



JÖNKÖPING UNIVERSITY

School of Health and Welfare

Omvårdnadspersonalens erfarenheter av utbildning och överlämnande av läkemedel inom äldreomsorgen

Peter Wernersson

Gertrud Ovesson

Examensarbete, 15 högskolepoäng, magisterexamen i
Omvårdnad inom Specialistsjuksköterskeprogrammen
Jönköping, januari 2019

Hälsöhögskolan

Avdelningen för omvårdnad

Box 1026, SE-551 11 JÖNKÖPING



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Healthcare personnel's experiences of education and medication administration in elderly care

Peter Wernersson

Gertrud Ovesson

Nursing Science, Thesis, One year Master

15 Credits

Jönköping, January 2019

Jönköping University

School of Health and Welfare

Box 1026, SE-551 11 JÖNKÖPING

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet multisjuka äldre i världen ökar stadigt. De som inte klarar att ta sina läkemedel själva är beroende av att få hjälp med detta från någon annan. I äldreomsorgen utförs läkemedelsöverlämnande av omvårdnadspersonal efter att de erhållit delegering för detta enligt SOSFS 1997:14. Distriktssköterskan är ansvarig för att utbilda och utfärda delegeringar till omvårdnadspersonalen. Patientsäkerheten kan äventyras om kommunikationen mellan olika personalkategorier inom äldreomsorgen brister, likaså om utbildningen inför erhållandet av delegering inte ger nödvändiga kunskaper.

Syfte: Syftet var att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering avseende utbildning och överlämning inom äldreomsorgen.

Metod: Studien genomfördes som en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer av tolv informanter. Materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys.

Resultat: Fyra kategorier framkom: *en komplex arbetsituation, brister i patientsäkerheten, team-samverkan* samt *betydelsen av utbildning och vårderfarenhet*, med tillhörande underkategorier. Stress påverkar antalet misstag som begås, likaså bidrar felaktiga och otydliga dokument till problem, både för omvårdnadspersonalen och för distriktssköterskan. Stödet från den egna arbetsgruppen var viktigt, men även stödet från distriktssköterskan. Utbildningen var tillräcklig men erfaren personal önskade fördjupad kunskap.

Slutsats: Studien visar att omvårdnadspersonalen upplever att delegerat läkemedelsöverlämnande är en viktig del av deras arbete med vårdtagarna. Verksamhetens behov styr hur snabbt efter anställning som delegering för läkemedelsöverlämnande erhålls.

Nyckelord: distriktssköterska, delegering, innehållsanalys, läkemedelshantering, omvårdnad

Summary

Background: The number of elderly people in the world is increasing steadily. Those who are unable to take their medication themselves are dependent on getting help with this from someone else. In the elderly care, drug delivery to care recipients is carried out by healthcare personnel after they have received delegation for this according to SOSFS 1997:14. The district nurse is responsible for educating and issuing delegations to the healthcare personnel. Patient safety can be jeopardized if the communication between different categories of personnel in elderly care fails, as well as if the education prior to receiving delegation does not provide the necessary knowledge.

Aim: The aim was to describe the healthcare personnel's experiences of drug delegation concerning education and administration in elderly care.

Method: The study was conducted as a qualitative study with semi-structured interviews of twelve informants. The material was analysed using content analysis.

Results: Four categories emerged: *a complex work situation*, *deficiencies in patient safety*, *team collaboration* and *the importance of education and careers experience*, with associated subcategories. Stress affects the number of mistakes that are made, and incorrect and unclear documents also contribute to problems, both for the healthcare personnel and the district nurse. The support from their own working group was important, but also the support from the district nurse. The training was sufficient but experienced personnel wanted in-depth knowledge.

Conclusion: The study shows that healthcare personnel feel that delegated drug delivery is an important part of their work with the care recipients. The needs of the municipal elderly care control how quickly after employment as delegation for drug delivery is obtained.

Keywords: content analysis, district nurse, delegation, drug management, nursing

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Äldreomsorg	1
Hemsjukvård	2
Omvårdnadspersonalen	2
Distriktssköterskan/sjuksköterskan i äldreomsorgen	3
Delegeringsförfarandet	3
Säker vård	4
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urval av deltagare	5
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	9
En komplex arbetssituation	9
Vikten av att göra rätt	9
Krav på delegering för fungerande verksamhet	10
Brister i patientsäkerhet	10
Arbetsrelaterad stress	10
Otydlig dokumentation	11
Teamsamverkan	11
Betydelsen av kommunikation i teamet	11
Stöd från distriktssköterskan	12
Betydelsen av utbildning och vårderfarenhet	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsats	18
Kliniska implikationer	18
Referenser	19

Bilagor

Brev till verksamhetschef/enhetschef	Bilaga 1
Brev till informant	Bilaga 2
Frågeguide för intervjuerna	Bilaga 3
Blankett för underskrift informerat samtycke	Bilaga 4

Inledning

Många äldre och multisjuka vårdtagare har ofta ett högt antal läkemedel, ofta många gånger dagligen och den vård och omsorg som ges i ordinärt boende eller på särskilda boenden är allt mer avancerad och kräver insatser kontinuerligt under dygnets alla timmar (Swedberg, Chiriac Hammar, Törnkvist & Hylander, 2012; Koronkowski, Eisenhower & Marcum, 2016). Vårdtagare som inte klarar av att ta sina läkemedel på egen hand är beroende av att någon annan hjälper dem med detta, antingen en distriktsköterska (DSK), en sjuksköterska (SSK) eller någon som erhållit delegation för läkemedelsöverlämnande enligt Socialstyrelsens delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14). För att överlämnandet ska ske patientsäkert måste den person som hjälper vårdtagaren ha tillräckliga kunskaper om varför, hur och när vårdtagaren ska ha sina läkemedel (Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, SOSFS 2011:12).

DSK i äldreomsorgen (ÄO) är omvårdnadsansvarig och ansvarar för att utfärda delegeringar, samt bevaka och kommentera de avvikelser som skrivs av all personal. Det är även DSK i samarbete med den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) i kommunen som ansvarar för den utbildning som den personal som ska erhålla delegeringar genomgår inför detta (Nilsson, Lundgren & Furåker, 2009; Bökberg & Drevenhorn, 2017; Josefsson & Ljung, 2017). DSK kan uppleva en känsla av att förlora kontroll över hälso- och sjukvårdsuppgifter som delegerats och kan uppleva att patientsäkerheten är hotad för att det regelverk som finns runt delegeringsförfarandet inte alltid följs i verksamheten (Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson, 2011; Kaernsted & Bragadottir, 2012; Craftman, von Strauss, Rudberg & Westerbotn, 2012; Metsälä & Vaherkoski, 2014; Gransjön Craftman, Hammar, von Strauss, Hillerås & Westerbotn, 2014). Det finns ett fåtal äldre studier där den delegerade personalen har fått berätta om sina erfarenheter av delegerat läkemedelsöverlämnande inom ÄO. Exempel som beskrivs är att den delegerade personalen upplever stress samt brist på information och kunskap (Ericson-Lidman, Norberg, Persson, och Strandberg, 2013).

Som blivande DSK är det angeläget att få mer kunskap om berörda personalgruppers erfarenheter av delegerat läkemedelsöverlämnande, eftersom läkemedelsmisslag utgör ett stort hot mot patientsäkerheten.

Bakgrund

Äldreomsorg

Under de senaste 50 åren har den demografiska strukturen i världen ändrats och den förväntade livslängden har ökat. En dubbling av antalet äldre i världen förväntas från år 2000 till år 2050 (World Health Organisation [WHO], 2017). En allt äldre befolkning och ett ökande behov av vård och omsorg ställer ökade krav på den personal som arbetar inom ÄO. Enligt Inspektionen för vård och omsorg [IVO] tillsynsrapport från 2016 beräknas att det i Sverige kommer finnas över en miljon människor som är över 80 år gamla år 2045. Många är friska och klarar sig bra på egen hand även långt upp i åldrandet, men antalet multisjuka eller kroniskt sjuka, exempelvis personer med försämrad syn eller hjärt- och kärlsjukdomar, som är i behov av hjälpinsatser från utomstående ökar (Swedberg et al., 2012; The Lancet, 2014; Socialstyrelsen, 2015; IVO, 2016; WHO, 2017).

Det finns ingen internationell standard för ÄO, vars utformning kan variera stort mellan olika länder och kulturer (The Lancet, 2014). Integrated Care for Older People (ICOPE) är evidensbaserade, globala rekommendationer till vårdgivare som arbetar med ÄO, både inom primärvård och på kommunal nivå runt om i världen. Rekommendationerna är tänkta att användas för utformande av nationella eller lokala riktlinjer för ÄO för hur äldre personers fysiska och psykiska hälsa ska kunna bibehållas även i hög ålder (WHO, 2017).

Ädelreformen som genomfördes i Sverige 1992 innebar att kommunerna tog över ansvaret för ÄO och står som huvudman för den hjälp och omsorg som sker antingen i hemmet (ordinärt boende) eller för vårdtagare inflyttade till särskilda boenden (ofta kallat äldreboenden). Initialt kvarstod ansvaret för den medicinska vården i hemmet hos landstingen, men successivt har kommunerna även tagit över ansvaret för denna del, det vill säga hemsjukvården (Översyn av vård och omsorg för äldre - tio år efter Ädelreformen, Kommittédirektiv 2003:40; Socialstyrelsen, 2010; Kommunaliserad hemsjukvård. Sta-

tens offentliga utredningar, SOU 2011:55). Ädelreformen innebar också att en särskild funktion inrättades för att kontrollera och kvalitetssäkra verksamhetens rutiner, denna kom att kallas MAS - Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska. (Socialstyrelsen, 2014). Den lagstiftning som reglerar hur kommunerna eller privata aktörer ska utforma ÄO regleras i *Socialtjänstlagen* (SFS 2001:453).

ÄO kan definieras som hjälp- och stödinsatser, ofta kallat hemtjänst, till vårdtagare i ordinärt boende och som är äldre än 65 år och har behov av detta på grund av sjukdom eller skada (Socialstyrelsen, 2010; Kommunal, 2018). Äldre som kräver särskilt stöd kan beviljas inflyttning till särskilda boenden (SäBo). På det särskilda boendet finns personalen närmare i anslutning till vårdtagarna för att kunna bedöma när det finns behov av omsorg eller medicinsk vård och därefter snabbt tillgodose detta hjälpbehov (Socialstyrelsen 2010; Socialstyrelsen, 2011).

Sveriges regering tillsatte i juni 2015 en utredare med önskemål om att skapa en nationell kvalitets-säkring för ÄO. Utredningen resulterade i ett betänkande, "Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg av äldre personer" (SOU 2017:21). Enligt betänkandet föreslås olika planer för att stärka kvaliteten på ÄO, säkra bemanningssituationen och skapa nationella riktlinjer för hur ÄO ska bedrivas, oavsett om det är kommunen som står som huvudman eller en privat aktör som bedriver ÄO. Planerna i betänkandet löper både över kortare och längre sikt med början år 2019.

