



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

LÄKEMEDELSDELEGERING

En välkommen eller påtvingad uppgift?

Therese Lindskog
Alexandra Riski Wiklund

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Elisabeth Hansson Olofsson

Titel svensk:	Läkemedelsdelegering – en välkommen eller påtvingad uppgift?
Titel engelsk:	Drug delegation - a welcomed or forced task?
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Elisabeth Hansson Olofsson
Nyckelord:	läkemedelsdelegering, läkemedelsadministration, omsorgspersonal, hemtjänst, hemsjukvård

Sammanfattning

Bakgrund: Befolkningen blir allt äldre och medellivslängden förväntas fortsätta öka. Med stigande ålder ökar förekomsten av multisjuklighet och läkemedelsanvändning, vilket ökar kraven på hälso- och sjukvård samt omsorg. Om den äldre inte kan sköta medicineringen själv hemma krävs ofta insats från kommunal hälso- och sjukvård. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det vanligt förekommande att distriktssköterskan delegerar läkemedelshantering till omsorgspersonalen, vilka saknar den formella kompetensen för uppgiften. En god samverkan kring läkemedelsdelegering är avgörande för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Syfte: Att beskriva omsorgspersonalens upplevelser av att arbeta med läkemedelsdelegering inom äldreomsorg i ordinärt boende.

Metod: Datainsamlingen skedde genom sju inspelade semistrukturerade intervjuer med personal som arbetade inom kommunal omsorg. Manifest innehållsanalys gjordes.

Resultat: Omsorgspersonalen kände sig i de flesta fall trygga med att hantera läkemedel, men upplevde ibland att de fick ta för stort ansvar och att läkemedelsdelegering var ett krav för att kunna arbeta. Delegeringsutbildningen och den årliga delegeringsuppföljningen uppfattades på olika sätt beroende på vilken utbildning som användes och hur den genomfördes. De flesta upplevde att de saknade kunskap om olika läkemedel, symtom och biverkningar och uttryckte att de ville ha mer av det i utbildningen. Omsorgspersonalen upplevde att kommunikationen med sjuksköterskan i de flesta fall fungerade väl och att de fick stöd när de kände sig osäkra.

Slutsats: Verksamheten ställer krav på att omsorgspersonalen ska ha en läkemedelsdelegering, vilket ibland strider mot befintligt regelverk. Samtidigt brister utbildningen både i utförande och innehåll vilket kan leda till att omsorgspersonalen inte kan identifiera symtom och biverkningar. Resultatet i studien kan användas som underlag för att förbättra delegeringsutbildningens utformning.

Nyckelord: läkemedelsdelegering, läkemedelsadministrering, omsorgspersonal, hemtjänst, hemsjukvård

Abstract

Background: The population is getting older and the life expectancy is expected to increase. With increasing age, the incidence of comorbidity and drug use increases, which places great demands on healthcare and care. If the elderly can not handle their medication at home, municipal health care can give assistance. In the municipal health care sector, it is common for the district nurse to delegate drug administration to carers, who lack the formal competence for the task. To maintain a good patient safety, it is crucial that cooperation on drug delegation works well.

Aim: To describe the carers experience of working with drug delegation in elderly care in ordinary accommodation.

Method: Data collection took place by performing seven recorded semi-structured interviews with carers working in municipal care. Manifest content analysis was used.

Results: Carers in most cases feel safe in managing drugs, but sometimes they felt they were taking too much responsibility and that drug delegation was a requirement to be able to work. Delegation training and the annual delegation follow-up were perceived differently depending on the training used and how it was implemented and most perceived that they lacked knowledge about different drugs, symptoms and side effects, and expressed that they wanted more of it in the education. Carers experienced that communication with the nurse in most cases worked well and that they were supported when they felt unsafe.

Conclusion: The organisation requires carers to have a drug delegation, which sometimes violates specific rules. At the same time, education is lacking both in performance and content, which causes carers to not identify symptoms and side effects. The results of the study can be used as a basis for improving the design of delegation education.

Keywords: drug delegation, drug administration, carers, home care, home health care

Förord

Vi vill börja med att tacka alla informanter som delade med sig av sina upplevelser och på så sätt bidrog till ökad kunskap inom området.

Vi vill rikta ett tack till vår handledare, Helene Berglund, för att på ett pedagogiskt och ödmjukt sätt guidat oss genom arbetets alla delar.

Våra makar har givit oss både ett akademiskt och språkligt stöd och förtjänar ett stort tack.

Sist men inte minst vill vi tacka varandra för att på ett ömsesidigt sätt delgett varandra kunskap och vänskap genom arbetets både svåra och glädjefyllda delar.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Demografiska förändringar	1
Hemsjukvård	2
Kommunal omsorg	2
Strukturella förändringar i hälso- och sjukvård samt omsorg.....	3
Egenvård och delegering.....	4
Läkemedel	6
Tidigare forskning	7
Teoretisk referensram	8
Kommunikation	8
Säker vård.....	10
Problemformulering	11
Syfte.....	12
Metod.....	12
Design	12
Urval	12
Datainsamling.....	14
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden.....	15
Resultat	16
Upplevelser av delegeringsutbildningen.....	17
Utbildningens innehåll	17
Kontroll och uppföljning	18
Organisatoriska faktorer.....	18
Organisatoriska krav	18
Rutiners inverkan	19
Teknikens möjligheter och hinder.....	19
Samverkan.....	20
Trygghet och stöd från sjuksköterskan.....	20

Interaktion med sjuksköterskan är personberoende	20
Ansvarsfylld uppgift	20
Ansvarstagande	20
Brist på ansvar.....	21
Diskussion.....	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	23
Upplevelser av delegeringsutbildningen	23
Organisatoriska faktorer	24
Samverkan	25
Ansvarsfylld uppgift.....	26
Slutsats.....	26
Referenslista.....	28
Bilagor	33
1, Forskningspersonsinformation	33
2. Intervjuguide.....	35

Inledning

Befolkningen blir allt äldre och medellivslängden förväntas fortsätta öka vilket ställer stora krav på hälso- och sjukvård samt omsorg. Med stigande ålder ökar förekomst av kroniska sjukdomar. Utveckling av läkemedel har lett till att fler sjukdomar går att behandla vilket har inneburit att läkemedelsanvändningen hos de äldre har ökat påtagligt.

Fler äldre bor kvar i sitt hem med insats från socialtjänsten. Om den äldre är oförmögen att sköta sin medicinering själv krävs det ofta insats från den kommunala hälso- och sjukvården, så kallad hemsjukvård. Där är det vanligt förekommande att distriktssköterskan delegerar läkemedelshantering till personal inom den kommunala omsorgen. Omsorgspersonal som delegeras är antingen vårdbiträde eller undersköterska vilka saknar den formella kompetensen att hantera läkemedel men kan bedömas att besitta den reella kompetensen att exempelvis administrera läkemedel.

På grund av att det sker många avvikelser kring hantering av läkemedel inom hemsjukvården har Socialstyrelsen sedan januari 2018 skärpt reglerna kring kunskapen hos den som mottager läkemedelsdelegering. En ökad satsning har gjorts på utbildning av läkemedel och äldre, bland annat har Sveriges kommuner och landsting (SKL) utformat en webbaserad utbildning riktad till omsorgspersonal.

Det finns begränsad forskning kring omsorgspersonalens upplevelser av att arbeta med läkemedelsdelegerade uppgifter, distriktssköterskans upplevelse är lite mer studerad. Vi har valt att göra en kvalitativ intervjustudie med omsorgspersonalen. De informanter som deltog i studien benämnde sjuksköterskan utan specialistkompetens, därför benämns sjuksköterskan på samma sätt i vissa delar av studien.

Bakgrund

Demografiska förändringar

Dagens hälso- och sjukvård samt omsorg står inför stora utmaningar. Befolkningen i Sverige blir allt äldre, vilket de senaste åren berott på minskad dödlighet efter 65 år. Fler sjukdomar går att bota och den svenska sjukvården har en låg åtgärdbar dödlighet vilket tyder på en effektiv vårdapparat. Svenskar har också fler förväntade friska levnadsår jämfört med övriga länder i EU. Medellivslängden i Sverige, som är bland de högsta i EU, låg på 82,3 år 2015. Den har ökat nästan varje år från 1960 till 2015 och fram till och 2050 beräknas antalet personer som är 75 år eller äldre ha fördubblats. Åldersförsörjningskvoten, vilket beskrivs som andelen personer i åldern 65 eller äldre jämfört med andelen personer i arbetsför ålder är i Sverige en av de högsta i EU. I Sverige förväntas den öka mindre jämfört med andra EU-länder fram till 2060 på grund av högre födelsetal och större invandring (1).

En befolkning med hög medelålder medför sannolikt att det finns fler äldre personer med behov av hälso- och sjukvård samt omsorg. För att möta det växande behovet krävs

anpassning av verksamheterna (2). Vad det gäller kostnaden för verksamheterna till de äldre avsattes år 2015 i Sverige 3,2 procent av BNP, vilket är näst mest av OECD-länderna efter Nederländerna (3). Förekomst av kronisk sjukdom ökar med stigande ålder och multisjuklighet, vilket avser existensen av flera kroniska sjukdomar hos en individ, ökar markant med stigande ålder (4). Av de som är 77 år eller äldre har 55 procent två eller fler kroniska sjukdomar (5).

Hemsjukvård

Med kommunal hälso- och sjukvård avses den hälso- och sjukvård som kommunen ger i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunen ansvarar enligt kap. 12, §1-2 *hälso- och sjukvårdslag* (2017:30) för hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre, dagverksamhet och ordinärt boende (6). Med särskilt boende för äldre avses boende som erbjuder heldygnsvistelse med vård- och omsorgsinsatser för äldre personer i behov av särskilt stöd. Med ordinärt boende avses boende som inte faller under termen särskilt boende (7). Socialstyrelsens definition av hemsjukvård är vård som ges i hemmet sammanhängande över tid. För att kommunen ska kunna erbjuda hemsjukvård brukar två principer tillämpas; dels att behovet av sjukvård förväntas pågå mer än 14 dagar och dels tröskelprincipen, vilket innebär att patienten funktionsmässigt har svårt att ta sig till vårdcentralen (8). Majoriteten av de som får insatser från hemsjukvården är 65 år eller äldre (9).

I samband med ädelreformen 1992 blev det möjligt för landstinget eller regionen att överlåta hemsjukvården till kommunen genom avtal, vilket följer av kap. 14, § 1 *hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30) (6, 8). I stort sett alla Sveriges kommuner, utom några i Stockholms län, har övertagit ansvaret för hemsjukvården. I hemsjukvården finansieras insatser av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och ett fåtal dietister av kommunen, däremot inte av läkare. Insatserna i hemsjukvården kan utföras av omsorgspersonal på delegation under förutsättning att patientsäkerheten säkerställs, vilket följer av kap. 6, § 3 *patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659) (2, 10).

Kommunal omsorg

Den person som inte själv, eller på annat sätt, kan tillgodose sina egna behov har rätt till bistånd av socialnämnden. Kap. 4, § 1 *socialtjänstlag* (SFS 2001:453) anger att biståndet ska utformas så att personens självständighet stärks och enligt kap 5, § 4 inriktas på att den äldre känner värdighet och välbefinnande (11). Insatserna ges i form av hemtjänst, särskilt boende för äldre, korttidsboende eller dagverksamhet (2).

Möjligheten att få insatser från socialtjänsten är beroende av både epidemiologiska faktorer, som bland annat handlar om hur och när en person drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning, samt demografiska faktorer. Kombinationen av epidemiologiska och demografiska faktorer inverkan på socialtjänstens beslut om bistånd uttrycks i kap. 4, § 1 *socialtjänstlag* (SFS 2001:453) där kommunen åläggs ge bistånd när ett omsorgsbehov inte kan tillgodoses på annat sätt. Av de som använder hemtjänst bor 80–90 procent ensamma.

Äktenskapet är den största demografiska skyddsfaktorn mot insatser från socialtjänsten eftersom partnern utgör en potentiell omsorgsgivare (11, 12).

Äldreomsorgens verksamhet ställer allt högre kunskapskrav på personalen inom verksamheten eftersom den enskilde blir äldre och sjukare. Personalen utför därmed mer kvalificerade omvårdnadsuppgifter (2). Det råder brist på utbildad personal inom äldreomsorgen och enligt SCB:s prognos kommer bristen fortsätta öka bland annat på grund av ökad efterfrågan. År 2035 förväntas bristen på personer med gymnasial omsorgsutbildning vara näst störst bland samtliga utbildningsgrupper (13). SBU har identifierat betydande andel vetenskapliga kunskapsluckor vad det gäller vård och omsorg kring de äldre; bland annat inom äldreomsorg, hemsjukvård och läkemedel för äldre. De anser att det behövs mer praktisknära forskning inom äldreomsorgen (14).

