patienten behandling på plats i hemmet utan att behöva kontakta läkare. Känsla av frihet och självständighet samt ett ökat självförtroende i samband med förskrivningsrätten kan göra distriktssköterskans arbete mer utvecklande och kan stärka den egna självbilden och yrkesrollen. Bradley och Nolan (2007) skriver i sin studie om att förskrivningsrätten ökar

självkänslan och upplevelsen av självständighet. Den ger också möjlighet att ge en mer sammanhängande vård med helhetssyn till patienten.

Cousins och Donnell (2011) tar upp i sin studie att förskrivningsrätten kan ge både fördelar och nackdelar. Nackdelar som nämns är upplevelsen av ökade krav från kollegor att skriva ut läkemedel men även att tiden inte räcker till att göra bedömning och uppföljning. Författarna upplever att tiden inte har ökats i samband med att arbetsuppgifterna blivit fler sedan förskrivningsrätten sattes in. Då det endast finns ett fåtal distriktssköterskor med förskrivningsrätt på varje arbetsplats i hemsjukvården får de distriktssköterskor som finns en ökad arbetsbelastning när de ska skriva ut läkemedel till kollegor utan förskrivningsrätt. Författarna till studien kan se en nackdel med att förskriva till andra då patientsäkerheten kan påverkas. Risk finns även att distriktssköterskan förskriver mot sin vilja för att vara till lags.

Fördelarna enligt Cousins och Donnell (2011) är att tid inte behöver läggas på att fråga läkare om recept utan det kan ges till patienten direkt samt uppföljning och avslutning av behandling kan göras av sjuksköterskan. Aktuell studie visar på en tidsvinst om distriktssköterskan skriver ut läkemedel själv och författarna ser möjligheter till att tiden kan omfördelas från läkarrond till mer tid hos patienten i hemmet.

I analysen framkommer det att det finns distriktssköterskor som är villiga att ta mer medicinskt ansvar, förskriva mer läkemedel, om de får rätt fortbildning. Alla informanterna pratade om vikten av kontinuerlig fortbildning, en utbildning de blir kallade till och inte behöver initiera själva. Cousins och Donnell (2011) beskriver en oro hos informanterna om att en formell uppdatering inom förskrivningsrätten saknas vilket är grundläggande om den kliniska kunskapen ska bevaras.

Författarna ser i resultat av intervjuerna att förskrivningsrätten inte används till fullo och att distriktssköterskan skriver ut samma preparat idag som vid tidigare utredning som gjordes av Socialstyrelsen (2004). För att komma vidare och utveckla förskrivningsrätten behöver distriktssköterskan bli sedd av kollegor och ledning för att stärka sin roll som förskrivare. Regelbunden uppdatering och fortbildning behövs för att känna trygghet och engagemang i förskrivning av läkemedel. Brist på fortbildning och uppdatering inom förskrivningsrätten kan

leda till ett dåligt självförtroende och att läkemedel inte skrivs ut, det är lättare att lämna över ärendet till läkaren. Kroezen et al. (2014) uppger i sin studie problemet med osäkerhet i att förskriva läkemedel på grund av upplevelse av otillräcklig kunskap.

En synvinkel på bristen av fortbildning är att hemsjukvården tillhör kommunen. Enligt några informanter finns kunskapen inom landstinget/regionen. Författarna till denna studie ser att detta är ett angeläget problem med avsaknad av fortbildning och uppdatering som måste utredas och förändras för att en positiv utveckling ska ske. Apoteket kan vara en aktör för information om läkemedel. Även ett ökat samarbete med distriktssköterskan på vårdcentralen kan ge fortbildning och uppdatering inom förskrivningsrätten. Hopia, Karhunen och Heikkilä (2016) visar också samma synpunkter om fortbildning i sin studie om att ledningen behöver investera i fortbildning och att stötta distriktssköterskorna i deras roller som förskrivare av läkemedel.

För att distriktssköterskan ska kunna förskriva läkemedel finns idag datasystem (Pascal) men också "gula lappar", receptblock, som används inom hemsjukvården. Det framkom under resultatet att det inte är möjligt att förskriva i datasystemet till alla patienter och att det ansågs som ett problem. Alla patienter är inte registrerade i Pascal. En önskan från många informanter var att få tillgång till E-recept, som används av läkare men också av distriktssköterskan på vårdcentral. Orsaken till varför inte E-recept används kan man spekulera i, en kostnadsfråga kan vara en orsak. Sehic et al. (2012) skriver redan 2012 i sin studie att distriktssköterskorna önskar kunna skicka elektroniska recept istället för att använda receptblock och detta skulle underlätta läkemedelsförskrivningen. Författarna ställer sig frågan varför en utveckling inte har skett av tillvägagångssättet för hur recept skrivs, gult receptblock används fortfarande regelbundet. Vill de ansvariga för förskrivningsrätten inte se en utveckling? Om inte en förändring sker inom en snar framtid kan förskrivning av läkemedel minska ännu mer på grund av administrativa svårigheter.