Hemsjukvård

Även hemsjukvården förändrades efter Ädelreformen 1992, men det saknas fortfarande en enhetlig definition av termen "hemsjukvård". Detta medför att den kan se organisatoriskt olika ut på olika ställen i landet, men i dagsläget har de allra flesta kommuner tagit över ansvaret från landsting/regioner (SOU 2011:55). Socialstyrelsen menar att hemsjukvård är när hälso- och sjukvårdsinsatser ges sammanhängande över tid eller är regelbundet återkommande. Hemsjukvård anses omfatta en vårdtagares alla behov; att främja hälsa och förebygga ohälsa, att trösta och lindra lidande, att rehabilitera samt bidra till en fridfull död och utförs dygnet runt. All hemsjukvård ska föregås av en vårdplanering där vårdtagarens olika behov framgår (Socialstyrelsen, 2008; SOU 2011:55). *Hälso- och sjukvårdslagen* [HSL] (2017:30) styr ansvarsfördelningen avseende personalkategorier och resurser till vårdtagare i ÄO, oavsett om det är en privat aktör, kommunen eller landstinget som står som huvudman. Det är däremot alltid landstinget som ansvarar för att se till att det finns läkarstöd tillgängligt för ÄO.

Den största ökningen av hemsjukvårdspatienter finns i ordinärt boende, i hög grad beroende på att antalet vårdplatser inom slutenvården dragits ned, men även beroende på bristen på plats på särskilda boenden (Socialstyrelsen, 2008). Från och med årsskiftet 2017-2018 infördes även ett skärpt krav på kommunerna att kunna ta hem utskrivningsklara vårdtagare snabbare från slutenvården. Hemsjukvård och övriga hjälpinsatser inom vård- och omsorg som en vårdtagare behöver ska kunna startas upp även på lördagar, söndagar och helgdagar (Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård, SOU 2015:20; *Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård*, SFS 2017:612). Detta ställer även ett ökat krav på den organisation som tillhandahåller ÄO (SOU 2011:55).

Omvårdnadspersonalen

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd gällande personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12) påtalas att den personal som ska arbeta med denna typ av stöd och hjälp bör ha ett antal grundläggande kunskaper och förmågor. Vikten av ha ett tydligt värdegrundsbaserat arbetssätt och en förmåga reflektera över sina egna kunskaper och arbetssätt, att kunna kommunicera med vårdtagare och närstående, kunna kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper samt en förmåga att förstå det svenska språket i såväl tal som skrift påtalas. Även kunskaper om det normala åldrandet, kunskaper om hur vårdtagarens integritet bevaras samt en kunskap om basala hygienrutiner bör ingå i personalens utbildning innan anställning inom ÄO (SOSFS 2011:12).

Sveriges Riksdag har tillsatt en utredning gällande definitionen av yrkesgruppen undersköterska. Enligt utredningen påvisas stora skillnader i utbildningsnivå beroende på vem som står som huvudman för utbildningen. Utredningen föreslår att en skyddad yrkestitel skapas eller att en certifiering av undersköterskeyrket genomförs för att höja dess status och kvalitetssäkra utbildningsnivån (Reglering av yrket undersköterska, Kommittédirektiv 2017:103). Nästan varannan av alla timvikarier i ÄO saknar någon form av vård- och omsorgsutbildning, till skillnad från tillsvidareanställda där endast var femte saknar utbildning inom omvårdnad (Socialstyrelsen, 2015).

Den personalgrupp som överlämnar läkemedel till vårdtagare efter att ha erhållit delegation enligt Socialstyrelsens riktlinjer kan kallas undersköterskor, hemtjänstpersonal, vårdbiträden eller omvårdnadspersonal, beroende på var de arbetar. I denna studie kommer denna personalgrupp fortsättningsvis kallas för "omvårdnadspersonal - OVP", oavsett utbildningsnivå eller anställningsform.

Distriktssköterskan/sjuksköterskan i äldreomsorgen

DSK har via sin vidareutbildning en fördjupad kunskap om äldre personers hälsotillstånd och kan därför vara en tillgång som ledare för teamet i ÄO (Dixon & Thompson, 2018). I ÄO arbetar en DSK eller en SSK som patientansvarig sköterska (PAS) och innehar rollen som teamledare. I det övriga teamet runt vårdtagarna ingår arbetsterapeuter, fysioterapeuter, läkare och OVP (Josefsson & Ljung, 2017). En patientansvarig sjuksköterska kan ha det medicinska ansvaret för vårdtagare inflyttade till särskilda boenden (Furåker & Nilsson, 2013). Patientansvaret kan också gälla för vårdtagare inskrivna i hemsjukvård och bosatta i ordinärt boende inom ett visst geografiskt område (Josefsson & Ljung, 2017). I ansvaret ingår att samordna och planera insatser för vårdtagarnas basala och specifika omvårdnad, dokumentera utförda handlingar, sköta kontakter med andra vårdgivare, utföra undersökningar och behandlingar samt att undervisa och utbilda annan personal och utfärda delegeringar till OVP, men även undervisa vårdtagare och närstående (Nilsson et al., 2009; Norell, Ziegert & Kihlgren, 2013; Josefsson & Ljung, 2017). DSK har i sin vidareutbildning ett uppdrag att särskilt fokusera på hälsofrämjande insatser och att upptäcka och förebygga psykisk och fysisk ohälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2018). En DSK har också utbildning för att självständigt diagnostisera vissa åkommor och är beviljad möjligheten att självständigt ordinera och förskriva enligt Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel (HSLF-FS 2018:43).

I ÄO har DSK ofta en hög egen arbetsbelastning, vilket påverkar möjligheterna till att handleda eller utbilda OVP (Bystedt et al., 2011). En DSK kan ensam ansvara för upp till 500 vårdtagare under kvällar, nätter och helger (Socialstyrelsen, 2008). God och säker vård är beroende av att DSK är involverad i kompetensutveckling och handledning för OVP. Ett gott samarbete i teamet runt vårdtagarna ger tryggare arbetsgrupper och påverkar kvaliteten på omvårdnaden positivt (Spilsbury & Meyer, 2005; Siegel, Young, Mitchell & Shannon, 2008; Bittner & Gravlin, 2009; Woods, Guo, Kim & Phillips, 2010; Bystedt et al., 2011).

För att få det dagliga arbetet i ÄO att fungera behöver hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras till OVP, vilket kan leda till en känsla av osäkerhet hos den som utfärdat delegeringen, eftersom kontrollen över momentet försvinner i samband med delegeringsförfarandet (Bystedt et al., 2011). Att delegera uppgifter till annan personal är en komplicerad och viktig uppgift som ställer krav på den delegerande personens kompetens och erfarenhet. DSK/SSK med mindre än fem års sammanlagd yrkeserfarenhet upplever att det är svårt att delegera och de är också sämre på att stämma av och följa upp delegeringar, jämfört med mer erfaren personal (Bystedt et al., 2011; Kaernsted & Bragadottir, 2012; Snelvedt & Bondas, 2016).

Utbildnings- och kompetensnivå varierar stort bland OVP, och därför kan DSK känna osäkerhet kring vissa delegeringar (Bystedt et al., 2011). Situationen kan också ses som en patientsäkerhetsrisk. Inför varje delegering måste kompetensen hos den OVP som ska erhålla delegation utvärderas. Det är viktigt att DSK är lyhörd och anpassar utbildning och stöd till OVP individuella behov. Att utbilda OVP i olika hälso- och sjukvårdsuppgifter inför delegering kräver att DSK själv tar itu med sin osäkerhet inför delegeringsförfarandet (Bittner & Gravlin, 2009; Bystedt et al., 2011; Pringle, 2017).

Delegeringsförfarandet

Socialstyrelsens ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) beskriver de riktlinjer som styr hur ordinationer och hantering av läkemedel ska ske inom alla delar av hälso- och sjukvården, oavsett var den bedrivs och vem som är huvudman.

Delegering innebär att en person inom hälso- och sjukvården som har formell kompetens för en medicinsk arbetsuppgift överlåter uppgiften till en annan person som saknar formell kompetens men som har reell kompetens för att ta emot delegeringen (Vårdhandboken, 2018). Hälso- och sjukvårdsuppgifter får enligt Socialstyrelsens delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

(SOSFS 1997:14) endast delegeras då det är förenligt med god och säker vård. Det finns också uppgifter som är särskilt reglerade och som inte får delegeras alls, exempelvis ordination av läkemedel. Delegering av medicinska arbetsuppgifter får inte göras till slentrian eller på grund av tidsbrist hos personalgruppen som har den formella kompetensen (SOSFS 1997:14, Vårdhandboken, 2018). Den delegerade arbetsuppgiften ska vara tydligt formulerad, den ska inte kunna missförstås och delegerade arbetsuppgifter är personliga. Delegeringsbeslutet gäller för samma typ av arbetsuppgifter hos alla vårdtagare inom ett visst område där OVP arbetar och ska förnyas årligen. Utfärdade delegeringar ska kontinuerligt utvärderas. Om någon uppgift inte utförs tillfredsställande eller enligt riktlinjer för god och säker vård, ska delegeringen dras tillbaka och den person som frångått delegeringen får därefter inte utföra de uppgifter som han/hon tidigare gjort innan ny delegation erhållits. Om en person underlåtit att förnya sin delegation men fortsatt utföra de uppgifter som tidigare varit delegerade är detta ett skäl att dra tillbaka delegeringen under en period på grund av oaksamhet. En utfärdad delegering upphör också att gälla om den som utfärdat delegeringen slutar sitt arbete (SOSFS 1997:14).

Den som mottagit en delegation bär alltid själv det fulla ansvaret för att utföra de uppgifter som vederbörande har åtagit sig att göra i samband med att delegeringen skrevs, men det är fortfarande den som utfärdat delegeringen som är skyldig att tillse att uppgifterna kan utföras på ett korrekt sätt. Båda parter måste därför försäkra sig om att de är överens om vad det är som ska utföras, varför, hur och när det ska utföras och även om behovet av en återkoppling efter utfört arbete föreligger (SOSFS 1997:14; Quallich, 2005; Alcorn & Topping, 2009; Bittner & Gravlin, 2009). I studier framkommer det att regelverket för delegering inte alltid följs (Nilsson et al., 2009; Craftman et al., 2012; Furåker & Nilsson, 2013). Det kan vara svårt att få verksamheten att fungera om exempelvis administrationen av läkemedel inte delegeras. DSK i ÄO upplever att det sällan finns andra realistiska alternativ än att fortsätta med detta arbetssätt. Regelverket för delegering upplevs inte vara förankrat i de verkliga förhållandena (Craftman et al., 2012; Gransjön Craftman et al., 2014). På särskilda boenden kan vårdtagarna erhålla två tredjedelar av de medicinska insatser som de behöver från delegerad OVP, endast en tredjedel av insatserna görs av DSK. DSK utför också fler medicinska insatser till vårdtagare på ett särskilt boende än till de som bor i ordinärt boende (Norell et al., 2013). Vilken typ av utbildning som ges inför delegeringen kan skilja sig från kommun till kommun. Det är MAS, ofta i samråd med någon DSK, i respektive kommun som står som ytterst ansvarig för att delegeringar sker på ett korrekt sätt, samt ansvarar för och utformar utbildningsmaterialet (SOSFS 1997:14; Bökberg & Drevenhorn, 2017). Den teamledande DSK ansvarar för så många delegeringar att det kan bli svårt att hinna följa upp dem alla, vilket kan leda till ökad patientsäkerhetsrisk (Socialstyrelsen, 2008).