Strukturella förändringar i hälso- och sjukvård samt omsorg

Under de senaste åren har Sverige omfördelat resurser från den slutna till den öppna vården, vilket har lett till att Sverige har den lägsta andelen vårdutgifter som går till den slutna vården i EU. Sverige har också det lägsta antalet vårdplatser i EU och den genomsnittliga sjukhusvistelsen är bland de lägsta. I likhet med många andra länder står Sverige inför utmaningen att tillgodose den åldrande befolkningens behov och hantera ökningen av kroniska sjukdomar (1).

Primärvården i Sverige har haft svårt att klara sitt uppdrag som första linjens sjukvård på grund av den sjukhustunga strukturen i den svenska sjukvården. I jämförelse med övriga länder är den svenska primärvården sämre rustad för att möta de demografiska förändringarna med en åldrande befolkning (15). Enligt SBU:s utredning *God och nära vård*, bör primärvården förstärkas eftersom den har bäst förutsättningar att utgöra närhet till patienter och se till patientens hela vårdbehov (16).

Allt fler personer med behov av hälso- och sjukvård samt omsorg bor kvar i det ordinära boendet, vilket har fått konsekvenser för utvecklingen av den kommunala hemsjukvården (2). Hemsjukvården har blivit mer kvalificerad sedan ädelreformen genomfördes 1992. Tillgången på sjuksköterskor är många gånger inte tillräcklig, till exempel kan en sjuksköterska under jourtid ansvara för 400 patienter. Socialstyrelsen anser att bristen på hälso- och sjukvårdspersonal i hemsjukvården i kombination med minskade antalet platser i slutenvården medför att äldre patienter får sämre vård och att patientsäkerheten äventyras (17).

Det totala antalet personer som får insatser av äldreomsorgen har ökat, men inte i samma takt som andelen äldre ökat i befolkningen. Det innebär att andelen personer som får insats av äldreomsorgen totalt sett har minskat (18). Andelen som bor i särskilt boende för äldre har successivt minskat, exempelvis mellan åren 2007 till 2016 minskade andelen från 5,9 till 4,2 procent (19). Även om det är färre som bor i särskilt boende för äldre har utvecklingen gått mot att det idag finns fler olika former av insatser och lösningar att erbjuda dem. Däremot har behovsbedömningen blivit mer restriktiv (12). Under 1990-talet infördes möjligheten för den enskilde att välja utförare av äldreomsorg genom *lag om valfrihetssystem* (SFS 2008:962),

vilken har öppnat upp för privata aktörer inom kommunal äldreomsorg. I takt med tillämpningen av lagen i en stor andel av kommunerna i Sverige, har fler äldre anlitat privata aktörer. Det är dock fler socioekonomiskt starka äldre som anlitat privata omsorgsgivare. Bland de äldre från den socioekonomiskt svaga gruppen har istället familjen (släkting eller vän utanför hushållet) som omsorgsgivare blivit vanligare (20, 21). Familjens ökande roll som omsorgsgivare har skett trots att svenskar föredrar offentligt finansierad omsorg (22). En socioekonomisk grupp definieras utifrån utbildning, inkomst samt yrkesposition (23).

Det har skett en påtaglig minskning av andelen äldre i ordinärt boende som får insatser från socialtjänsten. Exempelvis hade 34 procent av de som är 80 år och äldre insatser från socialtjänsten år 1980, nästan 30 år senare hade andelen sjunkit till 22 procent (21). Förutom en mer restriktiv behovsbedömning kan en del av förklaringen vara förbättring i flera ADL-funktioner hos den äldre befolkningen (12). Definition av ADL-funktioner är aktiviteter i det dagliga livet (7). Andra möjliga orsaker till ett minskat behov av insatser från socialtjänsten kan vara en förbättrad bostadsstandard och förändrad inställning till och vad som är godtagbar hushållsstandard (12).

I takt med en äldre befolkning med ett ökat behov av vård och omsorg har villkoren för omsorgspersonalen förändrats. I en svensk kvalitativ studie undersöktes omsorgspersonalens upplevelse av att ge vård och omsorg till den äldre i ordinärt boende. De intervjuade uttryckte att arbetsuppgifterna blivit mer mångfacetterade och komplexa eftersom de tog hand om många äldre med multisjuklighet. Deras arbetsuppgifter sträckte sig utanför gränsen för social omsorg, de utförde uppgifter som traditionellt fallit inom ramen för hälso- och sjukvård. De upplevde att de ibland ställdes inför svåra bedömningar där de fick ta beslut helt själva (24). Det har skett en ökning av arbetsbördan för omsorgspersonal inom kommunal äldreomsorg vilket har lett till rekryteringssvårigheter. Exempelvis ökade omsorgspersonalens dagliga besök till enskilda vårdtagare i genomsnitt 50 procent mellan åren 2005 till 2015 (25).

För att patienter ska kunna få hjälp med hantering av ordinerade läkemedel, är hemsjukvården en viktig del. Läkemedelshantering är en omfattande och komplex uppgift eftersom det berör flera olika yrkeskategorier (17). När en patient får insatser från olika vårdgivare ställs det höga krav på samverkan (8). För att främja samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården ska en samordnad individuell plan, SIP, upprättas. SIP ska upprättas i de fall det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillfredsställda förutsatt att samtycke lämnats av den enskilde. Bestämmelserna om SIP följs av kap.16, § 4 *hälso-och sjukvårdslag* (SFS 2017:30) och kap. 2, § 7 *socialtjänstlag* (SFS 2001:453) sedan 2010 (6, 11, 16, 26). Gällande äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg fungerar samordningen ofta sämre i Sverige jämfört med andra länder i en global jämförelse trots att det i Sverige regleras i lag (27).

Egenvård och delegering

Inom hälso- och sjukvården görs en bedömning om en vårdåtgärd kan utföras av patienten själv. Bedömer förskrivaren av läkemedel att patienten klarar att sköta sin medicinering själv

faller det under föreskriften *bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård* (SOSFS 2009:6). Det går inte att generalisera vilka åtgärder som faller under egenvård, det beror på individuella förutsättningar för vad patienten klarar att sköta själv (28). Om förskrivaren av ett läkemedel bedömer att patienten inte klarar att sköta sin medicinering själv, krävs det insatser av medicinskt utbildad personal och omfattas av *hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30) (6), det är först då det kan bli aktuellt med delegering.

Med delegering inom hälso- och sjukvård avser socialstyrelsen det tillfälle när en person med formell kompetens överlåter en specificerad uppgift till en person med reell kompetens. Reell kompetens ska ha uppnåtts genom praktisk yrkesutövning eller genom fortbildning. Med en medicinsk uppgift menas en uppgift som en person med formell kompetens utför direkt eller indirekt för patienten i samband med vård, behandling, undersökning eller diagnostik samt vid förebyggande av skador och sjukdomar (29).

- Det ska tydligt framgå vilken uppgift som delegeras och under vilka omständigheter delegeringen ska gälla.
- Delegeringen ska vara tidsbegränsad och gälla vid ett tillfälle eller vara löpande på högst ett år i taget.
- Delegeringsbeslutet omprövas vid behov och given delegering eller indragen delegering dokumenteras på särskild handling.
- Den som utför delegationen ska själv vara formellt och reellt kompetent för uppgiften som ska överlåtas för att få genomföra delegeringen.
- Det är inte tillåtet att delegera en uppgift som är genom bestämmelse i författning eller beskrivning avsedd för en särskild yrkesgrupp (29).

I kap. 6, § 3 *patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659) framkommer att hälso- och sjukvårdspersonal endast får delegera en arbetsuppgift om det är förenligt med god och säker vård. Den som delegerar bär ansvaret för att den som uppgiften delegeras till har förutsättningarna för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt sätt (10). Exempel på uppgifter som kan delegeras av sjuksköterskor är iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel (30).

I Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) analyseras hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Utredningen visade bland annat på hinder mot att omfördela arbetsuppgifter. Ett av dessa hinder ansågs vara de formella möjligheterna att delegera läkemedelshantering till undersköterskor inom slutenvården (15).

Tidigare har delegering bara tillåtits inom öppenvården. Socialstyrelsen har beslutat att utöka möjligheten till delegering även inom slutenvården, utom ambulansvården. Sedan januari 2018 regleras den möjligheten i en ny föreskrift: *socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2017:37). Skälet till en utökad användning av delegering är att ett effektivt användande av sjukvårdens resurser eftersträvas. Gränsen mellan öppen- och slutenvård suddas ut och mer avancerad

sjukvård utförs i patientens hem. Socialstyrelsen anser därför att samma regler kring delegering ska gälla inom hela hälso- och sjukvården. Delegering är vanligt förekommande inom den kommunala hälso- och sjukvården, där är det vanligt med avvikelser vid läkemedelshantering. Därför ställs det i kap. 9, § 4 ökade krav på dokumenterad kunskap hos den som tar emot läkemedelsdelegering. Ökade krav ställs också, i kap. 9, § 7-8 på att vårdgivaren i sina rutiner ska ange när delegering är förenligt med god och säker vård samt vilka kunskaper som krävs hos den som tar emot delegering (30, 31).

I Socialstyrelsens rapport från 2008, *En hemsjukvård i förändring*, gjordes en omfattande kartläggning av hemsjukvården. I rapporten konstaterades att delegering av läkemedelshantering är vanligt förekommande i hemsjukvården. På grund av organisationens utformning är det inte möjligt för sjuksköterskorna att själva utföra alla hälso- och sjukvårdsåtgärder. Antalet delegeringar per sjuksköterska var ofta så omfattande att det stred mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift (17).

Läkemedelsdelegering är omfattande i Sverige. En studie från 2004 utförd i Sverige visade att 95 procent av personalen inom hemtjänsten hade läkemedelsdelegering och 14 procent av deras arbetstid utgjordes av läkemedelsdelegerade uppgifter (32).

Läkemedel

Läkemedelsgivning är den helt dominerande sjukvårdande behandlingen inom äldrevården och den tenderar att öka med patienternas ålder (33, 34). Utveckling av nya läkemedel har lett till att fler sjukdomstillstånd har kunnat behandlas. Som ett led i utvecklingen har de äldres läkemedelsanvändning ökat påtagligt de senaste 25 åren (35). Distriktssköterskor, omsorgspersonal och läkare är involverade i patientens behandling, förskrivning, beredning och hantering av läkemedel (36).

Med ökad ålder sker fysiologiska förändringar vilket innebär en ökad känslighet och därmed risk för läkemedelsbiverkningar. Vid polyfarmaci, vilket enligt Läkemedelsboken definition innebär användandet av fyra eller fler läkemedel, ökar risken för biverkningar och interaktion mellan de olika läkemedlen (37). År 2017 tog 24,2 procent av personer 75 år eller äldre i ordinärt boende med hemtjänst tio eller fler läkemedel, vilket är en ökning med tre procentenheter jämfört med året innan (38). Trots en ökning av den totala förskrivningen av läkemedel, har vissa delar inom läkemedelsbehandlingen förbättrats. Exempelvis har läkemedelsförskrivning av olämpliga läkemedel minskat med 53 procent sedan 2005 (2).

Mellan 10-30 procent av sjukhusinläggningar av äldre personer anses vara läkemedelsorsakade och 60 procent av dem anses vara undvikbara. Exempel på läkemedelsorsakade sjukhusinläggningar är blödning, fall efter läkemedelsutlöst yrsel och hjärtrytmrubbning. Förutom förskrivarens ansvar och ökad sjuklighet hos den äldre patienten anses polyfarmaci bero på vårdorganisatoriska brister. Det handlar då om bristande kontinuitet och tillgänglighet på läkare och sjuksköterskor. Kunskapsbrist hos bland annat omsorgspersonalen gällande icke-farmakologiska behandlingsalternativ, exempel omvårdnadsåtgärder pekas också ut som en orsak till polyfarmaci. Samverkan mellan de olika

huvudmännen kommun och landsting betraktas som en försvårande omständighet vad det gäller bland annat utvärdering och uppföljning av läkemedelsbehandling (37, 39).

Socialstyrelsen, läkemedelskommittén och SKL har utvecklat kliniskt användbara instrument, i syfte att minska andelen läkemedelsorsakade biverkningar hos äldre. En vägledning om läkemedelsgenomgång har publicerats, en sammanställning av olämpliga läkemedel till äldre har gjorts och regelverket kring ordination och hantering av läkemedel har skärpts.