Det kan vara svårigheter att få tillgång till patientens läkemedelsjournal om inte patienten är registrerad i Pascal där en samlad läkemedelslista finns. För att distriktssköterskan ska känna sig säker på att skriva ut rätt läkemedel och kunna se interaktioner behövs tillgång till

läkemedelslista och journalen. En bärbar dator kan underlätta administrationen som i sin tur leder till ökad patientsäkerhet, hen får tillgång journalen som gör det lättare att ta beslut om behandling eller inte. Hall et al. (2005) beskriver i sin studie att brist på patientens journal kan vara ett hinder för att skriva ut läkemedel.

Ett av de stora indikationsområden som distriktssköterskan förskriver inom är huden. En mindre förändring av förskrivningsrätten skulle kunna vara att ändra på förpackningsstorleken, istället för att skriva ut tio små förpackningar kan en förpackning skrivas ut. I aktuell studie ses ett hinder där styrkor och storlekar på förpackningar är för små och det leder till att förskrivningen lämnas över till läkaren. En ändring av förskrivningsrätten skulle leda till tidsvinst men också färre besök på apoteket för patienten. While och Biggs (2004) bekräftar i sin studie att distriktssköterskan upplever det negativt att de läkemedel som får skrivas ut är begränsade.

När distriktssköterskan möter patienten i hemmet kan patient och distriktssköterska tillsammans komma fram till vilken behandling som passar bäst. Om ett läkemedel ska skrivas ut kan för- och nackdelar ses utifrån patientens perspektiv, där uppföljning och utvärdering görs kontinuerligt. Enligt Ekman et al. (2011) är det viktigt att skapa partnerskap mellan vårdare och patient för att uppnå de mål med vården som är satta tillsammans. Bradley och Nolan (2007) beskriver hur distriktssköterskan kan vara med från början till slut i patientens behandling och ge en helhetsvård. Distriktssköterskan har möjligheter att snabbt se eventuella biverkningar och ändra dosering eller behandlingsform. Fokus kan läggas på patienten och inte på att försöka få tag i en läkare som kan skriva recept som istället kan göras av distriktssköterskan.

Öresland et al. (2008) skriver i sin studie att då vården sker i patientens hem blir patienten en del av omvårdnaden eftersom det sker på en plats som ägs av patienten. Distriktssköterskan blir en gäst i patientens hem och det blir som en inträdesbiljett och öppnar upp för förtroende och närhet som kan skapa goda förutsättningar för en god vård. Författarna menar att när distriktssköterskan återkommer till samma patient för utvärdering av sin insatta behandling gör det att förtroendet ökar och att patienten kan våga berätta om sina besvär. Informanterna

berättar om att kontinuitet kan göra att patientberättelsen kommer fram och att förtroendet ökar mellan distriktssköterska och patient. Ekman och Norberg (2015) skriver om patientberättelsen som en av hörnstenarna i personcentrerad vård och att patienten inte alltid berättar sin berättelse vid ett tillfälle utan kan komma allt eftersom.

Det tar tid för distriktssköterskan att bygga upp en relation med patienten som skapar förtroende, den tiden kan saknas idag. Tiden behövs för att kunna göra en säker bedömning när läkemedel ska skrivas ut. Det är viktigt att ledningen skapar förutsättningar så att distriktssköterskan kan arbeta med förskrivningsrätten där personcentrerad vård är i fokus.

För att distriktssköterskan ska kunna utföra sitt uppdrag bör förutsättningar ges annars kan distriktssköterskan välja bort den viktiga del som förskrivningsrätten är.

Klinisk implikation

Efter att sammanfattning och reflektion gjorts av resultatet av aktuell studie och jämförelse gjorts med tidigare forskning upplever författarna att förskrivningsrätten inte har utvecklats eller uppdaterats. Distriktssköterskan har idéer och tankar om hur utvecklingen skulle kunna vara men de önskar få tid och stöd från ledningen. Framtida lösningar kan ligga i teknik, kanske en applikation i en smartphone där REKlistan finns och som ger uppdateringar regelbundet.

Författarna till aktuell studie kan tänka sig en framtida studie där intervjuer med enhetschefer skulle vara intressant och belysande, för att få deras syn på tid, stöd och fortbildning inom förskrivningsrätten.