Säker vård

Inom ÄO som helhet är det händelser inom vård och behandling samt läkemedelshantering som lett till flest anmälningar till IVO (IVO, 2016). För att DSK i ÄO ska kunna arbeta strukturerat med säker vård krävs tydliga rutiner, stöd från arbetsledningen och att arbetsplatsen kontinuerligt arbetar med verksamhetsutveckling. Ibland kan säkerheten snarare bero på systemfel än på mänskliga fel (Lang, Edwards & Fleiszer, 2008; Josefsson & Peltonen, 2015). Grundläggande för att vården ska hålla en hög patientsäkerhet är förmågan till att reflektera kring vårdkultur, arbetssätt och de risker som finns (Cronenwett et al., 2007). Vidare är kunskap om organisatoriska säkerhetssystem, människans förmåga och begränsningar, samt förståelse för orsak och sammanhang i vårdmiljön en förutsättning för att arbetet med säker vård ska fungera framgångsrikt. Det är nödvändigt att teamsamverkan fungerar och att information och kommunikation mellan OVP, DSK/SSK, närstående och vårdtagare fungerar bra (Cronenwett et al., 2007).

I början av 2000-talet började ansvariga myndigheter och organisationer, bland annat Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2011), att på bred front aktivt och strukturerat arbeta med patientsäkerhet. Lagstiftningen skärptes och föreskrifter togs fram, i syfte att minska skador inom vården. År 2011 kom den nuvarande *Patientsäkerhetslagen* (PSL 2010:659) att träda i kraft och därigenom ställdes krav på varje aktör inom vården att arbeta systematiskt med patientsäkerheten. SKL identifierade en stor säkerhetsrisk då ordinationer som förändrades under ineliggande vårdtid inte överrapporterades korrekt i samband med utskrivning till hemsjukvård/ÄO. En korrekt ordinationshandling är en förutsättning för att den som ska överta vården kan göra korrekta ställningstaganden till de fortsatta omvårdnadsåtgärderna (Sveriges kommuner och landsting, 2011).

Även DSK egen kompetensutveckling riskerar att bli eftersatt på grund av omständigheter på arbetsplatsen, exempelvis personalbrist. Avsaknad av tydliga arbetsrutiner kan också skapa en osäkerhet

(Furåker & Nilsson, 2013). Andra riskfaktorer som kan påverka patientsäkerheten negativt kan vara omfattande omsättning på personal (såväl hos DSK som hos OVP), bristande kontinuitet, bristande kommunikation och brist på kunskap hos OVP (Furåker & Nilsson, 2013; Berland & Bentsen, 2017). Ytterligare en säkerhetsrisk som ses hos många äldre är polyfarmaci, vilket brukar definieras som fyra eller fler receptbelagda läkemedel dagligen (Komiya et al., 2018). Även läkemedelsinteraktioner, biverkningar, risker för dubbel dos då byte till generika gjorts eller att vårdtagaren helt enkelt får fel läkemedel på grund av likhet i handelsnamn men olika verksamma substans är säkerhetsrisker som identifierats inom vård av äldre. Äldres compliance gällande de ordinerade läkemedlen kan brista och när de inte kan ta sina tabletter själva blir även det en osäkerhetsfaktor (McGoldick Friedman, 2005; Metsälä & Vaherkoski, 2014; Berland & Bentsen, 2017; Komiya et al., 2018; Ming & Zecevic, 2018). Olikheter i journalssystem mellan slutenvård och öppenvård som finns orsakar kommunikationsvårigheter och försvårar samverkan mellan olika vårdgivare, vilket leder till en sämre patientsäkerhet och en osäkerhet hos vårdtagarna, då de kan uppleva att de inte får den vård de behöver (Socialstyrelsen, 2008; Swedberg et al., 2012).

DSK i ÄO arbetar oftast ensam och tillbringar även många timmar av sitt arbetspass på väg mellan olika insatser. Vid dessa tillfällen får bedömningar av en vårdtagares mående göras genom andrahandsuppgifter per telefon från OVP och DSK måste då förlita sig på att den uppringande personalens kompetens att bedöma situationen är tillräckligt hög för att bedömningen ska bli korrekt (Nilsson et al., 2009; Furåker & Nilsson, 2013; Johansson-Pajala, Jorsäter-Blomgren, Bastholm-Ramner, Fastbom & Martin, 2016). DSK beskrev att de upplevde brister i kommunens organisation och att deras arbete ofta fördröjdes på grund av svårigheter i kommunikation med läkare eller andra kollegor, vilket ledde till en sämre säkerhet i vården av de äldre (Josefsson & Peltonen, 2015). Misstag vid läkemedelsadministration är en betydande orsak till sjukhusbesök för äldre personer och störst risk löper de som bor på särskilda boenden. Orsakerna till misstagen var brist på rutiner, stress och att personalen blev störda under viktiga moment (Szczepura, Wild & Nelson, 2011). Risken att misstag skulle begås var som störst om den som utfärdade delegeringen arbetat mindre än fem år och den som mottagit delegeringen hade arbetat mindre än ett år (Mitty et al., 2010).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering avseende utbildning och överlämning i äldreomsorgen.

Metod

Design

Valet av ansats styrs av syftet med studien. Kvalitativ forskning är lämplig som metod då personers erfarenheter, åsikter och upplevelser ska beskrivas eller jämföras, oavsett vilket ämnesområde som ligger till grund för forskningen (Polit & Beck, 2017). Denna studie genomfördes som en kvalitativ studie med induktiv och empirisk ansats. En induktiv innehållsanalys var att föredra då det fanns fragmenterad förkunskap inom det område som studerades (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Urval av deltagare

Studien har genomförts i två kommuner nära författarnas bostadsorter i västra Sverige under hösten 2018. Urvalet av informanter skedde genom tillgänglighetsurval (Henricson & Billhult, 2017). Berörda verksamhetschefer inom ÄO kontaktades per telefon för bokning av ett personligt möte där de delgavs information om studien och lämnade sitt medgivande till genomförandet (bilaga 1). De enhetschefer som ansvarar närmast OVP kontaktades därefter och fick en kort presentation av studien, samt tillfrågades om hjälp med förslag på informanter med önskade inklusionskriterier (se nedan). Studien presenterades därefter enbart av enhetscheferna på arbetsplatsträffar för OVP och intresserade informanter fick även en första skriftlig information om studien vid detta tillfälle (bilaga 2).

Önskade inklusionskriterier som framgick av informationsbrevet (Bilaga 1), var att informanterna helst skulle ha en omvårdnadsutbildning omfattande minst ett år, för att ha fått grundläggande kunskap om ÄO och läkemedelshantering. Av totalt tolv inkluderade informanter var det fem som inte uppfyllde inklusionskriterierna avseende omvårdnadsutbildning, då de saknade formell vårdutbildning. Då de inhämtat de reella kunskaper som krävdes för att erhålla delegering för läkemedelsöverlämnande och även uppfyllde övriga önskade inklusionskriterier gjordes valet att inkludera dem i studien. Övriga önskvärda inklusionskriterier var att informanten skulle ha arbetat inom ÄO i minst ett år för att ha hunnit genomgå utbildning inför läkemedelsdelegering, skaffa sig erfarenhet av att överlämna läkemedel till olika vårdtagare samt inneha en aktuell delegering för läkemedelsöverlämnande av läkemedel som är dosdispenserade, tas ur dosett eller som måste tas ur originalförpackning. Delegering gällande alla övriga hälso- och sjukvårdsuppgifter har undantagits i denna studie.

Antalet informanter som anmälde intresse att delta i samband med arbetsplatsträffarna har inte framkommit, inte heller om dessa erbjöd sitt deltagande frivilligt eller ombads delta av enhetscheferna, men ett tiotal namn och kontaktppgifter till tänkbara informanter tillhandahölls från vardera kommunen. Av dessa tillfrågades slumpmässigt först sex informanter från vardera kommunen om deltagande men på grund av ett avhopp av en informant i den ena kommunen tillfrågades ytterligare en informant i den andra kommunen för att få sammanlagt tolv informanter. Fördelningen blev därmed sju personer från den ena kommunen och fem personer från den andra kommunen. Deltagarna arbetade i såväl hemtjänsten som på särskilt boende. De deltagande informanterna var tio kvinnor och två män. Tre av informanterna hade även annat språk än svenska som modersmål. En presentation av informanternas ålder, kön, antal arbetsår inom ÄO samt typ av utbildning visas i tabell 1.

Tabell 1. Bakgrundsvariabler för deltagarna i studien

Ålder	Antal informanter, kön
19-35	3 kvinnor, 2 män
36-55	3 kvinnor
>56	4 kvinnor
Antal arbetsår inom äldreomsorgen	
1-19 år	8 st
> 20 år	4 st
Typ av vårdutbildning	
Ingen utbildning	5 st
Vårdbiträde	2 st
Undersköterska	5 st

Datainsamling

Verksamhetscheferna godkände att intervjuerna ägde rum under arbetstid. Kontakt etablerades med informanterna via telefonsamtal eller sms. De fick föreslå tillfällen då de hade möjlighet att genomföra intervjun för att det skulle fungera för deras arbetsschema och därefter gjordes en överenskommelse om tid för intervjutillfället.

Frågorna i frågeguiden (bilaga 3) bygger på den fakta som framkommit i de studier som använts i bakgrunden, exempelvis där DSK/SSK uttryckt svårigheter med utbildningen av OVP då deras grundkunskaper och språkförståelse varierade (bland annat Bystedt et al., 2011), eller den frustration som DSK/SSK uttryckt över att regelverket inte följdes i verksamheten (bland annat Craftman et al., 2012). De studier där OVP fått uttala sig om sin arbetssituation ligger till grund för de frågor som handlar om stresspåverkan och felkällor (Ericson-Lidman et al., 2013; Gransjön Craftman et al., 2014). En provintervju genomfördes för att se om de frågor som skapats gick att besvara så att syftet med studien bibehölls. Efter genomförandet av provintervjun togs irrelevanta frågor bort. Även provintervjun spelades in och då flertalet av svaren som framkom i denna svarade väl mot syftet, gjordes valet att inkludera

även denna i resultatet. De återstående frågeställningarna användes därefter som ett stöd för att bibehålla strukturen i samtalet, snarare än som enskilda frågor.