Socialstyrelsen bedömer att all personal runt patienten, inklusive omsorgspersonalen behöver mer utbildning kring läkemedel och äldre. SKL har utvecklat en webbutbildning kallad *Jobba säkert med läkemedel* riktad till omsorgspersonal (35). För att ytterligare öka patientsäkerheten och förenkla läkemedelshanteringen tillhandahåller apoteket dosförpackning av läkemedel, så kallad apodos (40).

Tidigare forskning

Det finns få studier gjorda där omsorgspersonalens upplevelser av läkemedelshantering undersökts. Läkemedelsdelegering i USA studerades för första gången 2011 på nationell nivå i en kvantitativ studie. Omsorgspersonal, både inom ordinärt och särskilt boende för äldre, fick svara på ett frågeformulär kring kunskap och erfarenhet kring läkemedelsdelegering. Studien visade en diskrepans mellan regelverk och hur det såg ut i verkligheten. Omsorgspersonalen fick ofta utföra uppgifter utöver sin förmåga. Det framkom att nästan hälften av dem gav läkemedel till patienter som var instabila i sitt tillstånd, många gav injektioner och krossade läkemedel trots att det var emot regelverket (41).

I en australiensk studie med mixad metod undersöktes hur implementeringen av ett bedömningsverktyg, WISE, kunde identifiera lågriskpatienter som vid ordinarie omsorgsbesök även kunde få läkemedel av omsorgspersonalen istället för sjuksköterskan. En allt äldre befolkning gjorde att läkemedelsadministrationen i kommunal hälso- och sjukvård inte skulle kunna fortsätta utföras av enbart sjuksköterskor eftersom det i framtiden kommer ställas ökade krav på organisationen. Sedan tidigare fanns indikationer på att enklare medicinska uppgifter skulle kunna utföras av annan personal än sjuksköterskor. Det skulle i sin tur öka antalet läkemedelsdelegeringar till omsorgspersonal och antalet besök där omsorgspersonal gav läkemedel till vårdtagare. Uppgiften mottogs väl av omsorgspersonalen och de uppgav att de hade en god kommunikation med sjuksköterskorna och att de flesta sjuksköterskor var positiva till förändringen (42).

Antalet svenska studier i ämnet är knapphändiga. I en kvalitativ studie med fokusgrupper framkom att mer erfaren omsorgspersonal uppmuntrade tillfällig anställd omsorgspersonal att inte ta emot läkemedelsdelegering förrän de kände sig trygga med uppgiften. Samtidigt sågs det inte som ett realistiskt alternativ att inte acceptera en läkemedelsdelegering eftersom det ansågs vara en oundviklig uppgift om de skulle kunna utföra sina jobb. Några av deltagarna betraktade läkemedelsadministration som ännu en uppgift de skulle utföra, medan andra kände att de fick ett förtroende från distriktssköterskan. Omsorgspersonalen upplevde att

distriktssköterskan tog för givet att de skulle acceptera läkemedelsdelegering. Läkemedelsdelegation upplevdes som ett sätt att spara in pengar för kommunen (43).

I en kvantitativ återupprepad enkätundersökning med omsorgspersonal framkom att 95 procent av dem arbetade med läkemedelsdelegerade uppgifter och tio procent delade ut läkemedel utan delegering. Några av de delegerade hade delegerats utan att ha genomfört någon utbildning. Orsaken ansågs vara en pressad arbetssituation och ont om personal. Eftersom många av studiens deltagande hade svårt att svara på vanligt förekommande frågor kring läkemedelshantering och biverkningar drogs slutsatsen att det fanns ett stort behov av utbildning till omsorgspersonalen i läkemedelskunskap (32).

I tre kvalitativa intervjustudier som utgick från sjuksköterskans perspektiv framkom att de flesta sjuksköterskor betraktade läkemedelsdelegering som en viktig arbetsuppgift. Regelverket kring läkemedelsdelegering upplevdes svårt att följa och inkompatibelt med verkligheten. Läkemedelsdelegation betraktades som en nödvändig uppgift på grund ett stort patientantal och organisationens uppbyggnad (33, 44, 45). Den stora arbetsbördan kunde ibland leda till att sjuksköterskan delegerade mer än vad deras kapacitet tillät (45). Sjuksköterskorna upplevde det svårt att neka delegering trots osäkerhet kring individens kunskapsnivå. Orsaken till att de delegerade ändå beskrevs vara sjuksköterskebrist. De beskrev att omsorgspersonal som inte accepterade en delegering inte kunde arbeta inom kommunal omsorg (33, 44). För att öka patientsäkerheten efterfrågade sjuksköterskorna en standardisering av delegeringsutbildningen och utbildning till omsorgspersonalen om den äldre patientens sjukdomar (33). Flera av sjuksköterskorna beskrev svårigheter att följa upp delegeringarna och angav tidsbrist, hög personalomsättning bland omsorgspersonalen samt ett stort antal delegeringar per sjuksköterska som orsak. En god kommunikation mellan sjuksköterska och omsorgspersonal upplevdes vara avgörande för att omsorgspersonalen skulle kunna få rätt stöttning och känna sig trygga (33, 44, 45). Bristfälliga kunskaper i svenska hos både sjuksköterskor och omsorgspersonal upplevdes vara en stor källa till osäkerhet för båda parter. Sjuksköterskorna upplevde att omsorgspersonal med bristande kunskaper i svenska ofta inte kontaktade sjuksköterskan om behov uppstod (44).

I en kvalitativ intervjustudie beskrevs patientens upplevelse av att ta emot hjälp med sina läkemedel av delegerad omsorgspersonal. Patienterna upplevde delade känslor av att få denna insats; det var ett hot mot deras autonomi och tron på den egna förmågan men samtidigt underlättade det följsamhet till en läkemedelsregim. Patienterna var tveksamma till omsorgspersonalens kunskap om läkemedelshantering men deras förtroende för läkares och distriktssköterskors läkemedelskunskap ansågs som en garanti för att nuvarande läkemedelsregim skulle fungera (46).

Teoretisk referensram

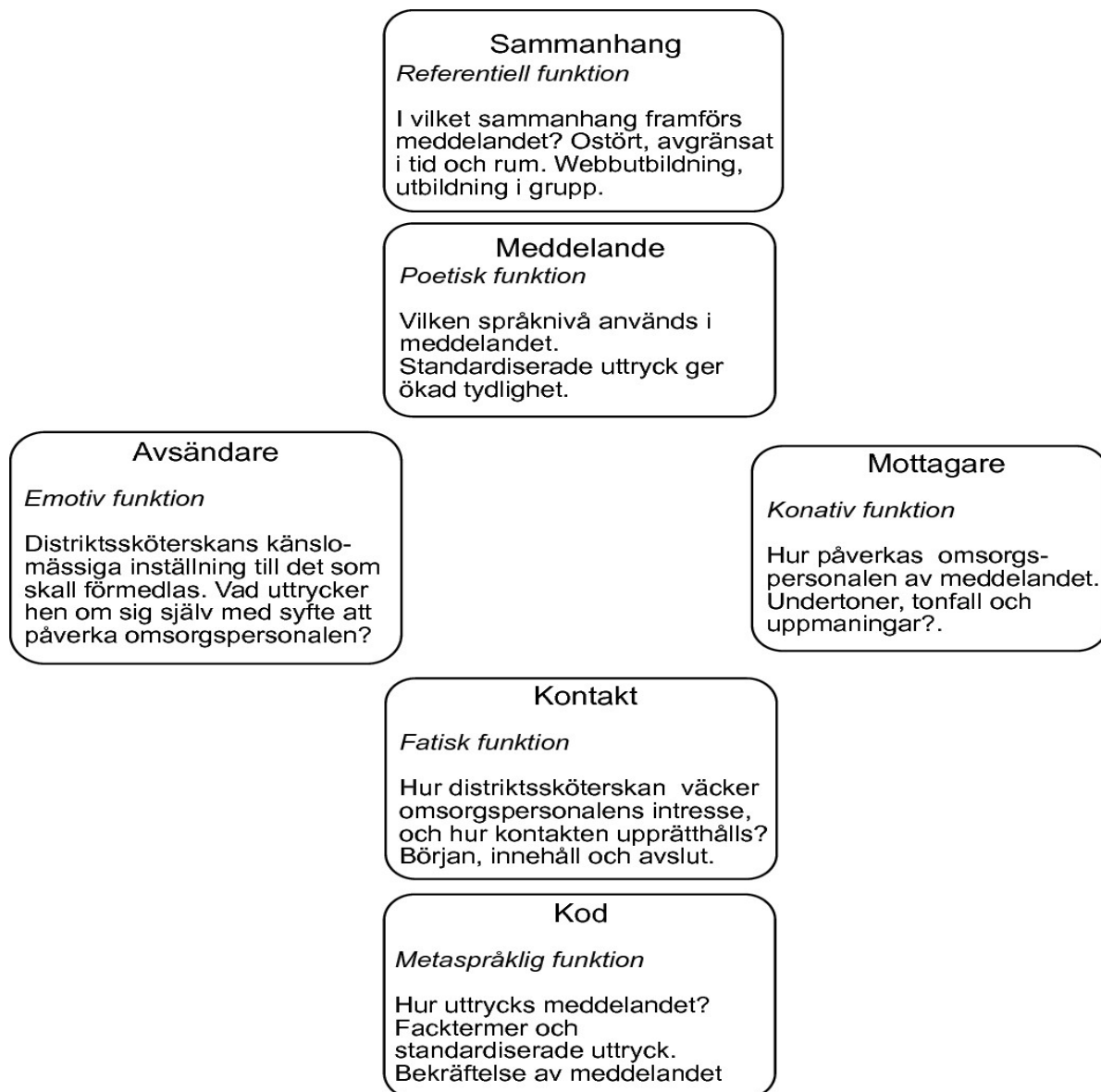
Kommunikation

I tidigare forskning betraktades bristande kommunikation som en stor bidragande orsak till att delegeringsförfarandet kunde bli osäkert och skapa otrygghet hos både omsorgspersonal och

sjuksköterskor (44). Kommunikation kan ses som en process, vilket betyder att kommunikationen ses som en överföring av budskap där en människa påverkas av en annan människa beroende på vad som kommuniceras. För att förenkla analysen av kommunikationsprocessen delas den upp i mindre beståndsdelar som exempelvis jaguppfattning, tolkning av varandra och situation. De centrala begreppen i processteorin är sändare, budskap och mottagare samt den sociala situation där kommunikationen äger rum (47).

Kommunikation kan också ses som ett sammanhang där människor skapar och överför betydelse, vilket kallas semiotisk kommunikation och har sina rötter i språkvetenskap. Kopplingen mellan tecken och betydelse studeras. Fokus ligger på vilken roll det talade och skrivna budskap har i samhället och vilket syfte det kommunicerade har (47).

Roman Jakobson publicerade sin kommunikationsmodell 1960 och den bygger på sex funktioner som måste samverka för att kommunikation ska vara möjlig. Meddelandets struktur beror på vilken eller vilka av funktionerna som är dominanta (48). Avsändaren kan ha olika attityd (till exempel humör eller uppmärksamhet) då meddelandet framförs, vilket kallas *emotiv funktion*. När det istället handlar om mottagarens attityd kallas det för *konativ funktion*. Själva meddelandets natur i form av till exempel språknivå har en *poetisk funktion*. Sammanhanget, till exempel var och när kommunikationen sker, har en *referentiell funktion*. De här fyra faktorerna används inom processkommunikation. Jakobson lägger sedan till två faktorer till som enligt honom behöver vara med för att kommunikation ska vara möjlig. *Fatisk funktion* handlar om att väcka och upprätthålla mottagarens intresse för meddelandet genom småord som till exempel "hmm" eller "ok". Att försöka få bekräftelse på att meddelandet gått fram genom att ställa frågor som exempelvis "förstår du hur jag menar?" kallas för *metaspråklig funktion*. De två sista faktorerna används inom semiotisk kommunikation och därmed sammanför Jakobson de två skolorna inom kommunikationsteori (48, 49).