Personcentrerad vård med hemsjukvården som arena är en viktig del i patientens helhetsvård där förskrivningsrätten kan komma till sin rätt och tas till vara ännu mer. I hemsjukvården kan förskrivning av läkemedel gagna både patienten och närstående och bidra till utveckling av distriktssköterskans yrkesroll.

Slutsats

Fördelar med förskrivningsrätten i hemsjukvården är att distriktssköterskor som träffar patienten kontinuerligt har möjlighet att bedöma behovet, ordinera läkemedel och följa upp insatt behandling genom att de träffar patienten regelbundet i hemmet. Informanterna uttrycker alla ett stort behov av fortbildning och uppdatering för att kunna känna säkerhet vid förskrivning av läkemedel. Det finns också en önskan om en utveckling av förskrivningsrätten och behov av att förenkla metoderna för att skriva recept.

Studiens resultat kan användas som hjälpmedel att informera enhetschefer och beslutsfattare om vikten av fortbildning inom förskrivning av läkemedel. Författarna anser att det är viktigt att ämnet förskrivningsrätt hålls vid liv och prioriteras. Vi vill inte se att förskrivningsrätten dör ut.

Referenslista

- Bradley, E., & Nolan, P. (2007). Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 59(2), 120-128. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04295.x
- Courtenay, M., Carey, N., & Burke, J. (2006). Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2007), 1093-1101.
doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2006.04.005
- Cousins, R., & Donnell, C. (2011). Nurse prescribing in general practice: a qualitative study of job satisfaction and work-related stress. *Family Practice - The International Journal for Research in Primary Care*, 29, 223-227. doi:10.1093/fampra/cmr077
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet - vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Distriktssköterskans uppdrag. (u.å.). Riksföreningen för distriktssköterskor, Fammi, Vårdförbundet. Hämtad 170905 från <https://old.liu.se/medfak/ssk/distriktsskoterska/hogerspalt/1.66513/uppdrag.pdf>

- Downer, F., & Shepherd, C. K. (2010). District nurses prescribing as nurse independent prescribers. *British Journal of Community Nursing* 15(7), 348-352.
doi:10.12968/bjcn.2010.15.7.48774
- Dudas, K., Kaczynski, J., & Olsson, L-E. (2014). Implementering av personcentrerad vård i slutenvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s.172-199). Stockholm: Liber.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2015). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-61). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Emanuelsson, A., & Wendt, R. (Red.). (1994). *I folkhälsans tjänst. Sju decennier med distriktssköterskan*. Stockholm: Vårdförbundet, SHSTF. FoU Rapport 43.
- EPN, Centrala etikprövningsnämnden. (u.å.). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 170918 från <http://www.epn.se/start/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Hall, J., Cantrill, J., & Noyce, P. (2006). Why don't trained community nurse prescribers prescribe? *Journal of Clinical Nursing, 15*, 403-412. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01227.x
- Hopia, H., Karhunen, A., & Heikkilä, J. (2016). Growth of nurse prescribing competence: facilitators and barriers during education. *Journal of Clinical Nursing, 26*, 3164-3173. doi:10.1111/jocn.13665
- Josefsson, K., & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s. 15-35). Lund: Studentlitteratur.
- Kroezen, M., de Veer, A., Francke, A., Groenewegen, P., & van Dijk, L. (2014). Changes in nurses' views and practices concerning nurse prescribing between 2006 and 2012: results from two national surveys. *Journal of Advanced Nursing, 70*(11), 2550-2561. doi:10.1111/jan.12404
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Luker, K.A., & McHugh, G.A. (2002). Nurse prescribing from the community nurse's perspective. *The International Journal of Pharmacy Practice, 10*, 273-80. doi: 10.1211/096176702776868433

Polit, D.F., & Tantano Beck, C. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. uppl). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Prop. 1990/91:14. *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.*
Tillgänglig: <http://data.riksdagen.se/dokument/GE0314>

Santamäki Fischer, R. (2010). Att samla in och använda livsberättelser - teorier och metoder. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 39-49). Lund: Studentlitteratur.