Informanterna fick initialt presentera sig med ålder, arbetslivserfarenhet inom ÄO. Därefter ställdes en öppen fråga; vilka är dina spontana tankar och erfarenheter av läkemedelsdelegering? I de fall där informanterna spontant beskrev de frågeställningar som var intressanta för studiens syfte ställdes inga ytterligare frågor om detta, men om något efterfrågat område inte nämndes kunde en fråga formuleras kring det, exempelvis ”kan du förtydliga detta gällande utbildningen?” eller ”hur tänker du kring stödet från den sjuksköterska som ansvarar för din delegering?”

Tio av intervjuerna ägde rum på informanternas arbetsplatser, antingen under pågående arbetstid när det fanns möjlighet att gå ifrån en stund eller i anslutning till att ett arbetspass skulle avslutas eller påbörjas. Två intervjuer i den ena kommunen gjordes per telefon och spelades in via högtalartelefon mellan två telefoner. Intervjuerna genomfördes enskilt av en intervjuare i respektive kommun där studien ägde rum och de tog mellan 20 och 35 minuter i anspråk.

Frågeguiden underlättade för att samtalet skulle bibehålla strukturen i intervjuerna och hålla kvar samtalet kring det önskade ämnesområdet, vilket i sin tur underlättade vid analysen (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Polit & Beck, 2017). Intervjuerna spelades in elektroniskt som ljudfil på mobiltelefon för att därefter transkriberas ordagrant i nära anslutning till intervjutillfället. Vid intervjuerna gjordes även korta noteringar om sådant som inträffade i samband med intervjun, exempelvis att arbetskollegor till informanterna kom och störde med någon viktig arbetsrelaterad fråga, eftersom vissa intervjuer ägde rum under pågående arbetstid och inspelningen därigenom tillfälligt fick avbrytas. Transkriberingen av intervjuerna skedde fortlöpande under insamlingsarbetet. Det inspelade materialet lyssnades igenom ett flertal gånger för att komplettera eventuella luckor och transkriberingarna lästes igenom flera gånger för att få en uppfattning om innehållet i sin helhet (Kvale & Brinkman, 2015).

Dataanalys

En viss förståelse för ämnet fanns inför uppstarten av studien, då båda författarna varit verksamma som patientansvariga sjuksköterskor inom ÄO och ansvarat för att utfärda delegeringar till OVP. Likaså diskuterades förståelsen i samband med analysen, för att minimera risken att den skulle påverka resultatet.

Det transkriberade materialet har bearbetats enligt en modell för innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004), där första steget i processen är att det transkriberade materialet genomläses för att inhämta helhetssyn. Därefter påbörjas arbetet med att markera meningsbärande enheter, kondensering av de meningsbärande enheterna, koda och sortera dem i underkategorier och huvudkategorier (ibid). På grund av det geografiska avståndet mellan författarna valdes en webbplattform som gemensam arbetsyta och de transkriberade intervjuerna laddades upp i enskilda dokument allteftersom. De meningsbärande enheter som framkom i transkriberingarna markerades med överstrykningsfunktion i de gemensamma dokumenten. Olika färgnyanser inom samma kulör användes för att markera de meningsbärande enheter som upplevdes beskriva liknande erfarenheter. Allteftersom materialet bearbetades med färgmarkeringar och genomläsningar framträdde gemensamt innehåll i materialet. De meningsbärande enheterna placerades i separata kalkylark för varje område som uppkommit, också webbaserat. Därefter skedde en kondensering och en kodning av respektive meningsbärande enhet och därefter skapades underkategorier och därefter huvudkategorier utifrån likheter och skillnader i materialet. Analysen av innehållet höll sig textnära, så kallad manifest ansats, vilket bedömdes vara den lämpligaste metoden då detta innebär att den transkriberade texten tolkas utifrån det uppenbara och tydliga, dock med en viss abstraktion (Graneheim & Lundman, 2004). Se tabell 2 för exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet till huvudkategori.

Tabell 2 Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Jo, det tycker jag ju, det är ju <u>viktigt att man kommunicerar</u> ... De gick med mig till alla vårdtagare och om det var någonting <u>så sa de till mig det direkt</u>alltså det var väldigt bra för att jag kände att jag fick det <u>stödet jag behövde</u> ...	viktigt med kommunikation dela med sig av erfarenhet stöttande kollegor	Betydelse av kommunikation i den egna gruppen	Teamsamverkan
Ja, jag <u>får alltid svar på det jag frågar om</u> ... ehh... och om man inte får ett svar så har vi en dialog. <u>Då brainstormar vi lösningar</u> ... ibland får <u>de släppa det de [åsyftar DSK] håller på med och komma till mig eller så</u> .	alltid svar på frågor diskuterar fram lösningar kommer och visar	Stöd från DSK	

Fyra kategorier framkom i analysprocessen och tilldelades underkategorier, vilka senare framgår av sammanställningen i tabell 3 som återfinns i presentationen av resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Belmontrapporten har forskare en skyldighet att undvika, förebygga samt minimera risker för skada vid studier på människor, det vill säga autonomiprincipen, människovärdesprincipen (respekt för personen), rättvisepprincipen och godhetsprincipen (göra-gott-principen) (Polit & Beck, 2017). I Helsingforsdeklarationen för biomedicinsk forskning tydliggörs att forskning inte får kränka den enskilda deltagarens mänskliga rättigheter och ska vara av nytta för samhället. Nürnbergkodexen utformades efter andra världskriget och påtalar vikten av att deltagande i en studie ska vara frivilligt och att informerats samtycke till deltagande i studien krävs (Codex, 2018a; 2018b). Med dessa principer i åtanke erhöLL informanterna i denna studie en skriftlig information om syftet med studien i förväg (bilaga 2) och vid intervjutillfället tillfrågades först informanterna om de fortfarande önskade medverka i studien eller avbryta sitt deltagande samt fick skriva under en blankett gällande informerats samtycke (bilaga 4). Vid intervjun gavs informanterna även möjlighet till att ställa frågor om studiens genomförande och syfte innan inspelningen påbörjades och efteråt fick de tillfälle att berätta hur de upplevde att ha blivit intervjuade, samt göra eventuella tillägg och korrigeringar av det som avhandlats under intervjun.

Ljudfilerna döptes till "Ljudfil + en siffra" för att redan där påbörja avidentifieringen av informanterna. I samband med transkriberingen döptes dokumentet till samma namn som ljudfilen för att kunna återkopplas till respektive intervju under det pågående arbetet med kondenseringen, men respektive informant var inte längre identifierbar (*Lag om etikprövning av forskning som avser människor*, SOSFS 2003:460; Kvale & Brinkmann, 2015).

De etiska koderna framtagna av International Council for Nurses [ICN] kan användas som ett redskap för en studies forskningsetiska utformning och de frågor som ställs i forskningssyfte. Speciellt viktigt är det att inte kränka människovärdesprincipen i samband med en intervjustudie. Det är viktigt att informanterna i studien känner sig trygga i samband med intervjun, att de är väl informerade om studiens syfte och frågeställning inför intervjutillfället och att de även får information om att andra studenter, lärare eller forskare kommer att kunna ta del av råmaterialet till studien. Denna studie har genomförts på vuxna personer och inga känsliga frågor om egen hälsa eller sjukdomar har diskuterats, enbart yrkesrelaterade frågor har berörts. På grund av detta har ingen plan för debriefing heller varit nödvändig att ta fram (Polit & Beck, 2017; Kvale & Brinkmann, 2015; ICN, 2018).

Inför studien gjordes en självgranskning av projektplanen enligt en mall som Jönköpings högskola tillhandahöll. Vid egengranskningen kunde inga hinder avseende någon av de tidigare nämnda etiska

principerna identifieras i studiens design, datainsamlingsförfarande eller analysprocess, då det tydligt framkom att studien inte innebar några risker eller nackdelar för informanterna gällande hälsa eller att den personliga integriteten riskerade att äventyras. Inga personregister upprättades och i den skriftliga informationen framgick tydligt vad syftet med studien var samt att deltagandet var frivilligt. Eftersom studien ägde rum inom ramen för en vidareutbildning behövdes inget etiskt tillstånd för studien sökas hos den lokala etikprövningsnämnden.

Resultat

För att kunna besvara studiens syfte med att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering avseende utbildning och överlämning i äldreomsorgen, kom dataanalysen fram till fyra kategorier, *en komplex arbetssituation, brister i patientsäkerhet, teamsamverkan* samt *betydelsen av utbildning och vårderfarenhet*. De fyra kategorierna med tillhörande underkategorier presenteras i tabell 3. Resultatet presenteras i löpande text med en rubrik för varje kategori följt av tillhörande underkategorier. I resultatet styrks kategorierna med citat från originalutskriften av intervjuerna.

Tabell 3 Sammanställning av huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategori	Underkategori
En komplex arbetssituation	Vikten av att göra rätt Krav på delegering för fungerande verksamhet
Brister i patientsäkerhet	Arbetsrelaterad stress Otydlig dokumentation
Teamsamverkan	Betydelsen av kommunikation i teamet Stöd från distriktssköterskan
Betydelsen av utbildning och vårderfarenhet	

En komplex arbetssituation

Vikten av att göra rätt

Att lämna över läkemedel ansågs vara ett stort ansvar som delegerades till omvårdnadspersonalen (OVP). En delegering innebar ett förtroende att utföra någon annans uppgift. Det var viktigt att vara noga och att det blev rätt i samband med överlämnandet av läkemedel. OVP kände väl till vilken patientansvarig sjuksköterska (PAS) som utfärdade deras delegering samt att de själva stod som ansvariga för det som delegerats till dem och att de utförde detta korrekt. De kände också till att det är den som utfärdat delegeringen som har det yttersta ansvaret för delegerade arbetsmomentet. Det fanns också en medvetenhet om att delegeringen kunde dras in om något gjordes fel och det var bra om någon som gjort allvarliga fel stoppades från att fortsätta sitt arbete. Att de själva nog hade missat någon signering ibland, erkände informanterna, men kände att det var skönt att de hade klarat sig från att göra allvarligare misstag, trots stress eller andra faktorer som kunde påverka arbetssituationen.

”...Visst, alla kan göra ett enstaka fel eller misstag men om det upprepas så ska man kanske läsa på igen... göra om provet och så...”

OVP med många års arbetslivserfarenhet inom ÄO kunde inte alltid minnas när diskussionen gällande skriftlig delegering kom på tal. Att ge vårdtagarna läkemedel sågs som en självklar del i arbetet som de utförde och de kunde inte minnas om de fått någon särskild utbildning eller inte, innan de själva började överlämna läkemedel. Det framkom även att det sällan var någon DSK inblandad i omvårdnaden då. Erfarenheten var att det hade fungerat bra även på den tiden men att dosdispenserade läkemedel på senare år underlättat hanteringen av läkemedel i samband med administrering.