Figur 1: Kommunikationsmodell fritt efter Jakobson (1960)

Säker vård

Patientsäkerhet har kommit att uppmärksammas de senaste två decennierna både i Sverige och globalt. Studier som gjorts visar att vårdskador är ett globalt problem och har lett till att myndigheter och organisationer inlett ett systematiskt arbete med att förebygga vårdskador (50). Definitionen av vårdskada är enligt kap. 1, § 5 *patientsäkerhetslag* (2010:659) en fysisk eller psykisk skada, sjukdom, dödsfall eller lidande som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder vidtagits av hälso- och sjukvården (10). WHO har identifierat de områden där risk för vårdskador är som störst, exempel på dessa är namnlikhet på läkemedel och läkemedelslistor. WHO menar också att patientsäkerhetsforskning behövs kring exempelvis kommunikation, samverkan mellan olika vårdgivare och omhändertagande av äldre inom både sjukvård och omsorg. I Sverige har uppmärksamheten och arbetet kring patientsäkerhet

mynnat ut i en ny *patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659) som trädde i kraft vid årsskiftet 2010/2011 (10, 50).

Forskning har visat på samband mellan bemanning, kompetens och patientsäkerhet. Högre utbildningsnivå såsom exempelvis specialistkompetens och längre yrkeserfarenhet har en främjande effekt på patientsäkerheten. Men även ökad bemanning av samtliga yrkeskategorier förbättrar patientsäkerheten (51).

Socialstyrelsen ger, i samråd med SKL, årligen ut en lägesrapport om patientsäkerheten. Sedan 2011, då mätningarna av vårdskador startade, har man sett en nedgång av förekomst av vårdskador fram till 2015 då nedgången avtog. För vuxna inom somatisk slutenvård var andelen vårdtillfällen med vårdskador 7,5 procent år 2016. Inom hemsjukvården är kunskapen om vårdskador bristfällig och har nyligen börjat undersökas. Först år 2016 gjordes en markörbaserad journalgranskning av vårdskador inom hemsjukvården genom en metod under utveckling för hemsjukvården. Resultatet av granskningen visade att en tredjedel av patienterna i hemsjukvården drabbades av vårdskador, tre fjärdedelar av dessa bedömdes som undvikbara. En fjärdedel av patienterna hade drabbats av tillbud och hälften av dessa bedömdes som åtgärdbara. Vanliga tillbud var läkemedelsavvikelser (52). Definition av tillbud avses en händelse som inneburit en risk för vårdskada (50). Enligt Socialstyrelsen går det inte att dra några generella slutsatser om förekomst av vårdskador och tillbud från resultatet men siffrorna tyder på en högre förekomst av vårdskador inom hemsjukvården jämfört med den övriga hälso- och sjukvården och har bidragit till att utveckla kunskapen inom området (52). Socialstyrelsen genomförde 2016 en intervjustudie med i huvudsak medicinskt ansvariga sjuksköterskor angående riskområden i kommunal hälso- och sjukvård. Stora riskområden som pekades ut var läkemedelshantering och delegering (53).

Problemformulering

En åldrande befolkning ställer stora krav på hälso- och sjukvård samt omsorg. De ökade kraven avser såväl ekonomi, kunskap som samverkan. Som en konsekvens av det växande behovet av sjukvård i kombination med minskade andel platser inom slutenvården och särskilt boende för äldre har en stor del av hälso- och sjukvården flyttat ut i hemmet. Allt mer avancerad sjukvård utförs i hemmet. Fler multisjuka äldre, ofta med polyfarmaci, bor kvar i ordinärt boende.

Effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ger bättre förutsättningar att möta det ökade behovet. I takt med en ökad effektivisering, där fler arbetsuppgifter delegeras, är det viktigt att fråga sig hur patientsäkerheten upprätthålls. Inom kommunal hälso- och sjukvård är det vanligt förekommande att distriktssköterskan delegerar läkemedelshantering till omsorgspersonal som saknar formell kompetens. Eftersom många avvikelser sker kring hantering av läkemedel inom verksamheten är föreskrifterna kring dokumenterad kunskap hos den som tar emot delegering skärpta sedan årsskiftet. Det finns mycket kunskap kring äldre och läkemedel och på senare tid har en del åtgärder vidtagits för att öka kunskapsnivån hos all personal kring de äldre.

Tidigare svensk forskning kring delegering inom kommunal verksamhet är till största delen inriktad på distriktssköterskans eller sjuksköterskans upplevelser av delegering. Från omsorgspersonalens perspektiv är forskningen bristfällig. Överlag finns det begränsat med forskning kring delegering inom kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg trots dess utbredda användning, mest utforskat är ämnet inom skolhälso- och akutsjukvården.

Eftersom det sker avvikelser vid läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård kan ny kunskap om omsorgspersonalens upplevelser av att utföra läkemedelsdelegerade uppgifter bidra till en förbättrad utformning av delegeringsutbildningen och därmed ökad patientsäkerhet. Villkoren för omsorgspersonalen har förändrats över tid; de möter ofta en multisjuk äldre med polyfarmaci i det ordinära boendet. Genom ökad kunskap om läkemedelsdelegering i ljuset av de samhällsförändringar som skett, ges förutsättningar för en ökad patientsäkerhet vid hantering av läkemedel.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva omsorgspersonalens upplevelser av att arbeta med läkemedelsdelegering inom äldreomsorg i ordinärt boende.

Metod

Design

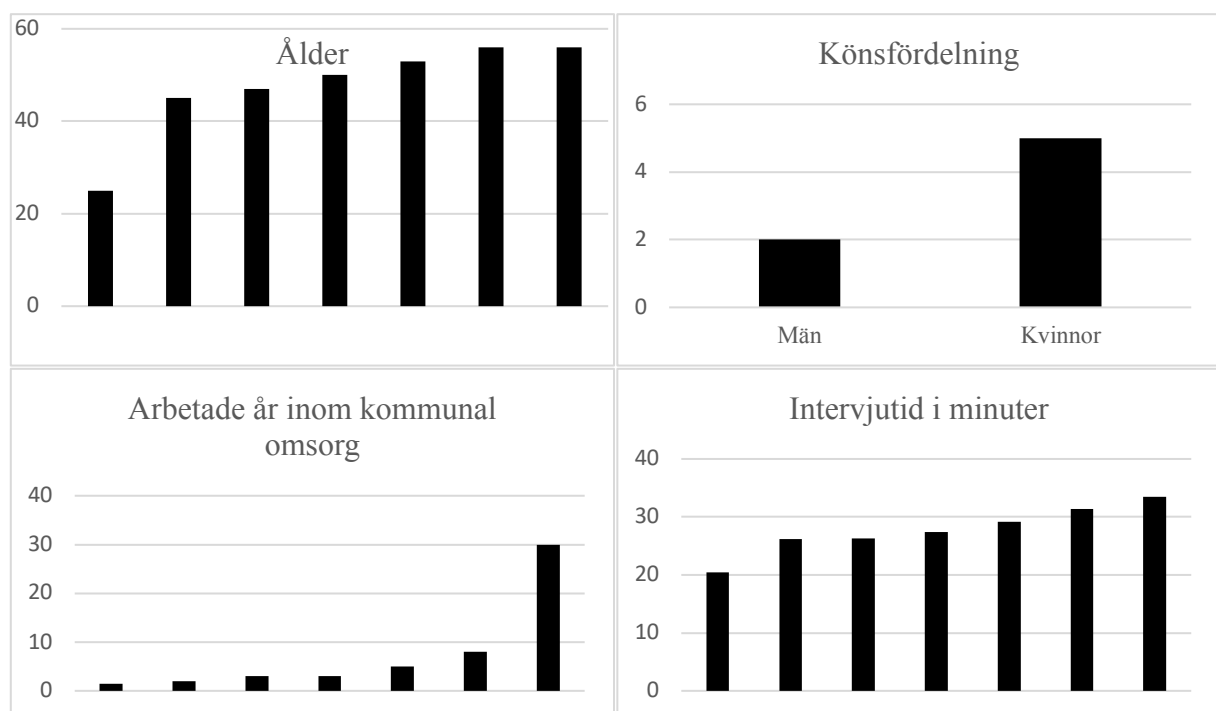
Enligt Kvale et al. (2014) bör det ämne som ska studeras utforma vilken design som används till studien. I första stadiet i en intervjustudie sker en tematisering där studiens syfte formuleras. *Varför* studien görs och *vad* som ska undersökas bör besvaras innan metoden utformas (54). Det ämne som är föremål för studien studeras bäst i sin kontext och kan bara förstås i sitt sammanhang, därför har en kvalitativ design valts (54, 55). Kvalitativ design är ofta holistisk och inriktad på förståelsen för helheten (56).

Urval

För att uppnå trovärdighet valdes informanter med variation beträffande ålder, erfarenhet, kön och olika distrikt de är verksamma i vad det gäller befolkningstäthet och socioekonomiska förhållanden. En rik variation av de studerade erfarenheterna ökar förutsättningarna att uppnå studiens syfte (57). En fördel med maximalt variationsurval är också att kärnupplevelserna lättare identifieras om det trots informanternas olikheter framkommer ett gemensamt mönster. Metoden är framväxande; informationen från de första informanterna hjälper till att guida det följande urvalet (56). I studien valdes informanter som skiljde sig från föregående informant. Kännedom om informanterna gavs genom att ringa till de informanter som visat intresse eller, som i två av fallen, fråga deras chef. I brevet till enhetscheferna beskrevs att en variation bland informanter efterfrågades. Olika kommuner och stadsdelar som skiljde sig åt vad det gäller befolkningstäthet och socioekonomi valdes ut. Ett inklusionskriterium var att

informanten skulle ha arbetat minst ett år med läkemedelsdelegerade uppgifter. Vidare hade studiens författare ingen koppling till de områden vilka förfrågningarna skickades ut till.

Information om studien skickades ut via e-post till enhetschefer på olika hemtjänstenheter i fem stadsdelar inom Göteborg och tre kranskommuner till Göteborg. Totalt kontaktades 23 enhetschefer för hemtjänst och två verksamhetschefer för äldreomsorg. Fem enhetschefer återkopplade, varav fyra valde att delta. 19 återkopplade inte. En verksamhetschef återkopplade och ville ha mer information om studien. Därefter har potentiella informanter tillfrågats som fått ta del av en forskningspersons information (se bilaga 1). Totalt intervjuades sju informanter. En av dem arbetade i ett socioekonomiskt svagt område. Ytterligare ett socioekonomiskt svagt område kontaktades, för att komplettera variationen, men de avböjde att delta. Tre av informanterna arbetade i glesbygd och fyra i tätort. Informanter från arbetsplatser i tre olika kommuner i Västra götalsregionen intervjuades.



Figur 2

I kvalitativa intervjuer eftersträvas rik och djup information, vilket lättare uppnås genom längre och intensiva intervjuer snarare är att öka antalet informanter. Det kan också vara värdefullt att ha möjlighet att kunna återkomma till samma intervjuperson, då har ofta ett förtroende byggts upp som möjliggör fördjupad datainsamling (56). Informanterna tillfrågades under intervjun om det fanns möjlighet att återkomma om fördjupad förståelse skulle behövas, vilket gjordes i fem av fallen. Därtill återkom en av informanterna med fördjupad information. Tidsramen för intervjun var 30 minuter, vilket upplevdes räckte för att få data med tillräcklig djup och fyllighet. Intervjuerna ägde rum under vecka 37-39 2018.

Datainsamling

Platsen för datainsamlingen fick informanterna välja själva. Alla informanter valde en lugn plats på arbetsplatsen under arbetstid.

På grund av att studiens författare har erfarenhet kring ämnet och att de visste vad de ville fråga om men inte kunde förutsäga svaret valdes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Intervjuerna spelades in, för att främja ett aktivt lyssnande och undvika bias. En intervjuguide (se bilaga 2) med öppna frågor i en kronologisk ordning vad det gäller delegeringsprocessen användes. Intervjuguiden innehöll även följdfrågor som användes i syfte att framkalla mer djup och detaljerad information. Frågornas utformning möjliggjorde att få data som svarade an på syftet samtidigt som informanterna gavs möjlighet att ge så många illustrationer och förklaringar de önskade (56). Författarna intervjuade tre respektive fyra personer var.

Dataanalys

I analysen av datamaterialet användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans modell, vilken har stor användbarhet för olika grader av tolkningar och abstraktionsnivåer i analysen av innehållet (57). Analysens syfte är att organisera, ge struktur åt och framkalla datainnehållets mening. Studiens analysprocess startade i samband med datainsamlingen. Analysprocessen var induktiv i sin ansats vilket innebar ett förutsättningslöst förhållningssätt i sökandet efter mönster i texten (56). I innehållsanalys framhålls kontexten som central. De manifesta innehållet analyserades i studien och uttrycktes i form av kategorier vars innehåll i respektive grupp delar något gemensamt inom gruppen. En kategori måste vara fullständig, vilket innebär att data som svarar an mot syftet inte kan exkluderas på grund av brist på passande kategori, vidare kan ingen data tillhöra två kategorier. Om multipla tolkningar av data inom en kategori är möjlig påverkas reliabiliteten negativt (55).