Sehic, S., Lindqvist, K., & Drevenhorn, E. (2012.) Distriktssköterskans upplevelse av förskrivningsrätten. *Vård i Norden*, 32(104), 30-35

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

Socialdepartementet. (2010). *En nationell samordnare för hemsjukvård*. Hämtad 170912 från <http://data.riksdagen.se/dokument/GYB171.html>

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016*. Hämtad 170911 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-5-3>

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige*. Hämtad 170905 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-59>

Socialstyrelsen. (2004). *Uppföljning av förskrivningsrätten för sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården*. Hämtad 170926 från <http://docplayer.se/3533963-Uppfoljning-av-forskrivningsratten-for-sjukskoterskor-i-den-kommunala-halso-och-sjukvarden.html>

SOSFS 2001:16. Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 170904 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-10-16>

SOSFS 2015:7. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 170904 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-47>

SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor. Hämtad 170904 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>

- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Ingen på sjukhus i onödan. Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Tidström, A., & Nyberg, R. (2012). Beskriv material och metoder. I R. Nyberg, & A. Tidström (Red.). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar* (s. 115-138). Lund: Studentlitteratur.
- Wendt, R. (1994). Självständig och subordinerad. I A. Emanuelsson, & R. Wendt (Red.), *I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan* (s.185-215). Stockholm: Vårdförbundet, SHSTF. FoU Rapport 43.
- While, A. E., & Biggs, K. S. M. (2003). Benefits and challenges of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* 45(6), 559-567. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02948.x
- Wilhelmsson, S., & Foldevi, M. (2003). Exploring views on Swedish district nurses` prescribing - a focus group study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 643-650. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00716.x
- Wolf, A, & Carlström, E. (2014). Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård - ledarskap, medarbetarskap och organisation. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s.113-128). Stockholm: Liber.

Öresland, S. (2010). Sjuksköterskor går på visit - aspekter på hembesök, etik och genus. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s. 37-51). Lund: Studentlitteratur.

Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Winther Jörgensen, M., & Lützén, K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing Ethics* 15(3). doi: 10.1177/0969733007088361

Bilaga 1.



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Bakgrund och syfte

Vi är två blivande distriktssköterskor som under hösten 2017 skriver ett examensarbete om förskrivning av läkemedel. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av att förskriva läkemedel inom hemsjukvården. Bakgrunden till studien är att beskriva om förskrivningsrätten av läkemedel används och på vilket sätt. Används förskrivningsrätten till fullo? Finns förbättringspotential?

Förfrågan om deltagande

Vi har valt att intervjua distriktssköterskor som arbetar inom hemsjukvården i Göteborgs Stad samt kranskommuner. Vi har fått Ditt namn via Din enhetschef i hemsjukvården.

Hur går studien till

Intervjun kommer att ske vid ett tillfälle och ansikte mot ansikte. Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter. Frågor kommer ställas som berör Din erfarenhet av hur förskrivningsrätten av läkemedel används. Intervjun kommer att ske på Din arbetsplats och under arbetstid. Intervjumaterialet kommer att transkriberas och analyseras genom en kvalitativ metod. Resultatet kommer sammanställas under hösten 2017 och presenteras i en magisteruppsats som en del av distriktssköterskeutbildningen, Göteborgs Universitet. Intervjun kommer inte innebära förlorad arbetsinkomst.

Vilka är riskerna?

Vi kan inte se några risker med att delta i studien. Om tankar kommer upp under intervjun som Du vill prata om efteråt kan Du kontakta oss på nedanstående mailadresser.

Finns det några fördelar?

Du har möjlighet att göra din röst hörd genom att delta i studien.

Hantering av data och sekretess

All information kommer att kodas och kommer inte att kunna härledas till person. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Uppsatsen arkiveras på Göteborgs universitet men intervjumaterialet kommer inte att sparas.

Hur fås information om studiens resultat?

Om Du önskar kan vi maila examensarbetet med innehållande resultat till dig efter att det har färdigställts.

Frivillighet

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta under arbetets gång och orsak behöver inte anges.

Ansvariga

Forskningshuvudman och personuppgiftsansvarig: Göteborgs universitet.

Student: Anna Johansson
gusjanna85@student.gu.se

Student: Karolina Karlborg–Cepeda
guskarlbka@student.gu.se

Handledare: Helene Berglund, Universitetslektor
Helene.berglund@fhs.gu.se

Telefon: 031-7866107

Bilaga 2.



Intervjuguide.

Kön: Kvinna/man?

Ålder:

1. Hur länge har Du arbetat som distriktssköterska inom
hemsjukvården?
2. Hur ofta förskriver Du läkemedel?
3. Vilka erfarenheter har Du som distriktssköterska av att förskriva
läkemedel?
 - Fördelar
 - Nackdelar
4. Hur påverkar förskrivningsrätten samverkan med andra
professioner?
 - Ledningen?
5. Finns tillgång till fortbildning inom förskrivningsrätten?
 - Om ja hur används den?
 - Om nej hur skulle Du önska att det var?
6. Hur ser Du på framtiden för förskrivning av läkemedel?