Informanter som hade arbetat inom andra yrken innan de bytte inriktning och började i ÄO uppgav att de förvisso var nervösa när de skulle överlämna läkemedel första gången på egen hand, men kände också en trygghet i att de var lite äldre och hade en annan generell arbetslivserfarenhet. Att bli av med sin delegering om de haft den länge och varit vana vid att kunna göra allt hos en vårdtagare skulle medföra känslor av otillräcklighet. De skulle känna sig obekväma med att de först skulle ha varit hos någon och hjälpt till med morgontvätt, påklädning och liknande och sen skulle någon annan komma dit för att överlämna mediciner och ge insulin. Att avstå delegering skulle också innebära att kollegorna fick dra ett större lass och därmed fick en tyngre arbetsbelastning.

“...det har varit så mycket med läkemedelsmissar, det sätts ju så stor press på gruppen... det dras delegeringar och då får det hittas en ny lösning på det hela...”

Krav på delegering för fungerande verksamhet

För att verksamheten skulle fungera förväntades personalen ha delegering på att överlämna läkemedel. Önskemål om att ta emot delegering hade ibland tagits upp av arbetsgivaren redan efter ett par arbetspass. Bredvidgång med mer erfaren personal var obligatoriskt, dock i varierande omfattning och även beroende på tidigare erfarenhet från ÄO.

“...Precis när jag blev anställd... jag fick den, kanske efter två dagar. Man måste ha delegering direkt. För om du inte har fått delegering, kan du inte arbeta...”

De som arbetat innan kravet på skriftlig delegering infördes tyckte att det var en märklig upplevelse att arbetsgivaren helt plötsligt satte ett krav på dem att behöva skriva på ett papper för att få fortsätta överlämna läkemedel till vårdtagarna men accepterade att göra det eftersom de nya föreskrifterna krävde det. Informanterna kände ofta någon som redan arbetade inom ÄO när de själva började där och därför visste de att de skulle erhålla olika delegeringar på arbetsuppgifter. Det var frivilligt att ta emot delegation på vissa uppgifter men OVP trodde att det var obligatoriskt att ta emot delegering för att överlämna tabletter. Det fanns ett stort behov av att ha delegering på att överlämna tabletter och även att kunna ta blodsocker och ge insulin, för att arbetet skulle fungera.

Det förekommer även att OVP fick delegering fast de inte borde ha det, bara för att arbetet skulle fungera. Det framkom att den PAS som var ansvarig för läkemedelsdelegeringar till en grupp OVP kunde pressas av arbetsgivaren att snabbt rätta och godkänna ett kunskapstest för att kunna utfärda en delegering. Arbetsgivaren hade framhävt behovet av delegerad personal för att arbetet skulle fungera, trots att PAS ansåg att för många fel begåtts på provet för att kunna godkänna en delegering till den inblandade medarbetaren.

“...Man brukar säga att har du bara två armar och två ben så kan du plocka in vem som helst från gatan till att jobba inom vården och då blir det som det blir...”

Brister i patientsäkerhet

Arbetsrelaterad stress

Den främsta orsaken till att fel i samband med läkemedelsöverlämnande inträffade ansågs vara stresspåverkan, oavsett om vården bedrevs i ordinära boenden eller på särskilt boende. Erfarenheterna var att det överlag har blivit tyngre arbetsmässigt inom ÄO. De tyngre och sjukare vårdtagarna krävde mer hjälp av OVP, både medicinskt och omvårdnadsmissigt, då de hade fler läkemedel och vid många tillfällen under dygnet. Det framkom också från personal med lång arbetslivserfarenhet inom ÄO att det fanns en skillnad i hur bemanningssituationen var idag jämfört med hur den varit tidigare. De var numera färre OVP i tjänst per arbetspass och det saknades ofta personal i arbetsgruppen. Informanterna kunde förstå känslan av att DSK tappar kontroll över delegerade uppgifter då de visste att DSK hade så stora personalgrupper att hålla reda på och att grupperna förändrades ofta.

”... Vi har haft den oturen att det är underbemanning så det påverkar ju att vi får hoppa in extra och bygger på med stress för att brukarna har blivit sjukare och tröttare också...”

Var det för få OVP med giltig delegering på ett arbetspass så beskrev OVP på det särskilda boendet att de ofta var tvungna att springa mellan olika vårdtagare och göra lite här och lite där och sen gå tillbaka till den vårdtagare som de börjat med, för att slutföra alla åtgärder gällande läkemedelsöverlämnande som påbörjats, vilket gjorde att det var lätt att missa någonting. I hemtjänsten blev personalen oftare färdiga hos respektive vårdtagare innan de gav sig iväg till nästa och detta gjorde att de inte upplevde samma stresspåslag. Men även i hemtjänsten kunde det upplevas stressigt om något hände som gjorde att personalen blev försenad på sin runda och då var det lätt att begå misstag. De informanter som upplevde stress på sin arbetsplats uppgav att de var oroliga för att själva tappa fokus på sina delegerade arbetsuppgifter och vissa ville inte ta emot ytterligare delegeringar, exempelvis på att ge insulin. De upplevde att det var tillräckligt att ha tabletter att hålla reda på, speciellt när de själva var nya på arbetet.

Otydlig dokumentation

Otydliga signeringslistor respektive röriga ordinationshandlingar hade stor betydelse för hur mycket fel som uppstod. Klockslag som blandades på signeringslistorna angavs vara en stor anledning till fel, då läkemedel som skulle ges vid samma tidpunkt kunde stå på många olika signeringslistor, i stället för samlade. När vårdtagarna hade tabletter som skulle tas både från dospåsar eller dosett, från originalförpackningar och dessutom insulin och/eller ögondroppar, kunde den ordinationshandling som skulle kontrolleras vara på flera sidor och det var lätt att missa något som skulle ges. Det framkom också svårigheter i att se om tabletter var givna då de skulle tas ur en originalförpackning eftersom det inte fanns någon kontroll på hur många tabletter som funnits i förpackningen från början, om inte det var narkotiska preparat som skulle kontrollräknas i samband med överlämnandet.

“... Ja, hur många gånger har man inte stått och vänt o vridit på dom här listorna och tänkt ”hur menar dom här” eller vad vill dom att vi ska göra nu...”

Uteblivna signeringar angavs som det vanligaste felet som OVP kände till. Deras erfarenhet var att det oftast berodde på att något hänt som avbrutit den pågående rutinen med att ta fram medicinen, räkna och kontrollera, överlämna och sen signera att vårdtagaren fått sina tabletter. Signaturen från föregående OVP sågs som en garant för att läkemedlen var överlämnade, speciellt för läkemedel ur originalförpackningar. På signeringslistorna fanns även möjlighet att markera om vårdtagaren exempelvis nekat att ta sina tabletter, kräkt upp dem eller sovit vid besöket, vilket gjorde att nästkommande OVP ändå kunde se att den som varit där tidigare hade försökt överlämna läkemedlen. Den uteblivna signaturen ledde till att den OVP som kom hem till en vårdtagare nästa tidpunkt inte visste om medicinen var given eller inte.

“...så larmar det mycket eller så är det en kollega som behöver hjälp med nån ganska snabbt och så... att eeh, ja det blir ju lätt att man missar i farten...”

I hemtjänsten kunde ett planerat besök hemma hos en vårdtagare utebli helt och hållet och därmed missades även överlämnandet av läkemedel. Orsaken till detta fel var oftast att OVP fått reda på att vårdtagaren skulle iväg på något vid tidpunkten för det planerade hembesöket men att de sen inte fått vetskap om att vårdtagarens planer ändrats så att vederbörande var hemma. En annan orsak till uteblivna besök som nämndes var att det inte rapporterats någon förväntad tidpunkt för hemkomst från sjukhusvistelse, bara att vårdtagaren skulle komma hem någon gång under dagen. Detta berodde på att kommunikationen i den egna personalgruppen eller med andra i teamet runt vårdtagarna hade fallerat.

Teamsamverkan

Betydelsen av kommunikation i teamet

I personalgruppen löstes dagsplaneringen genom att de i början av ett arbetspass gick igenom vilka som var i tjänst, vad som skulle göras hos olika vårdtagare och vilka som hade gällande delegeringar

för de hälso- och sjukvårdsinsatser som stod på dagsprogrammet. Deras erfarenhet var att läkemedelsöverlämnande var något som de gjorde för att underlätta arbetet i ÄO. Därefter fördelades arbetsuppgifterna utifrån de förutsättningar som fanns. Informanterna gav uttryck för att samarbetet i den egna gruppen oftast fungerade väl och de försökte hjälpas åt och stötta varandra. Irritation kunde uppstå i gruppen om det var få som hade giltig delegering för just läkemedelsöverlämnande på ett arbetspass och det blev mycket att göra.

“...Men om någon vägrat ta emot sina tabletter eller man inte har haft tid att ge dem, det måste man ju rapportera vidare... men det är ju också viktigt att man skriver det på signeringslistan också... Ibland kan det ju vara att jag inte lyckas ge någon medicinerna men sen så kan nån annan i personalgruppen lyckas...”

När ny personal började i gruppen var det vanligtvis den mer erfarna OVP som tog hand om och stöttade den nya medarbetaren i upplärningen av olika arbetsmoment. Ibland blev det en ögonöppnare att lära upp någon annan för att de insåg att de själva slarvade med vissa moment. Den nya medarbetaren kände att bredvidgången var viktig och gav självsäkerhet och trygghet. Erfaren OVP upplevde att de fyllde en viktig funktion i att stödja de nyare kollegorna i deras arbete. Personal som arbetat många år inom ÄO beskrev att det hade blivit svårare att lära upp nya sommarvikarier då de ofta saknade vårdutbildning eller var helt oerfarna av vårdarbete. Samtidigt tog de själva ibland på sig en del av ansvaret för att det blivit fel.

“...Här har det blivit en del missar, under sommaren... främst tar väl det varit hos ny personal, där vi inte har varit tillräckligt duktiga att förklara hur man ska göra...”

Språkförståelsen upplevdes ha stor betydelse för samarbetet i teamet. Både när det gällde hur ordinationer och signeringslistor tolkades, men också hur kommunikationen med DSK fungerade. Det beskrevs exempelvis svårigheter i förståelsen om endera eller båda parterna i ett samtal inte pratade så bra svenska och då speciellt vid samtal per telefon. Det var heller inte alltid mobiltäckningen var optimal, vilket påverkade förståelsen av innehållet i samtalet. Det beskrevs också en osäkerhet på vad de medicinska orden betydde och att det formella språket kunde vara svårt att förstå, men att informanterna dels blivit säkrare själva allt eftersom de arbetat en längre tid men även att de lyckats få tydligare ordinationer och instruktioner skrivna på ett mindre formellt språk.

“...Nej det har vi faktiskt lyckats få bort det var så förut, då var det väldigt mycket fina läkarord, men det har vi lyckats få bort. Det har blivit en förbättring! Vi har ju inte så mycket utbildning i just sånt, alla konstiga latinska namn och sånt...”