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjun. Intervjuerna lästes igenom flera gånger för att få en känsla för helheten (56). Resten av analysfasen gjordes i tätt samarbete mellan studiens författare. En mall i datorn användes för att organisera de meningsbärande enheterna, de kondenserade meningarna och koderna från texten. Även manuell metod användes då kategorierna skapades. De delar av texten som svarade an på syftet togs ut. De kondenserade enheterna abstraherades och etiketterades med en kod. De olika koderna jämfördes med varandra och sorterades in i subkategorier och kategorier. En kategori kan identifieras som en tråd genom koderna (57).

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
Ja, det blev jag erbjuden. Eller ja, det var ju tvunget att gå den. Om jag skulle kunna jobba här så var jag ju tvungen till att ha delegering, för att kunna arbeta.	Tvingande med läkemedelsdelegering för att kunna arbeta.	Delegeringstvång	Organisatoriska krav	Organisatoriska faktorer
Ehhh. Vi har gjort något litet prov på datorn, det var det senaste. Och eh, innan dess så har vi haft det muntligt med sköterskan.	Tidigare muntlig utbildning, nu via datorn.	Förändrad utbildning	Utbildningens innehåll	Upplevelser av delegeringsutbildningen

Figur: 3. Exempel på analysprocessen

Forskningsetiska överväganden

En av de grundläggande principerna inom forskningsetik är att värnandet av individen går före vetenskapliga eller samhälleliga intressen, vilket uttrycks i *Helsingforsdeklarationen* (58) och i den så kallade etikprövningslagen, *lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) (59).

Enligt § 16 i den så kallade etikprövningslagen (SFS 2003:460) har alla krav på vad informationen ska innehålla uppnåtts i den här studien. Det gäller då information om den övergripande planen för forskningen, syfte, metod, risker, vem forskningshuvudmannen är, att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas av informanten själv (59). Informationen har givits både skriftligen och muntligen och språket har försökt göras begripligt (se bilaga 1).

Utöver informationskravet finns det enligt Vetenskapsrådet ytterligare tre huvudkrav på forskning som bedrivs inom humaniora och samhällsvetenskap; samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (60). Samtliga dessa krav uppfylldes i studien. Enligt Cöster (2014) finns risk att forskarens goda vilja till för en aldrig så väl motiverad forskning kan medföra att forskning sker utan informerat samtycke (61). Muntligt samtycke inhämtades och dokumenterades efter det att informationen givits. Konfidentialitetskravet uppnåddes genom att uppgifter som kunde härledas till person förvarades på säker plats från

obehöriga. Nyttjandekravet uppnåddes genom att uppgifterna om de enskilda personerna endast användes för studiens ändamål.

Polit et al. (2016) menar att det krävs en ökad lyhördhet och vaksamhet av kvalitativa forskare. De psykologiska konsekvenserna för forskningspersonerna kan vara svåra att förutse och samtycket kan därför komma att omvärderas av forskningspersonen (56).

En risk-nytta analys gjordes innan datainsamling påbörjades i syfte att skydda forskningspersonernas integritet (56, 59, 61). Nyttan av och motivering till studien har presenterats i problemformuleringen. De huvudsakliga för- och nackdelarna för forskningspersonerna har delgetts forskningspersonerna (se bilaga1). Det bedömdes, med visst förbehåll, att riskerna för informanterna i studien var små. Informanterna befann sig varken i beroendeställning, i underläge eller tillhörde gruppen beslutssvaga individer. Med visst förbehåll avses att ödmjukhet intogs inför att samtycket kunde komma att ändras och oförutsedda psykiska reaktioner kunde uppträda i samband med eller efter intervjun.

Tillstånd för utförande av studien inhämtades av enhetschefer där forskningen var avsedd att utföras.

Läkemedelsdelegering kan också diskuteras ur ett samhällsetiskt perspektiv. Enligt kap. 4, § 1 *hälso- och sjukvårdslag* (2017:30) ska kostnadseffektivitet främjas inom hälso- och sjukvården (6). Ett effektivt användande av sjukvårdens resurser, genom exempelvis läkemedelsdelegering, kan innebära att fler patienter får del av resurserna. Utmaningen i att tillgodose allt fler människors behov av vård och omsorg blir att bibehålla patientsäkerheten. Ett etiskt dilemma kan uppstå när kraven på patientsäkerheten måste sänkas för att möjliggöra vård till fler.

Resultat

Kategorier	Subkategorier
Upplevelser av delegeringsutbildningen	Utbildningens innehåll Kontroll och uppföljning
Organisatoriska faktorer	Organisatoriska krav Rutiners inverkan Teknikens möjligheter och hinder
Samverkan	Trygghet och stöd från sjuksköterskan Interaktion med sjuksköterskan är personberoende
Ansvarsfylld uppgift	Ansvarstagande Brist på ansvar

Figur: 4. Översikt över kategorier och subkategorier

Upplevelser av delegeringsutbildningen

Utbildningens innehåll

Upplevelserna av delegeringsutbildningens innehåll var olika beroende på var informanterna jobbade och hur utbildningen var utformad. På flera arbetsplatser hade det under det senaste året införts en webbutbildning, medan det på andra arbetsplatsen utfördes en traditionell utbildning i grupp. De informanter som genomgick webbutbildningen upplevde att den hade hög kvalitet samtidigt som den var pedagogisk, enkel och givande. Flera informanter upplevde att erfarenhet i yrket underlättade vid genomförande av webbutbildningen.

”De ställer ju liksom bifrågor också, kuggfrågor lite, så att, jo, det tycker jag. Så att, de ska se att man riktigt fattat. Och de, men de gör det så pedagogiskt så det har man. Så att det är jättebra tycker jag.” (Informant 7)

En informant upplevde att kort erfarenhet och bristfällig svenska utgjorde hinder för att genomgå webbutbildningen med godkänt resultat.

”Det kan vara invandrare som jobbar här som inte riktigt förstår vad det innebär. Det kan vara tolkningar, det kan vara handla om vad det är man egentligen är ute efter. Och även om man har läst något i skolan så kanske man ändå inte förstår.” (Informant 1)

Flera informanter önskade mindre standardisering av utbildningen och ökad individanpassning med möjlighet till mer tid att lära känna vårdtagarna innan en delegering accepterades. De önskade också ett moment i utbildningen där de praktiskt, tillsammans med sjuksköterskan, fick öva på delegeringsförfarandets alla moment.

Informanterna upplevde att läkemedelsdelegering är en stor del i yrket. Några av informanterna tyckte att delegeringsutbildningen gav för lite kunskap om olika läkemedel, biverkningar och symtom.

”Ja, man skulle nog behöva lägga till det här med biverkningar och det här med symtom som man kan få av olika läkemedel och eh... såå. Det skulle behöva läggas till. Tycker jag.” (Informant 6)

Å andra sidan tyckte ett par informanter att de fick tillräckligt med kunskap från delegeringsutbildningen. De beskrev att de fick utbildning om vissa läkemedel, olika läkemedelsintervaller och kunskap om vilka läkemedel som får delas och krossas.

”Och sedan kan man ju använda knepet med att dela, krossa tabletter. Men det går ju inte med allting. En del tror ju att man kan dela det mesta, men det är ju helt fel. Det lär man sig även på delegeringsutbildningen vilka man får och inte får och så behöver man förankra det hos en kommunsköterska t.ex. så det går.” (Informant 1)

Gällande insulindelegering framkom att det kan ske en individuell bedömning avseende personlig lämplighet. Det beskrevs också att det kunde ge skillnad i lönesättning beroende på vilka delegeringar en individ hade.

Kontroll och uppföljning

Flera informanter upplevde att den årliga utbildningen i samband med förnyelsen av delegeringen var bra eftersom de fick repetition. En av informanterna upplevde förnyelseutbildningen som ett ifrågasättande av hens kompetens.

Gällande det prov som görs efter utbildningen beskrev en av informanterna att hen inte träffade sjuksköterskan vid delegeringsförnyelsen och ingen återkoppling skedde om provet var godkänt. Ett par andra informanter beskrev att de hade en träff med sjuksköterskan varje år i samband med förnyelsen av delegeringen.

De informanter som hade traditionell delegeringsutbildning i grupp beskrev att de ofta hade samma skriftliga prov varje år. De fick själva bestämma när provet skulle göras och att det då ofta blev ett grupparbete där de hjälptes åt att svara på frågorna. Några beskrev att det bara var att kopiera föregående års prov eftersom det innehöll samma frågor.

“Vi får ju lappen till oss och så ska vi göra delegeringen, den här nya då å då fyller vi i den. Å vi kan ju sitta och skoja med varann, vad var det nu igen? Men jag har kopierat, typ”
(Informant 5)

Några av informanterna beskrev att de skulle vilja att den årliga förnyelsen var mer kontrollerad, innehålla nya frågor varje år och vara mer i skol- eller webbformat.

Flera av informanterna beskrev att uppföljning av delegeringsutbildningen saknades helt. En av informanterna tyckte att sjuksköterskan skulle ha mer generös uppföljning i de fall där omsorgspersonalens kunskapsnivå var tveksam.

Organisatoriska faktorer

Organisatoriska krav

Informanterna upplevde läkemedelsdelegering som ett krav, en förväntan och en tvingande nödvändighet för att kunna arbeta. Genom läkemedelsdelegering gjorde man sig användbar för arbetsgivaren. Informanterna delegerades ofta i direkt anslutning till anställning. Många upplevde att de delegerades för fort och att det saknades möjlighet till mer övning.

“Ja, det blev jag erbjuden. Eller ja, det var ju tvunget att gå den om jag skulle kunna jobba här så var jag ju tvungen till att ha delegering, för att kunna arbeta” (Informant 4)

En av informanterna ansåg att en del kollegor var olämpade att arbeta med läkemedelsdelegerade uppgifter och önskade därför en ökad restriktion kring vilka som ska delegeras. En informant upplevde att det utövades påtryckningar från chefer på sjuksköterskorna att delegera, framför allt inför sommaren.

Att ge läkemedel till vårdtagare upplevdes som lättare om vårdtagaren och dess medicinska behandling var känd för omsorgspersonalen. Det var då också lättare att upptäcka förändringar i vårdtagarens tillstånd. Om det inom personalgruppen saknades personal med

läkemedelsdelegering ställde det ökade krav på de som hade delegering, de fick då ofta åka till vårdtagare som var okända för dem.

“å det är synd om dom ordinarie, för att ehh har vi ju ett schema så får vi nästan bara åka runt och ge insulin också plus andra saker” (Informant 5)

En av informanterna gav en annan bild än ovanstående beskrivning; hen beskrev att tid gavs för att lära känna vårdtagarna och meddelade själv sjuksköterskan när hen kände sig redo för delegering.

Rutiners inverkan

Några informanter beskrev att läkemedelsrutinerna var välfungerande. Ett par informanter beskrev att informationen kring nyinsatta läkemedel var bristfällig. En informant beskrev att information kring nyinsatta läkemedel saknades helt.

“Nej, det finns det inte åhh det kan man ju kanske sakna för det hade ju kanske varit bra faktiskt” (Informant 6)

En informant beskrev att vid inträffade avvikelser träffades hela arbetsgruppen tillsammans med sjuksköterskan och gick igenom vad som skett. Andra beskrev att läkemedelsrutinen såg olika ut beroende på vilken vårdtagare det gällde vid administrering av vid behovsmedicinering.

Flera informanter upplevde att sjuksköterskan oftast var tillgänglig när behov till kontakt uppstod. Å andra sidan upplevde en informant att den ibland bristande tillgängligheten till sjuksköterskorna ledde till att vårdtagaren inte kunde få sina mediciner i rätt tid om någon medicinsk fråga behövde lyftas innan läkemedel gavs.

Teknikens möjligheter och hinder

Digital signering i telefonen har på senare tid införts i fler områden. De informanter som arbetade i tätort upplevde det digitala signeringssystemet bra, enkelt och spännande. Missad signering upptäcktes direkt, vilket inte signering på papper möjliggjorde.

“...men när det fungerar så tycker jag det är toppen! Det är framåt, det är framåt om man säger så.” (Informant 5)

De informanter som arbetade i glesbygd upplevde att digital signering var tidskrävande, krångligt och skapade irritation på grund av dålig mobiltäckning. Det digitala signeringssystemet möjliggjorde ingen återblick tillbaka i tiden, vilket papperslistorna gjorde. Osäkerhet skapades när all information fanns i telefonerna och dessa inte fungerade. Det saknades backup när telefonerna slutade fungera.

“Det tar lite tid och helt plötsligt kan man loggas ut och det är det som skapar lite irritation” (Informant 4)

Samverkan

Trygghet och stöd från sjuksköterskan

Informanterna beskrev att de överlag upplevde att de fick bra stöd från sjuksköterskan och att de kunde ringa och rådfråga om de kände sig osäkra. Flera av informanterna upplevde att de kände sig trygga med att ge läkemedel till vårdtagare.

“Så man står ju inte där ensam, om det uppkommer en fråga eller nåt, så då får du ett svar. Jo, det är ett bra samarbete. Och det betyder väldigt mycket tycker jag” (Informant 7)

En av informanterna beskrev att hen kände sig trygg eftersom läkemedelssystemet var så välfungerande så att hen inte behöver tänka själv, utan gav bara det som stod på listan.

“Ja, jag känner mig ju trygg eftersom jag inte tänker själv, om man kan uttrycka sig så utan det är ju, ehhh, sköterskan.” (Informant 2)

En annan av informanterna kände sig otrygg eftersom hen inte alltid kunde lita på att sjuksköterskan gjorde hembesök hos vårdtagaren, exempelvis om en vårdtagare låg instabilt i sitt blodsocker. Muntlig delegering av sjuksköterskeuppgifter via telefon ersatte ofta hembesök av sjuksköterskan. Två informanter spekulerade om det skulle kunna vara på grund av tidsbrist som sjuksköterskan inte hade möjlighet att göra extra hembesök hos instabila vårdtagare.

Interaktion med sjuksköterskan är personberoende

De flesta informanter upplevde kommunikationen med den delegeringsansvariga sjuksköterskan som välfungerade, men att det var personbundet och kunde variera beroende på vilken sjuksköterska de hade kontakt med. Informanterna upplevde att de oftast blev lyssnade på av sjuksköterskan och det goda samarbetet betydde mycket. Yrkeserfarenhet hos omsorgspersonalen upplevdes underlätta kommunikationen med sjuksköterskan.

“Och sedan är det väl att kemin stämmer också, det är aldrig att man känner att; åh! ringer du?” (Informant 7)

En informant upplevde att det fanns olika hinder för kommunikation; bristande engagemang och språklig förmåga. Hen upplevde att omsorgspersonal och sjuksköterska tänkte på olika sätt och därför inte nådde varandra.

”Eh, hur du än beskriver, berättar, trycker på så möter man i perioder mycket starkt ointresse...De vill inte, det är olika engagemang” (Informant 1)

Ansvarsfylld uppgift

Ansvarstagande

Flertalet informanter betraktade delegeringsuppgiften som ansvarsfylld och komplex. De förhöll sig hela tiden till vad gränsen mellan deras eget ansvar och sjuksköterskans ansvar gick. Det framkom att informanterna var länken mellan sjuksköterska och vårdtagare och det

var deras ansvar att rapportera förändrat tillstånd hos vårdtagaren till sjuksköterskan. Informanterna upplevde att det handlade om mycket mer än bara administrering av medicin. Exempel som gavs var vårdtagare som hade svårt att svälja sin medicin, inte ville ta sin medicin eller nytillkommen smärta där ordinerad värktablett hade en annan indikation. Informanterna upplevde att de tog ansvar för varandra genom att påminna varandra om signering och medicinändringar som nyligen gjorts. De tog ett gemensamt ansvar för att rutiner följdes.

“Ansvar är väldigt viktig, att ge mediciner” (Informant 3)

“Ja, eller om de är dåliga och vi kan inte sätta fingret på vad det är eller så bara vi har rapporterat över så har ju vi ryggen fria sen” (Informant 2)

En av informanterna avvek från ovanstående beskrivning, hen upplevde läkemedelshantering som en enkel uppgift eftersom läkemedelsrutinerna var välfungerande.

Flertalet informanter upplevde att gränsen för deras ansvar överskreds och att de då fick ta för stort ansvar, vilket inte var önskvärt från deras sida. Det handlade om tillfällen då de fick utökad delegering via telefon eller fick dela ut alla apodosrullar till vårdtagarna. Vidare kände de sig osäkra när läkemedel togs ur sin förpackning då de inte fanns i apodospåsen. Det handlade om tillfällen då de tyckte att sjuksköterskan borde tagit ett större ansvar. En informant beskriver en vårdtagare med svängande p-glucos.

“Å det e brukare då som har mycket svajigt och då har vi ju fått till oss att vi...e det så så att det ligger för högt eller för lågt eller så ska vi ju ringa och då är det ju egentligen så att sjuksköterskan ska åka ut...ja men då kan vi få delegering per telefon och det är de dåliga på att åka ut” (Informant 4)

Informanterna upplevde att de inte fått något gehör när de framfört sina åsikter om för mycket ansvar kring delegering och avvikelser det lett till. Trots upprepade försök att framföra sina åsikter till sin närmaste chef om minskat ansvar var de osäkra på om deras åsikter kommit fram till rätt instans.

“Vi har inte fått något svar, vad de gör för att förbättra den här situationen” (Informant 3)

En informant ansåg att omsorgspersonal med större erfarenhet och kompetens borde få större mandat att fatta egna beslut.

Brist på ansvar

Informanterna upplevde att avvikelser i läkemedelshantering var vanligt förekommande. Exempel på avvikelser var läkemedel som inte getts, läkemedel som hittats på golvet, olåsta läkemedelsskåp och förväxling av apodosrullar. En informant beskrev att hen hade gett läkemedel utöver ordinationshandlingen utan att betrakta det som en avvikelse.

“Det blir ju fel ibland ändå såklart, men då är det ju så som att det oftast är att man inte gett det som står” (Informant 2)

Informanterna talade i huvudsak om misstag som begåtts av kollegor men en informant berättade om tillfällena då apoteket lämnat ut fel läkemedel och en annan informant berättade om ett tillfälle då sjuksköterskan hade delat fel i dosetten.

Diskussion

Metoddiskussion

Förförståelse handlar om hur forskarna tolkar verkligheten i förhållande till det ämne som studeras. Trovärdigheten till studiens resultat beror delvis på om författarnas förförståelse har påverkat analysen av det insamlade datamaterialet. Det går inte att helt bortse ifrån sin förförståelse eftersom författarna är datainsamlingsverktyg under intervjun och det kan påverka fokus på intervjun samt analysen av det insamlade materialet. Författarna har under studiens gång tagit hänsyn till sin yrkes- och livserfarenhet. Båda författarna har arbetat inom hemsjukvård och själva delegerat läkemedelsadministration till omsorgspersonal. En av författarna har tidigare arbetat som undersköterska och den andra författaren som vårdbiträde och själva läkemedelsdelegerats. Författarna har i studiens alla delar varit medvetna om sin förförståelse för att i så låg utsträckning som möjligt låta den påverka resultatet.

När informanterna delgavs information om studien presenterades författarna som studenter (se bilaga 1). Av studiernas karaktär kunde informanterna räkna ut att författarna var sjuksköterskor, den vetenskapen kunde påverka informanternas förmåga att berätta fritt om till exempel tillfällena då sjuksköterskan brustit i sitt ansvar (56).

På grund av en snäv tidsram var det svårt att tillämpa datamättnadsprincipen vilket kan ha påverkat trovärdigheten negativt (54, 56). I regel behövs ett större urval i maximalt variationsurval, där ofta ”snowballing” används initialt, jämfört med andra typer av urval (56).

Genom att redogöra för hela analysprocessen har författarna underlättat för läsaren att avgöra resultatets trovärdighet. För att visa på kategoriernas överensstämmelse med datamaterialet har författarna presenterat representativa citat (57). Genom citaten stödjer författarna sin tolkning av texten och läsaren har lättare att få inblick i textens kontext (55).

Intervjuerna utfördes inom ett kort tidsspänn under ett par veckors tid. Intervjuguiden underlättade för författarna att täcka in samma ämnen under varje intervju. Men eftersom den kvalitativa forskningsprocessen är en framväxande process är det troligt att följdfrågorna ändrade karaktär efter att ökad kunskap erhållits. En annan risk för inkonsekvens i datainsamlandet är det faktum att intervjuerna utfördes av två olika personer. Allt detta påverkar studiens pålitlighet (57).

För att underlätta överförbarhet har författarna redogjort noggrant för urvalsmetoden. På så sätt kan läsaren avgöra om resultatet är applicerbart i en annan kontext och i så fall vilket (56).

För hålla sig nära datamaterialet och undvika vinklade eller personliga tolkningar utfördes hela analysfasen av båda författarna genom tätt samarbete, så kallad triangulering (56).

“Peer debriefing” av metoddelen har gjorts delvis av kurskamrater i samband med seminarium och kontinuerligt tillsammans med författarnas handledare (56).

Resultatdiskussion

Studiens manifesta innehållsanalys mynnade ut i fyra huvudkategorier; upplevelser av delegeringsutbildningen, organisatoriska faktorer, samverkan och ansvarsfylld uppgift. Det huvudsakliga resultatet visade att informanterna utgjorde länken mellan patient och sjuksköterska och de efterfrågade ökade kunskaper kring läkemedel. Läkemedelsdelegering var inte frivilligt utan ett organisatoriskt krav. Valfungerande kommunikation med den delegeringsansvariga sjuksköterskan var en förutsättning för att kunna arbeta med läkemedelsdelegerade uppgifter. Informanterna betraktade delegeringsuppgiften som ansvarsfylld.

Upplevelser av delegeringsutbildningen

Tidigare forskning visar att sjuksköterskorna upplevde att omsorgspersonalens kunskap kring läkemedel, symtom och biverkningar var bristfällig samt att mer utbildning för omsorgspersonalen behövdes (33, 44, 45). I den här studien framkommer att en del informanter upplevde att de saknade tillräcklig kunskap om läkemedel, symtom och biverkningar medan andra upplevde sin kunskap som tillräcklig. Informanterna beskrev utbildningen mer djupgående än tidigare forskning vilket ger värdefull ny kunskap inför framtida översikt av utbildningens utformning. Flera av informanterna beskrev att en ny webbutbildning införts vilken de upplevde pedagogisk, enkel och givande. Kort yrkeserfarenhet upplevdes vara ett hinder i genomförandet av utbildningen då individen hade svårare att koppla teori till praktik. Informanterna upplevde utbildningen olika beroende på hur och var den genomfördes. Enligt Jacobson (1960) har kontext en ledande roll i all kommunikation och det var något som informanternas upplevelser bekräftar (48). Kontexten utbildningen genomfördes i kunde till stor del påverka hur den upplevdes.

En standardiserad utbildning ska kunna förstås och tas emot av alla. Sättet som meddelandet framförs på förändras inte beroende på vem som ska ta emot och avkoda meddelandet. Mottagarens attityd till det som kommuniceras är av stor betydelse för hur meddelandet uppfattas och tolkas. Avsändaren måste därför vara så allmängiltig i sitt framförande att det som kommuniceras ska förstås av alla som genomför utbildningen. Däremot beskrev flera informanter att de ville ha mindre standardisering av utbildningen och istället individanpassning för att tillgodose allas behov. Den upplevelsen talar för att det kan behövas en översyn av utbildningen för att se om kommunikationen brister i någon eller några av dimensionerna och hur det skulle gå att göra utbildningen mer tydlig. Genom en ökad individanpassning av delegeringsutbildningen där alla dimensioner i kommunikationsprocessen tillåts möjliggörs ett personcentrerat förhållningssätt. En personcentrerad arbetsledning, vilken är en av specialistsjuksköterskans kärnkompetenser, är

en förutsättning för personcentrerad vård (62). Informanternas önskemål om individanpassning kontrasterar mot sjuksköterskors önskemål om standardisering av delegeringsutbildningen, vilket framkommer i tidigare forskning (33). Eftersom omsorgspersonalen är mottagare av delegeringsutbildningen bör stort hänsynstagande tas till deras synpunkter på utbildningens utformning vilket ligger i linje med personcentrerad arbetsledning.

Trots att webbutbildningen saknar metaspråklig och fatisk funktion som är två viktiga dimensioner i kommunikationen betraktades den som enkel och pedagogisk av informanterna (48). Troligtvis är webbutbildningen utformad av personer med pedagogisk kompetens som kanske saknas hos sjuksköterskan som traditionellt har undervisat i delegeringsutbildningen.