OVP hade även uppmärksammat att det varit utbildningstillfällen inför delegering av läkemedelsöverlämnande där det fanns deltagare som inte kunde läsa frågorna på provet, då förståelsen av det svenska språket var undermålig. Det upplevdes märkligt att de ens var med på utbildningen eftersom de knappast kunde erhålla delegering om de inte kunde läsa frågorna på provet.

Stöd från distriktssköterskan

Genomgående upplevdes stödet från DSK som viktigt och OVP kände sig trygga i att ringa när de behövde stöd. Det nämndes dock att de ibland kände av att DSK var stressad och knappt hade tid att svara. Det upplevdes också att det kunde vara stor skillnad mellan sommarmånaderna och resten av året då DSK ofta var mer stressade under sommaren. OVP ansåg att det var deras skyldighet att ringa och meddela DSK om något inte stämde, exempelvis om någon inte fått sina tabletter vid rätt tidpunkt eller om det fanns fel i en apodospåse eller ett dosettfack. De fick oftast bra svar på hur de skulle gå tillväga för att själva kunna identifiera felet, vilket gav en positiv känsla och en ökad kunskap.

“...Ja, jag får alltid svar på det jag frågar om... ehh... och om man inte får ett svar så har vi en dialog. Då brainstormar vi lösningar...”

Ibland fick OVP vänta länge på att DSK skulle komma till dem då de ringt och behövde ha hjälp med något som inte gick att lösa per telefon. Detta sågs som ett större problem för personal som arbetade ute i hemtjänsten än för de som fanns på det särskilda boendet, eftersom de alltid befann sig i samma

byggnad som vårdtagarna. Den samlade erfarenheten var också att det fungerade bättre om DSK var känd i arbetsgruppen och hade regelbunden kontakt med dem, jämfört med en vikarie.

“...Man ska ju vara glad om det är samma sköterska som kommer tre dagar på raken...”

Betydelsen av utbildning och vårderfarenhet

Utbildningen inför delegering upplevdes vara tillräcklig, men det framkom skillnader i erfarenheterna av hur utbildningen upplevdes beroende på om personalen hade en grundläggande vårdutbildning eller inte. Informanter som hade någon form av vårdutbildning uppgav att de hade lätt att förstå innehållet i utbildningsmaterialet inför delegeringen. Att ta sig tid att läsa igenom utbildningsmaterialet inför utbildningen var att ta ansvar för de nya kunskaper som skulle erhållas, oavsett tidigare förkunskaper och erfarenheter.

“... det är ganska mycket kunskaper om man läser häftet noggrant innan. Man får ett häfte som man måste läsa själv. Det måste man göra innan man går utbildningen... var och en för att ansvara för att man läser igenom det och har man läst det ordentligt borde man klara sig...”

Utbildningen upplevdes som för enkel för OVP som hade lång arbetslivserfarenhet inom ÄO, för att de redan hade de kunskaper som den gav. De hade dock full förståelse för att andra i personalgruppen som inte hade lika lång arbetslivserfarenhet som de själva hade, behövde både mer tid på sig och kanske mer utbildning också. För att förstå vikten av det som lärdes ut under utbildningen inför läkemedelsdelegering ansåg OVP att det åtminstone behövdes en viss tids arbetslivserfarenhet från ÄO innan utbildningen fick genomföras och delegation kunde erhållas. Informanter som arbetat en längre tid inom ÄO efterlyste möjlighet att få fördjupade kunskaper istället för enbart repetition. De var nyfikna och ville veta mer än bara hur de gav tabletterna. Det framkom tankar om att det kunde vara en tillgång både för vårdtagarna och för mindre erfarna kollegor om det fanns personal i gruppen som hade en djupare förståelse för vad som hände rent fysiologiskt när ett läkemedel hade getts.

Frågorna på kunskapstestet hade återkommit år efter år och gjorde att provet inte längre var någon utmaning för dem eftersom de lärt sig svaren utantill. Det framkom att en del utbildning inför delegering numera hade gjorts om till datorstödd utbildning, vilket sågs som både positivt och negativt. Positivt att ett godkänt resultat från det momentet krävdes för att gå vidare till den muntliga delen av utbildningen och göra ett kunskapsprov efteråt. Samtidigt fanns en rädsla för att inte kunna få samma stöd från DSK som tidigare utbildning gett och att texten i datorprogrammet skulle vara svår att förstå. Erfarenheten var att muntliga genomgångar i större eller mindre grupper alltid behövdes, oavsett övriga utbildningsmoment, eftersom det lockade till en diskussion om sådant som var komplicerat.

“... Ja, det spelar ju stor roll vem som föreläser också... är det någon som är intressant och det är nytt... jag har varit på många såna utbildningar och så, ibland man är helt slut och trött i huvudet och det är så tråkigt... men ibland blir man pigg och man diskuterar mer och så... det är jätteintressant...”

DSK som ansvarade för utbildningen kunde också visa och förklara på olika sätt och med olika ord så att det därigenom blev enklare att förstå utbildningen. Det fanns en önskan från OVP om möjligheterna att diskutera svaren med DSK, efter genomfört kunskapsprov. Därigenom kunde de få fördjupad insikt i vad som blivit fel om de inte blivit godkända. Förslag framkom också om att OVP skulle få gå om hela utbildningen och göra om kunskapsproven tills de hade alla rätt.

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ metod var ett naturligt val av design, då syftet var att undersöka personers erfarenheter om ett visst område. Författarnas förförståelse riskerade att påverka analysprocessen och tolkningen av det insamlade materialet, vilket riskerade att minska trovärdigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Insikten om risken för påverkan av tidigare förförståelse för ämnesvalet i studien har varit känd under hela arbetets utveckling, men genom dialog med handledaren samt dialog i studiegruppen har riskerna försökt att minimeras. Delar av förförståelsen kan sägas ligga till grund för studiens fokus och syfte. Genomgående, vid skapandet av frågeguide, inklusionskriterier och vid analysprocessen, har förförståelsen belysts internt, med målet att den inte skulle påverka resultatet mer än vad som var oundgängligt, för att skapa ett pålitligt resultat. Studiens design, urval, datainsamling, och dataanalys har kontinuerligt diskuterats i samband med handledningstillfällen, vilket stärkte trovärdigheten för tolkningen av det insamlade materialet (Henricson, 2017).

En kvalitativ studie har en lägre överförbarhet än en kvantitativ studie. Den kvalitativa studiens resultat går att överföra till en liknande kontext som den som den aktuella studien genomförts i (Polit & Beck, 2017). Syftet med den här studien var att samla in erfarenheter från OVP gällande läkemedelsdelegering avseende utbildning och överlämnande, därför gjordes ett tillgänglighetsurval av informanter i de kommuner som fanns närmast till hands. Skulle samma frågor ställas till OVP i hemtjänst eller på särskilda boenden i andra kommuner skulle troligen liknande resultat framkomma.

Ett av studiens inklusionskriterier var att informanten helst skulle ha någon form av vårdutbildning, men trots att detta tydligt framgick i informationsbrevet visade det sig vara svårt att avgränsa urvalet till endast informanter med formell utbildning. Eftersom det fanns en tidspress för att samla in tillräckligt många intervjuer, transkribera och analysera dem gjordes valet att behålla även informanter utan utbildning och deras svar i resultatet. Bedömningen var att avsaknad av omvårdnadsutbildning speglar verkligheten och ökar snarare resultatets trovärdighet och överförbarhet genom att ha informanter med olika utbildningsbakgrund, då det ger ett mer variationsrikt material (Polit & Beck, 2017). En betydande andel av den OVP som arbetar inom ÄO idag har ett annat språk än svenska som modersmål och i studien finns det representanter för denna grupp med, vilket får ses som en styrka och ger en större variation i de erfarenheter som framkommit, jämfört med om informanterna varit en mer heterogen grupp, vilket också ökar överförbarheten i studien (Polit & Beck, 2017).

Från början var tanken att antalet informanter skulle delas lika mellan de båda kommuner och verksamhetsområden som studien bedrevs i. Då en informant från den ena kommunen tvingades hoppa av med kort varsel och det fanns möjlighet att snabbt rekrytera en informant från den andra kommunen, togs beslutet att det fick bli olika antal informanter från kommunerna för att få ihop sammanlagt tolv informanter. Beslutet att använda något fler informanter från ena kommunen bedöms inte sänka trovärdigheten i resultatet. Dock hade det varit en styrka om det varit lika många deltagare från respektive kommun eftersom det då hade blivit lika många informanter från särskilt boende respektive hemtjänst.

Antalet informanter i en kvalitativ studie kan ha betydelse för tillförlitligheten i det insamlade materialet men måste också ställas i relation till syftet med studien. För att beskriva variationer av erfarenheter och upplevelser behövs oftast fler informanter. Då en manifest innehållsanalys har genomförts på det insamlade materialet kan det räcka med tolv till fjorton informanter för att få ihop ett bra underlag till resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Vissa av informanterna upplevde att ljudupptagningen av intervjun var besvärande och de kände sig inte helt bekväma med situationen, medan andra inte berördes alls utan pratade helt fritt. Det var tillåtet att besvara frågor eller göra tillägg, efter att inspelningen avslutats. Denna information noterades och har också tagits med i resultatet, då den ibland ytterligare utvecklade det som diskuterats medan inspelningen pågick. Informanterna gav samtycke till att även den nedskrivna informationen kunde ingå i resultatet. Att nedteckna muntlig information i efterhand eller samtidigt som det sägs innebär att risken för feltolkning ökar, jämfört med inspelat material som kan återskapas ordagrant (Kvale & Brinkmann, 2015). Två av intervjuerna genomfördes via högtalartelefon på grund av svårigheter att få tid för ett fysiskt möte för intervju, där både informant och intervjuare kunde delta. Det kan ses som en svaghet då minspel och ansiktsuttryck inte går att se hos informanten och det kan vara svårt att

tolka hur en fråga tas emot (Kvale & Brinkmann, 2015). Inspelningarna var mellan 20 och 35 minuter långa. Den korta tiden kan utgöra en svaghet, men bedömningen var att de svar som inkommit genom inspelningarna varit tillräckliga för att bidra till resultatet. De kortare intervjuerna genomfördes med informanter som av olika skäl kände sig stressade vid tillfället. Informanternas svar blev då kortare och mindre uttömmande, men med stöd av frågeformuläret skapades ändå relevant material.