Enligt den så kallade delegeringsföreskriften, *delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård* (SOSFS 1997:14), ska reell kompetens ha uppnåtts genom praktisk yrkesutövning eller fortbildning (29). Enligt studiens resultat saknas praktisk övning helt vad det gäller delegering av läkemedel i tablettform, vilket informanterna efterfrågade. En fråga som uppstår är hur sjuksköterskan kan veta att den som mottager delegering klarar uppgiften utan att se denne praktiskt utför uppgiften.

Organisatoriska faktorer

Delegering upplevdes av alla informanter som ett krav för att kunna bli anställd. Synen på delegering som ett organisatoriskt krav framkommer även i tidigare forsknings beskrivning av sjuksköterskors och omsorgspersonals upplevelser, vilket gör att frivilligheten i delegeringsförfarandet ifrågasätts (33, 43-45). Enligt *patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659) och den så kallade delegeringsföreskriften (SOSFS 1997:14) bär den som delegerar ansvaret för att den som uppgiften delegeras till har förutsättningarna för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt sätt (10). Omfattande delegeringar, stor arbetsbörda och organisatoriska faktorer försvårar för sjuksköterskan att ge de rätta förutsättningarna för den som mottager delegering. Sjuksköterskan kan ofta känna en press att delegera mer än de har kapacitet till på grund av den stora arbetsbördan (45). Enligt Socialstyrelsen är antalet delegeringar per sjuksköterska för omfattande för att delegeringsföreskriften ska kunna följas (17). Det stora patientantalet och organisationens uppbyggnad nämns även i tidigare forskning som orsaker till att delegeringsföreskriften inte kan efterföljas (33, 44, 45).

Informanterna beskrev situationer då förutsättningarna saknades för att utföra delegeringsuppgiften på ett korrekt sätt, exempel som gavs var bristande kontinuitet och avsaknad av backup när tekniken inte fungerade. Det nyss nämnda visar på eventuellt bristande ansvar från vårdgivaren. I sammanhanget kan erinras om *socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2017:37) som började gälla vid årsskiftet 2018. I föreskriften ställs ökade krav på vårdgivarens ansvar att se till att det finns rutiner för när det är lämpligt att delegera och vilken kunskap som krävs. Krav ställs också på dokumenterade kunskaper hos den som mottager delegering. Eftersom föreskriften nyligen trätt i kraft kanske det är för

tidigt att dra någon slutsats från resultatet i studien. Två informanter beskrev att delegeringsutbildningen utförd det här året gjordes i form av ett grupparbete, vilket inte uppfyllde kraven på dokumenterad kunskap. Eftersom ökade krav ställs på vårdgivaren sedan årsskiftet 2018 behöver kommunen möta upp de ökade kraven. Det ställs stora krav på anpassning för att möta upp de ökade kraven, där ett redan etablerat delegeringssystem haft svårigheter att följa de lagar och föreskrifter som finns, utifrån vad resultatet i studien tillsammans med tidigare forskning visar (30, 33, 43-45). Med tanke på de svårigheterna blir kommunens roll som huvudman för hemsjukvården ifrågasatt.

Samverkan

I studien framkom att en välfungerande kommunikation mellan omsorgspersonal och sjuksköterska var en förutsättning för ett tryggt delegeringsförfarande. Interaktion mellan sjuksköterska och omsorgspersonal kunde se olika ut beroende på vilka personer som var inblandade. Hur meddelandet förmedlades och vilken inställning förmedlaren hade gjorde att meddelandet kunde tas emot på olika sätt. Hur kommunikationen upplevdes av omsorgspersonalen kunde alltså till stor del vara personberoende (48).

I studien gavs flera exempel på avvikelser som hade skett där patientsäkerheten hade hotats. Kommunikation och förtroende var två viktiga faktorer, enligt informanterna, som kunde överbrygga osäkerhet i delegeringens kontext. Liknande resultat framkom i tidigare studier som visar att en konstant dialog mellan sjuksköterska och omsorgspersonal kunde stärka omsorgspersonalen i deras bedömning avseende förändringar i patientens beteende och hälsa. Om en god kommunikation kunde upprätthållas minskade risken för missuppfattningar och avvikelser vid läkemedelshantering (33, 44, 45).

En stor del av kommunikationen mellan informanterna och sjuksköterskan sker via telefon. Det ställer höga krav på hur meddelandet uttrycks och hur återkopplingen sker eftersom personerna inte kan se varandra och därför behöver vara ännu mer tydliga med hur meddelandet uttrycks. Det har också betydelse i vilket sammanhang telefonsamtalet sker, om det är ostört eller andra människor runt omkring. Bristande kunskaper i svenska kan vara ytterligare en försvårande faktor vid telefonsamtal eftersom meddelandet endast uttrycks verbalt (48). I tidigare forskning framkom det att omsorgspersonal med bristfällig svensk kunskap inte alltid vågade kontakta sjuksköterskan vid delegeringsfrågor (44).

En av informanterna hade så bristfälliga kunskaper i svenska att det under intervjun var svårt att förstå vad hen menade och mycket följdfrågor fick ställas i syfte att förstå vad hen ville ha sagt. Hen skiljde sig också åt från de andra i det att mer tid gavs innan hon fick sin läkemedelsdelegering. I studiens resultat framkom det att bristande kunskaper i svenska var ett hinder för kommunikation. Liknande resultat framkom i tidigare forskning som visade att bristande svensk kunskap utgjorde ett hinder för en god kommunikation, vilket kunde leda till osäkerhet hos både sjuksköterska och omsorgspersonal (33). Enligt Inspektionen för vård och omsorg, IVO, senaste rapport pekas den bristande kunskapen i svenska bland personalen inom äldreomsorgen ut som ett riskområde för bland annat vårdskador (63). Större andel av de utrikesfödda arbetar inom äldreomsorgen och saknar vård- och omsorgsutbildning jämfört

med inrikesfödda. Samtidigt pekas invandringen ut som en outnyttjad resurs vad det gäller att möta det framtida behovet av personal inom äldreomsorgen (64). Bristande kunskaper i svenska som ett hinder för kommunikation och vad det får för konsekvenser för patientsäkerheten är ett nödvändigt perspektiv i framtidens rekrytering av personal till äldreomsorgen.

Informanterna beskrev att deras kommunikation med de nuvarande sjuksköterskorna fungerade väl i de flesta fall och att de fick gehör för sina frågor. Däremot nämndes tidsbrist som en möjlig orsak till att sjuksköterskan inte alltid kunde stötta omsorgspersonalen i situationer där de kände sig osäkra. Bilden bekräftas av tidigare forskning där sjuksköterskor beskrev att tidsbrist upplevdes utgöra ett hinder för att ge adekvat stöd till omsorgspersonalen i delegeringsfrågor (44).

Ansvarsfylld uppgift

Informanterna talade inte så mycket om polyfarmaci men det framkom att det blev komplicerat när all medicin inte låg i apodospåsar och läkemedel fick plockas ur förpackning, när det var mycket läkemedel som skulle ges och när patienten hade svårt att svälja tabletter.

Informanterna beskrev situationer där tillstånd hos patienten var förändrat och de fungerade som länken mellan patient och sjuksköterska. Det framkom att informanterna i vissa fall inte fick information om medicinändringar vilket minskade förutsättningar att relatera förändringar i patientens tillstånd till förändrad medicinering. Beskrivningen av omsorgspersonalen som länken mellan patient och sjuksköterska visar på deras viktiga roll och behov av kunskap.

Informanterna betraktade delegeringsuppgiften som ansvarsfylld och beskrev tillfällena då de fick ta för mycket ansvar och utföra sjuksköterskans uppgifter. Liknande resultat framkom i en tidigare studie som visade att omsorgspersonalen utförde uppgifter som traditionellt fallit inom ramen för hälso- och sjukvård och att vem som hade ansvar för vad hade blivit mer oklart (24).

Två av informanternas resonemang ger vid handen att de frångick rutinen att läsa ordinationshandlingen innan läkemedel gavs. I tidigare forskning beskrivs att omsorgspersonal kunde ha svårigheter att avläsa en ordinationshandling och signeringslista på ett korrekt sätt. Kunskapsbrist identifierades som en orsak till ett ökat antal medicinska avvikelser som exempelvis fel hantering av signeringslistan, fel administreringsmetod och felaktigt tidsintervall mellan olika mediciner (32).

Slutsats

Informanterna har beskrivit sina upplevelser av att arbeta med läkemedelsdelegerade uppgifter på följande sätt

- De utgör den viktiga länken mellan patient och sjuksköterska och efterfrågar ökade kunskaper kring läkemedel
- Läkemedelsdelegering är inte frivilligt utan ett organisatoriskt krav

- Valfungerande kommunikation med den delegeringsansvariga sjuksköterskan är en förutsättning för att kunna arbeta med läkemedelsdelegerade uppgifter
- De betraktar delegeringsuppgiften som ansvarsfylld.

En ökad kunskap om läkemedelsdelegering utifrån omsorgspersonalens perspektiv och vad det innebär för patientsäkerheten kan användas på följande sätt

- Som underlag för beslutsfattare när resurser fördelas till och inom kommunal hälso- och sjukvård
- Som en ökad insikt hos den delegeringsansvariga sjuksköterskan om kommunikationens betydelse för delegeringsprocessen
- Att förbättra utformningen av delegeringsutbildningen då ökad kunskap om hur utbildningen tas emot av omsorgspersonalen framkommer i studien
- Att ifrågasätta kommunen som rätt huvudman för hemsjukvården mot bakgrund av svårigheterna kommunen haft att uppfylla lagar och föreskrifter som reglerar delegering
- Att ett större hänsynstagande tas till språklig kunskap i rekrytering av omsorgspersonal
- Att inse betydelsen av samverkan och behovet av att upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när flera vårdgivare och huvudmän är involverade kring läkemedel.

Trots att läkemedelsdelegering har en bred användning inom kommunal verksamhet är ämnet relativt outforskat. Därför behövs mer forskning kring hela delegeringsprocessen vad det gäller exempelvis samverkan, kommunikation, läkemedelskunskaper och patientsäkerhet. I ljuset av de demografiska förändringar som sker, nyligen skärpta föreskrifter kring delegering och hög frekvens av vårdskador inom kommunal hälso- och sjukvård behöver den noggrant följas upp.

Referenslista

1. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Sverige: Landprofil hälsa 2017, State of Health in the EU [Internet]. Paris Brussels: OECD European Observatory on Health Systems and Policies; 2017. [cited 2018 Sept 11]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264285453-sv>.
2. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre Lägesrapport 2018 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. 2018-2-7. [cited 2018 Sept 11]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20857/2018-2-7.pdf>.
3. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators [Internet]. Paris: : OECD; 2017. [cited 2018 Sept 11]. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/long-term-care-expenditure-health-and-social-components-by-government-and-compulsory-insurance-schemes-as-a-share-of-gdp-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph210-en#page1.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
5. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden; Multisjuklighet [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. [cited 2018 Okt 20]. Available from: <http://www.kunskapsguiden.se/alldre/Teman/Multisjuklighet/Sidor/default.aspx>.
6. Hälsö- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [cited 2018 Okt 03]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
7. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank Stockholm: Socialstyrelsen; [cited 2018 Okt 28]. Available from: <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=695&SrcLang=sv>.
8. Socialstyrelsen. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. 2018-2-17. [cited 2018 sept 12]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20873/2018-2-17.pdf>.
9. Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. [cited 2018 12 sept]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20608/2017-5-3.pdf>.
10. Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [cited 2018 Okt 07]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659.
11. Socialtjänstlag (SFS 2001:453) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [cited 2018 Okt 06]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
12. Sundström G. De äldre i samhället. In: Ernst Bravell M, editor. Äldre och åldrande. 2. ed. Malmö: Gleerup; 2013. p. 59-73.
13. Statistiska centralbyrån. Trender och Prognoser 2017 [Internet]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2017. [cited 2018 Okt 14]. Available from: https://www.scb.se/contentassets/60312e5030114512b5b58a94a4ae25e2/uf0515_2017i35_br_am85br1701.pdf.
14. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Behov av praktiska forskning och vetenskaplig utvärdering [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2017. 263. [cited 2018 Okt 11]. Available from:

- https://www.sbu.se/contentassets/0bf7b4ca7c02466d9b85ad7f971770c7/behov_av_praktiknar_a_forskning_och_yetenskaplig_utvardering_inom_viktiga_omraden_263_2017_2.pdf.
15. Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård. Effektiv vård (SOU 2016:2) [Internet]. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. [cited 2018 Okt 07]. Available from: <https://data.riksdagen.se/fil/83B0EB25-6252-468A-907F-A84E9BA613D1>.
 16. Samordnad utveckling för god och nära vård. God och nära vård: en primärvårdsreform (SOU 2018:39) [Internet]. Stockholm: Norstedts Juridik; 2018. [cited 2018 Okt 25]. Available from: https://www.regeringen.se/49c941/contentassets/85abf6c8cfdb401ea6fbd3d17a18c98e/god-och-nara-vard--en-primarvardsreform_sou-2018_39.pdf.
 17. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. 2008-126-59. [cited 2018 Okt 01]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf.
 18. Socialstyrelsen. Färre äldre bor i särskilt boende [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. [cited 2018 Okt 01]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/farrealdreborisarskiltboende>.
 19. Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen. 10 år med öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre [Internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen; 2017. 2017-11-2. [cited 2018 Okt 01]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20726/2017-11-2.pdf>.
 20. Lag om valfrihetssystem (SFS 2008:962) [Internet]. Stockholm: Finansdepartementet [cited 2018 Okt 06]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962.
 21. Szebehely M, Trydegård GB. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*. 2012;20(3):300-9.
 22. European Commission. Health in the European Union [Internet]. Brussels: European Commission; 2007. Special EUROBAROMETER 272. [cited 2018 Okt 02]. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf.
 23. Göteborgs stad. Jämlikhetsrapporten 2017 Skillnader i livsvillkor i Göteborg [Internet]. Göteborgs stad.; 2017 [cited 2018 Nov 17]. Available from: <https://goteborg.se/wps/wcm/connect/d6e5a288-d8a2-4798-a0de-17219bf40436/jamlikhetsrapporten2017.pdf?MOD=AJPERES>.
 24. Craftman ÅG, Grundberg Å, Westerbotn M. Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition. *International journal of older people nursing*. 2018:e12207.
 25. Szebehely M SA, Strandell R. Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? [Internet]. Stockholm: Stockholms universitet /Institutionen för socialt arbete; 2017. 2017:1. [cited 2018 Okt 12]. Available from: https://www.socarb.su.se/polopoly_fs/1.320035.1486983623!/menu/standard/file/Slutversion%20rapport%20feb13.pdf.
 26. Sveriges kommuner och landsting. Samordnad Individuell Plan (SIP) för äldre [Internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2016. [cited 2018 Okt 10]. Available from: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5421.pdf?issuusl=ignore>.

27. Vårdanalys. Vården ur patienternas perspektiv - 65 år och äldre [Internet]. Stockholm: Vårdanalys; 2017. [cited 2018 Sept 12]. Available from: <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-patienternas-perspektiv-65-ar-och-aldre/>.
28. Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [cited 2018 Okt 06]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>.
29. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [cited 2018 Okt 06]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/12727/1997-10-14.pdf>.
30. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [cited 2018 Okt 07]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20604/2017-5-2.pdf>.
31. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. 4.1.1-14967/2016. [cited 2018 Okt 08]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/konsekvensutredning-foreskrifter-ordination-hantering-lakemedel-160603-m-bilagor.pdf>.
32. Axelsson J, Elmsthl S. Home care aides in the administration of medication. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16(3):237-43.
33. Craftman AG, Von Strauss E, Rudberg SL, Westerbotn M. District nurses' perceptions of the concept of delegating administration of medication to home care aides working in the municipality: A discrepancy between legal regulations and practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(3-4):569-78.
34. Kjellgren KI. Kommunikation och läkemedel. In: Fossum B, editor. *Kommunikation : samtal och bemötande i vården*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2013. p 335-75.
35. Socialstyrelsen. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. 2014-12-13. [cited 2018 Okt 06]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19621/2014-12-13.pdf>.
36. Ranhoff AH, Bordahl B. Äldre och läkemedel. In: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, editors. *Geriatrisk omvårdnad God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber; 2010. p. 156-64.
37. Midlöv P, Kragh A. Läkemedelsbehandling hos äldre [Internet]. In: Brodin, E, editors. *Läkemedelsboken*. 19 ed. Stockholm: Apoteket; 2018. [cited 2018 Okt 11]. Available from: https://lakemedelsboken.se/kapitel/lakemedelsanvandning/lakemedelsbehandling_hos_aldre.html.
38. Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2017 Vård och omsorg om äldre [Internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting Socialstyrelsen; 2018. 2018-3-10. [cited 2018 Okt 06]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20885/2018-3-10.pdf>.
39. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. 2010-6-29. [cited 2018 Okt 26]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>.
40. Apoteket AB. Apodos – mer än bara en påse med läkemedel Information till dig som arbetar inom vården [Internet]. Solna: Apoteket AB; 2014 [cited 2018 Okt 28]. Available

from: https://www.apoteket.se/globalassets/vard-och-foretag/media/pdf/broschyrr/b140329_apo_148x210_apodos_broschyr_lakare_lr.pdf.

41. Budden JS. The First National Survey of Medication Aides. *Journal of Nursing Regulation*. 2011;2(3):4-12.
42. Lee CY, Beanland C, Goeman D, Johnson A, Thorn J, Koch S, et al. Evaluation of a support worker role, within a nurse delegation and supervision model, for provision of medicines support for older people living at home: the Workforce Innovation for Safe and Effective (WISE) Medicines Care study. *BMC health services research*. 2015;15(1):460.
43. Gransjon Craftman A, Hammar LM, Strauss E, Hilleras P, Westerbotn M. Unlicensed personnel administering medications to older persons living at home: a challenge for social and care services. *International Journal of Older People Nursing*. 2015;10(3):201-10.
44. Gransjön Craftman Å, Grape C, Ringnell K, Westerbotn M. Registered nurses' experience of delegating the administration of medicine to unlicensed personnel in residential care homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(21-22):3189-98.
45. Bystedt M, Eriksson M, Wilde-Larsson B. Delegation within municipal healthcare. *Journal Of Nursing Management*. 2011;19(4):534-41.
46. Gransjön Craftman Å, Westerbotn M, Strauss E, Hillerås P, Marmstål Hammar L. Older people's experience of utilisation and administration of medicines in a health- and social care context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(4):760-8.
47. Nilsson B, Waldemarson A-K. *Kommunikation : samspel mellan människor*. 4 , [rev.] ed. Lund: Studentlitteratur; 2016.
48. Jacobson R. Closing statements: Linguistics and Poetics [Internet]. Massachusetts: MIT Press; 1960 [cited 2018 Sept 08]. Available from: https://monoskop.org/images/8/84/Jakobson_Roman_1960_Closing_statement_Linguistics_and_Poetics.pdf.
49. Fiske J. *Kommunikationsteorier : en introduktion*. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1997.
50. Öhrn A. Säker vård. In: Edberg A-K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J, editors. *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur; 2013. p. 181-215.
51. Socialstyrelsen. *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. 2018-2-15. [cited 2018 Okt 06]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20871/2018-2-15.pdf>.
52. Socialstyrelsen. *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017* [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. 2017-4-3. [cited 2018 Okt 06]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20575/2017-4-3.pdf>.
53. Socialstyrelsen. *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016*[Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.2016-4-21. [cited 2018 Okt 20]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20139/2016-4-21.pdf>.
54. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. [rev.] ed. Lund: Studentlitteratur; 2014.
55. Krippendorff K. *Content analysis : an introduction to its methodology*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif. London: Thousand Oaks, Calif. London : SAGE; 2013.
56. Polit DF, Beck CT. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.

57. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
58. The World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. Ferney-Voltaire: The World Medical Association; 2018 [revised 2018 Jul 09] [cited 2018 Okt 13]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.
59. Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet [cited 2018 Okt 13]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.
60. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2002 [cited 2018 Okt 14]. Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
61. Cöster H. Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola. Stockholm: Liber; 2014.
62. Ekman I, Norberg A. Personcentrerad vård- teori och tillämpning. In: Edberg A-K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J, editors. *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur; 2013. p. 29-61.
63. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2017? [Internet]. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018. IVO 2018-8. [cited 2018 Okt 19]. Available from: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2018/vad-har-ivo-sett-2017.pdf>.
64. Statistiska centralbyrån. Tema: Arbetsmarknad 2015:4 Vård och omsorgsutbildade - idag och i framtiden [Internet]. Statistiska centralbyrån; 2015. A40 - Temarapporter. [cited 2018 Okt 11]. Available from: https://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Publiceringskalender/Visa-detaljerad-information/?publobjid=28718.

Bilagor

1, Forskningspersonsinformation

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildning till distriktsjuksköterskor på Göteborgs Universitet. I vår utbildning ingår det att skriva ett examensarbete där vi har valt att göra en intervjustudie. Vi har fått godkännande av din verksamhetschef att kontakta dig för förfrågan om deltagande i vår studie. Vi vänder oss till dig som har arbetat i hemtjänsten med läkemedelsdelegering minst 1 år.

Vad är det för studie och varför vill vi att du ska delta?

Inom kommunal hälso- och sjukvård är det vanligt att distriktsjuksköterskan utfärdar delegering till omsorgspersonal. För att uppnå en god och säker vård är det viktigt att delegeringen håller hög kvalitet där krav på samverkan och kommunikation mellan distriktsjuksköterska och omsorgspersonal ställs. Vårt syfte med studien är att ta reda på omsorgspersonalens erfarenheter av att arbeta med läkemedelsdelegering inom hemtjänst i kommunal- hälso- och sjukvård. Studiens resultat tänker vi oss kan bidra till utformandet av delegeringsutbildningen. Forskningshuvudman för studien är Göteborgs Universitet.

Hur går studien till?

Studien sker i form av enskilda intervjuer där Du kommer intervjuas av någon av oss. Intervjun tar ca 30 minuter och kan ske i lämplig lokal på din arbetsplats eller annan plats som du finner lämplig. Du kommer att ha möjlighet att få berätta fritt om din egen upplevelse av delegering. Ingen förberedelse krävs från din sida.

Finns det några risker med att delta?

Ambitionen är att du som deltar i studien inte skall uppleva något obehag men samtalet kan komma att beröra saker som du kan uppfatta som känsliga. Du avgör själv vad du väljer att berätta om i intervjun.

Finns det några fördelar med att delta?

Genom att få berätta om upplevelser kring delegering ges möjlighet till reflektion, vilket kan vara värdefullt i ditt fortsatta arbete med delegerade arbetsuppgifter.

Hantering av data och sekretess

Allt datamaterial, både inspelat och nedskrivet, kommer att hanteras konfidentiellt och enbart användas till den här studien. Det innebär att allt material kommer att förvaras på ett säkert sätt samt att redovisningen av data inte kommer att ske på ett sådant sätt att det kan återföras till enskild person eller arbetsplats. Dock kan författarnas handledare behöva få tillgång till datamaterialet. Uppsatsen kan komma att publiceras, detta kommer givetvis också ske konfidentiellt. Allt material, både inspelat och nedskrivet kommer att kasseras efter det att uppsatsen blivit godkänd.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du önskar att ta del av studiens resultat går det bra att kontakta författarna. Efter uppsatsen blivit godkänd finns möjlighet att få ett exemplar skickat till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Förklaring till varför du väljer att inte delta eller varför du avbryter ditt deltagande behöver inte uppges.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Författarna:

Alexandra Riski Wiklund
Tel: 076-2622626
E-post: gusrisal@student.gu.se

Therese Lindskog
Tel: 0739-291104
E-post: guslinthz@student.gu.se

Handledare:

Helene Berglund
Tel: 031-786 6107
E-post: helene.berglund@gu.se

2. Intervjuguide

- Hur gick det till när du skulle få delegering på din arbetsplats?
- Hur länge har du haft läkemedelsdelegering på din nuvarande arbetsplats?
- Hur länge har du arbetat inom hemtjänsten?
- I vilken del av din kommun/stadsdel arbetar du?
- Hur har du upplevt delegeringsutbildningen?
- Hur upplever du att ge läkemedel till vårdtagare i hemmet?
- Hur upplever du att rutinerna kring läkemedelshantering fungerar? Utveckla gärna.
- Hur upplever du att uppföljningen av din läkemedelsdelegering fungerar?
- Hur ser kommunikationen med distriktssköterskan/sjuksköterskan ut?
- Upplever du att du får stöd av distriktssköterskan/sjuksköterskan när det krävs? Utveckla gärna.
- Till dig som jobbat lite längre (ca 5 år el längre): Har du upplevt någon förändring i att arbeta med delegerade uppgifter genom åren?
- Har du några idéer eller förslag till förändringar/förbättringar när det gäller delegering?

Följdfrågor:

- Vad fungerar bra? Vad fungerar mindre bra? Ge gärna ett exempel. Hur kände du? Utveckla gärna. (Följdfrågorna användes som ett komplement till alla intervjufrågor).