Några av informanterna kände att det varit lättare att förbereda sig om de fått ta del av frågorna i förväg för då hade de kunnat tänka igenom sina svar och kanske gett "bättre svar" enligt deras egna ord. Målsättningen var dock just att få fram spontana tankar och erfarenheter om ämnet och frågorna fick dessutom ibland modifieras beroende på informantens erfarenheter och hur de svarat på någon av de initiala frågorna. Informanterna erbjöds inte att läsa igenom den transkriberade texten efter intervjun, om så skett hade det ökat trovärdigheten i resultatet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den provintervju som genomfördes medförde att frågorna delvis fick förändras då några av de ursprungliga frågorna kunde vara svåra att minnas för en informant med lång erfarenhet inom ÄO. De resterande frågorna behölls och den informant som varit delaktig i provintervjun inkluderades i studiens resultat. Genomförandet av provintervju och påföljande förändringar av frågorna ger resultatet högre trovärdighet, då svaren på huvudfrågorna därefter oftast gav spontana svar även till tänkta följdfrågor (Kvale & Brinkmann, 2015). I några av intervjuerna fick däremot fler följdfrågor ställas för att få fram svar på dem, vilket troligen berodde på att informanten kände sig stressad över intervjusituationen och inte kom på något att säga. Frågeguidens funktion bedöms således bidragit till att öka resultatets trovärdighet. För att den genomförda studien skulle få en högre grad av tillförlitlighet och bekräftelsebarhet skrevs en tydlig beskrivning av urvalet samt en beskrivning av hur det insamlade materialet har tolkats och bearbetats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Ingen av informanterna uttryckte att de kände sig tvingade till att delta eller att de övervägde att avbryta sitt deltagande efter att ha fått information om studiens syfte, metod och möjligheten att avbryta sitt deltagande, enligt gängse forskningsetiska principer. De var nyfikna på att få ta del av resultatet när det blev färdigt. I kvalitativ forskning är det alltid en utmaning att bibehålla konfidentialitet för de informanter som deltar i en studie (Giordano, O'Reilly, Taylor & Dogra, 2007). Informanterna i denna studie var inte oroliga för att kunna bli identifierade i resultatet efter att ha fått information om hur avidentifieringen av materialet skulle genomföras.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visade att OVP upplevde arbetet med delegerat läkemedelsöverlämnande som ansvarsfullt och att det var viktigt att uppgiften blev korrekt utförd. Verksamheten krävde att nyanställd personal skulle erhålla delegering för läkemedelsöverlämnande snarast möjligt. PAS pressades att utbildas och låta nyanställd OVP att skriva kunskapsprov, trots att det upplevdes att personen inte var mogen att erhålla utbildning och påföljande delegering, på grund av exempelvis språksvårigheter. Inom den egna personalgruppen beskrevs stress vara det främsta skälet till att fel uppstod, exempelvis utebliven signering efter läkemedelsöverlämnandet. Kommunikationen inom teamet var viktig, dels för att förebygga misstag men även i upplärningen av ny personal. Stödet från DSK var viktigt för OVP, speciellt när något upplevdes vara felaktigt på en ordinationshandling eller en signeringslista.

Tidigare forskning (Ericson-Lidman et al., 2013, Gransjön Craftman, et al, 2014) har visat att OVP upplevde arbetet i ÄO som betungande och komplext och de hamnade i situationer där de tvingades välja mellan vårdtagarnas olika behov, samt hade en känsla av egen otillräcklighet i det dagliga omvårdnadsarbetet. Även annan forskning visar på den upplevda komplexiteten i arbetet inom ÄO, men då ur DSK perspektiv (Furåker & Nilsson, 2013; Josefsson & Peltonen, 2015).

Det framkom att de förväntningar som verksamheten hade på att all OVP skulle ha delegering medfört att en del deltagare vid utbildningen inte kunnat tillgodogöra sig informationen inför eller kunnat utföra kunskapstestet på grund av språkförbristningar. Grundläggande kunskap i det svenska språket var en nödvändighet för att kunna tolka en ordinationshandling eller en signeringslista. Enligt informanterna i föreliggande studie var goda språkkunskaper i svenska också viktigt för att kunna kommunicera med vårdtagarna, deras närstående eller med DSK och andra teammedlemmar. Det överensstämmer med det som Socialstyrelsen beskriver om språkförståelse i sina allmänna råd om personal som arbetar inom ÄO (SOSFS 2011:12).

Delegeringar stressades fram på ett helt annat sätt idag, vilket OVP såg som en patientsäkerhetsrisk. Nyanställd personal skulle helst erhålla utbildning inför delegering så snart som möjligt. För DSK innebär förhållandena att egna rutiner behövs för att säkerställa kompetensen vid varje enskild delegering och i enlighet med regelverkets intentioner motivera ett nekande till att ge delegation till personal. Enligt SOSFS 1997:14 uttrycks det klart och tydligt att hälso- och sjukvårdsinsatser inte får delegeras på grund av slentrian, men eftersom det i praktiken vore omöjligt att utföra arbetet inom ÄO utan ständig tillgång till delegerad OVP, upplevdes det inte finnas något annat val än att fortsätta med det arbetssätt som råder idag (Bystedt et al., 2011; Craftman et al., 2012; Gransjön et al., 2014).

För OVP sågs en ökad risk att begå misstag under det första året som anställd (Mitty et al., 2010). Detta innebär en ökad patientsäkerhetsrisk, vilket också informanterna återkom till. Det fanns en oro bland dem att deras stress påverkade patientsäkerheten negativt och informanterna kunde även erfara att DSK var stressad i sitt arbete. Stress kan påverka DSK arbete negativt (Bystedt et al., 2011; Kaernsted & Bragadottir, 2012; Sneltvedt & Bondas, 2016). Risken att begå misstag i samband med delegering av arbetsuppgifter var högre under de fem första yrkesverksamma åren som SSK enligt Mitty et al (2010), och därigenom påverkas indirekt även DSK, om den sammanlagda yrkeserfarenheten är mindre än fem år.

Stödet från DSK var viktigt då något var fel med de läkemedel som fanns hos en vårdtagare. DSK/SSK behöver kunskaper om det exempelvis är lämpligt eller tillåtet att ge ett läkemedel vid en annan tidpunkt än den som läkaren avsett i ordinationen. Forskning visar (Kaernsted & Bragadottir, 2012; Karlstedt, Wadensten, Fagerberg & Pöder, 2015) att det tar tid att inhämta tillräckliga kunskaper för att kunna utföra många av de komplexa arbetsuppgifter som ingår i DSK/SSK ansvarsområden inom ÄO och att även den egna kompetensutvecklingen för SSK kan begränsas på grund av exempelvis personalbrist. Idag är det många nyutexaminerade och oerfarna SSK som börjar arbeta inom ÄO, allra helst på särskilda boenden (Karlsson, Ekman & Fagerberg, 2009) och möjligheten att stötta OVP, som kanske också är ny på arbetet, kan bli en utmaning. Arbetet inom ÄO är ofta ensamt för DSK/SSK och många gånger utan kollegor att fråga (Furåker & Nilsson, 2013; Johansson-Pajala et al., 2016). En oerfaren SSK eller en DSK med kort total arbetslivserfarenhet som börjar arbeta inom ÄO kan behöva stöd av mer erfarna kollegor för att känna sig trygga och kunna stötta OVP på ett bra sätt.

OVP inom ÄO som bedöms lämplig för att erhålla delegering för överlämnande av läkemedel ska genomgå utbildning om hur administreringen av olika läkemedel ska göras. I utbildningen ges även kunskaper om hur patientsäkerheten ska bibehållas, exempelvis att identitet, klockslag med mera alltid ska kontrolleras före överlämnandet. En studie av Axelsson och Elmståhl (2004) påtalade att det fanns OVP som gav läkemedel utan giltig delegering, alternativt hade erhållit delegering utan förberedande utbildning. Följsamheten för regelverket gällande delegering varierade stort mellan arbetsplatser och den främsta orsaken till att OVP arbetade med läkemedelsadministration utan delegeringar var att det rådde stor brist på personal och en pressad arbetssituation (Axelsson & Elmståhl, 2004).

Enligt SKL (2011), *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Läkemedelsfel i vårdens övergångar; åtgärder för att förebygga*, uppskattades att ca 3000 svenskar dör årligen av orsaker som kan relateras till läkemedelsmisstag. Samma studie uppskattade att mellan sex och sexton procent av inläggningar på sjukhus årligen är läkemedelsrelaterade. Vid en genomgång av utskrivna patienter från Skånes universitetssjukhus i Lund identifierades att två tredjedelar av patienterna hade minst en felaktig ordination i samband med utskrivning till kommunal vård (SKL, 2011). Läkemedelshandling i ÄO innebär patientsäkerhetsrisker och blir därmed en utmaning även för DSK. Om produktinformationen om ett läkemedel inte uppdaterats eller är korrekt kan detta ge oönskade konsekvenser både för läkaren vid ordination eller då DSK ska dela en dosett hos en vårdtagare (Doogue & Thynne, 2013). Det är således viktigt att DSK har god kännedom om läkemedel/generika för att kunna skriva tydliga ordinationshandlingar och bistå OVP eller vårdtagare med information vid behov.

Även utseendet på enskilda tabletter/kapslar kan variera mellan olika tillverkare, vilket kan skapa osäkerhet för vårdtagare och/eller personal. Flera studier (Hall Ellenbecker, Frazier & Verney, 2004; McGoldick Friedman, 2005; Mager, 2007) påtalar att äldre personers compliance för sina läkemedel, samt den polyfarmaci som ofta finns hos äldre, ses som en säkerhetsrisk. Har den delegerade personen inte tillräckliga kunskaper om vad det är för preparat som överlämnas eller inte kan förstå den ordinationshandling som finns hos vårdtagaren kan det vara svårt för dem att bistå vårdtagaren med att förstå behovet av läkemedelsbehandlingen. Fördelen med dosdispenserade läkemedel är att när de byts ut mot generika medföljer alltid tydlig information om detta, ofta med en bild på hur den utbytta tabletten ser ut. All information om vilket läkemedel som ordinerats och vilken generika som leverer-

rats finns annars tillgänglig via webbapplikationen Pascal (Inera, 2018) och DSK kan då enkelt stötta OVP om de är osäkra på något läkemedel som inte verkar vara samma som tidigare.

Ett vanligt fel som informanterna tog upp visade sig vara att signeringen missades på de signeringslistor som fanns i anslutning till ordinationshandling och läkemedel. Det innebar en del merarbete då signeringen fungerade som en garanti för att läkemedlen var givna och att patienten tagit dem. Otydliga ordinationshandlingar eller signeringslistor innebar också en risk för misstag, vilket framkom i resultatet. OVP hade svårt att få överblick över vilka mediciner som skulle ges, i synnerhet om DSK lagt till ny text för hand, istället för att skriva ut nya, tydliga ordinationshandlingar eller signeringslistor, vilket även påtalas som ett delresultat i studien av Metsälä och Vaherkoski (2014). Möjligheterna för DSK inom ÄO att ordna nya ordinationshandlingar påverkas av att de inte har tillgänglighet till slutenvårdens/primärvårdens journalsystem och därigenom inte kan skriva ut nya handlingar (Socialstyrelsen, 2008; Swedberg et al., 2012). DSK i studien av Josefsson och Peltonen (2015) identifierade den försenade kommunikationen med andra vårdgivare som en patientsäkerhetsrisk inom ÄO. Kan en ny och tydlig ordinationshandling till exempel inte på ett enkelt sätt skaffas fram, blir detta ett bekymmer både för DSK och för OVP. Inom ÄO förekommer det fortfarande att dylika handlingar faxas från en instans till en annan, detta kräver dock att handlingen avidentifieras. Den DSK som mottar handlingen måste kontakta sändande part för att få tillgång till identitetsuppgifterna, som därefter handskrivs på den mottagna handlingen. Detta i sin tur innebär risk för felskrivning av exempelvis någon siffra i ett personnummer, vilket gör handlingen ogiltig. För vårdtagare med dosdispenserade läkemedel är däremot alltid ordinationshandling tillgänglig för DSK så en ny utskrift kan göras från Pascal (Inera, 2018).

Samarbetet med DSK sågs som viktigt och fungerade oftast bra, men förutsättningarna för samarbete varierade med DSK arbetsbelastning och regelbundenheten i DSK närvaro på arbetsplatsen. DSK kan å andra sidan uppleva frustration över att vara den som förväntas kunna ordna allt och som kan svara på alla frågor (Karlsson, Ekman & Fagerberg, 2009). OVP hade känt av att en del DSK var irriterade då de ringde men misstänkte att detta oftast berodde på att DSK var stressad och hade för mycket att göra.

Utbildningen inför läkemedelsdelegeringen upplevdes i regel som tillräcklig och bra, men mer erfaren personal efterlyste dock variation i det efterföljande provets utformning och önskade även fördjupade kunskaper. En certifiering för OVP enligt förslaget i den nationella kvalitetsplanen (SOU 2017:21) skulle även kunna säkerställa att kompetensen och utbildningsnivån hos personalen höjs, vilket i sin tur ställer högre krav på arbetsgivaren att anställa personal som har en utbildning inom omvårdnad även som vikarier.

Slutsats

Delegerat läkemedelsöverlämnande ansågs utgöra en viktig och självklar del av det dagliga arbetet för OVP. Uppfattningen var att verksamhetens behov påverkade hur snabbt delegeringar gavs till OVP efter anställningen, oavsett tidigare erfarenhet, utbildning och kunskaper av arbetet inom ÄO. Otydliga ordinationshandlingar och missade signeringar utgjorde vanliga orsaker till misstag men stöd och fungerande kommunikation med kollegor och DSK utgjorde ett skyddsnet. Utbildningen inför delegering var i regel bra, men mer variation i kunskapsprovets innehåll efterlyses. För att kunna hantera ordinationer och delta vid utbildningen för delegering krävdes god förmåga i svenska språket.

Kliniska implikationer

Studiens syfte var att undersöka de erfarenheter av delegering avseende utbildning och läkemedelsöverlämnande som OVP inom ÄO innehar. Resultatet visar att det är viktigt för DSK att kunna bidra till ett förbättrat patientsäkerhetstänkande i samband med utbildningen inför läkemedelsdelegering. Arbetet inom ÄO upplevs ofta som komplext och stressigt av OVP, det är därför viktigt att ha fungerande strukturer för rutinerna i samband med läkemedelsöverlämnande. Vid tillfällen då det är brist på delegerad personal på ett arbetspass föreslås att extrapersonal tas in så att den delegerade personalen enbart kan ägna sin uppmärksamhet åt läkemedelsöverlämnande och inte behöver delta i övrigt omvårdnadsarbete.

Resultatet visar vikten av att utbildningen som ges till OVP ska vara relevant och att kunskaperna prövas på ett säkert sätt innan delegering ges. Det är också viktigt att DSK skapar utrymme för reflektion och dialog i samband med delegeringsutbildning. Genom att ägna tid och särskilt fokus åt att skapa tydliga signeringslistor samt tillhandahålla nya ordinationslistor i stället för handskrivna ändringar, kan DSK på ett effektivt sätt förebygga läkemedelsrelaterade patientsäkerhetsrisker och merarbete för OVP. Resultatet visar att arbetet med utbildning och handledning är områden som DSK bör arbeta aktivt med. Med tanke på hur framtidens utmaningar i ÄO ser ut, vad gäller antalet äldre, tillgången på personal och patientsäkerhet visar studiens resultat på att det är viktigt att DSK nyttjar den variation av kompetens som OVP besitter samt att grundutbildningsnivån för OVP höjs genom att höja kraven på de instanser som tillhandahåller utbildning inom vård- och omsorg.

Referenser

- Alcorn, J., & Topping, A.E. (2009). Registered nurses' attitudes towards the role of the health care assistant. *Nursing Standard*, 23(42), 39-45.
- Axelsson, J., & Elmståhl, S. (2004). Home care aides in the administration of medication. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(3), 237-243. doi: 10.1093/intqhc/mzh041
- Berland, A., & Bentsen, S.B. (2017). Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3734-3741. doi: 10.1111/jocn.13745
- Bittner, N.P., & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 39, 142-146.
- Bystedt, M., Eriksson, M., & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 534-541. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01202.x
- Bökberg, C., & Drevenhorn, E. (2017). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård*. (uppl. 2:2. s 59-76). Lund: Studentlitteratur AB
- CODEX. (2018a). Centrum för forskning och bioetik. *Regler och riktlinjer för forskning angående informerat samtycke*. Hämtad 2018-02-13 från <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>
- CODEX. (2018b). Centrum för forskning och bioetik. *Forskning som involverar människan*. Hämtad 2018-02-13 från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Craftman, A. G., von Strauss, E., Rudberg, S., & Westerbotn, M. (2012). District nurses' perceptions of the concept of delegating administration of medication to home care aides working in the municipality: A discrepancy between legal regulations and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 569-578. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04262.x>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige [DSF]. (2018). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2018-08-26 från <http://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2017/06/kompetensbeskrivning-1.pdf>
- Dixon, L., & Thompson, H. (2018). The role of the district nurse in caring for patients with dementia. *British Journal of Community Nursing*, 23(7), 348-353
- Doogue, M.P., & Thynne, T.R.J.(2013). Product information for generic drugs: old, unloved and sometimes unsafe. *Internal medicine journal*, 43(12), 1346-1348. doi:10.1111/imj.12295.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Ericson-Lidman, E., Norberg, A., Persson, B., & Strandberg, G. (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scand J Caring Sci*, 27(2), 215-223. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x

- Furåker, C., & Nilsson, A. (2013). Registered nurses' views on nursing competence at residential facilities. *Leadership in Health Services*, 26(2), 135-147.
<https://doi.org/10.1108/17511871311319722>
- Giordano, J., O'Reilly, M., Taylor, H., & Dogra, N. (2007). Confidentiality and Autonomy: The Challenges of offering Research Participants a Choice of Disclosing Their Identity. *Qualitative Health Research*, 17(2), 264-275. <https://doi.org/10.1177/1049732306297884>
- Graneheim, U.H., & Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U.H., Lindgren, BM., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion Paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Gransjön Craftman, A., Hammar, L., von Strauss, E., Hillerås, P., & Westerbotn, M. (2014). Unlicensed personnel administering medications to older persons living at home: A challenge for social and care services. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 201-210.
<https://doi.org/10.1111/opn.12073>
- Hall Ellenbecker, C., Frazier, S. C., & Verney, S. (2004). Nurses' Observations and Experiences of Problems and Adverse Effects of Medication Management in Home Care. *Geriatric Nursing*, 25(3). 164-170. doi:10.1016/j.gerinurse.2004.04.008
- Henricson, M. (2017.). Diskussion. I M Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl. 2:2, s 411-420). Lund: Studentlitteratur AB
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl. 2:2, s 111-120). Lund: Studentlitteratur AB
- HSL 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling. Stockholm: Riksdagsförvaltningen. Hämtad 2018-02-11 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- HSLF-FS 2017:37. *Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen 2017. Hämtad 2018-08-09 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20604/2017-5-2.pdf>
- HSLF-FS 2018:43. *Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2018-11-28 från:
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-10-14?fbclid=IwARoyNmb6v9O2ZgPddxGald-m3mURyFaL_2DLiRqIls_pPmcdGKn5tjJzk8
- Inera. (2018). *Pascal*. En webbapplikation för vårdpersonal främst för att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar. Hämtad 2019-01-28 från <https://www.inera.se/tjanster/pascal/pascal/#0foe93d5-e935-4cb1-8e0a-ecdeb7614fa5>
- respektive**
<https://www.inera.se/globalassets/tjanster/pascal/utbildning/pascal-handbok.pdf>

- Inspektionen för vård och omsorg [IVO]. (2016). *Tillsynsrapport 2016*. Hämtad 2018-02-11 från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2017/tillsynsrapport-2016.pdf>
- Johansson-Pajala, R.-M., Jorsäter-Blomgren, K., Bastholm-Ramner, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 34(1), 37–45. <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1132891>
- Josefsson, K., & Peltonen, S. (2015) District nurses' experience of working in home care in Sweden. *Healthy Aging Research*, 4(37), doi:10.12715/har.2015.4.37
- Josefsson, K., & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård*. (uppl. 2:2. s 19-40). Lund: Studentlitteratur
- Kaernstedt, B., & Bragadottir, H. (2012). Delegation of registered nurses revisited: attitudes towards delegation and preparedness to delegate effectively. *VÅRD I NORDEN*, 103(32:1), 10-15. <https://doi.org/10.1177/010740831203200103>
- Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I., & Pöder, U. (2015). Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scand J Caring Sci*, 29(2), 307–316. doi: 10.1111/scs.12164
- Komiya, H., Umegaki, H., Asai, A., Kanda, S., Maeda, K., Shimojima, T., ... Kuzuya, M. (2018). Factors associated with polypharmacy in elderly home-care patients. *Geriatric Gerontology Int*, 18(1), 33-41. <https://doi.org/10.1111/ggi.13132>
- Kommittédirektiv 2003:40. *Översyn av vård och omsorg för äldre - tio år efter Ädelreformen*. Stockholm: Riksdagens databaser. Hämtad 2018-08-09 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/oversyn-av-varld-och-omsorg-for-aldre---tio-ar_GRB140
- Kommittédirektiv 2017:103. *Reglering av yrket undersköterska*. Stockholm: Riksdagens databaser Hämtad 2018-08-09 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/reglering-av-yrket-underskoterska_H5B1103
- Kommunal. (2018). *Äldreomsorg*. Hämtad 2018-08-09 från <https://www.kommunal.se/bransch/aldreomsorg>
- Koronkowski, M., Eisenhower, C., & Marcum, Z. (2016). An update on geriatric medication safety and challenges specific to the care of older adults. *Annals of Long-Term Care*, 24(3), 37-40. PMID: 27340375
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (S. E. Torhell, Övers. 3:3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lang, A., Edwards, N., & Fleiszer, A. (2008). Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), 130–135. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1093/intqhc/mzm068>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (uppl. 2:5. s. 187-202). Lund: Studentlitteratur

- Mager, D. (2007). Medication Errors and the Home Care Patient. *Home Healthcare Nurse*, 25(3). 151-155. PMID: 17353705 NLM UID: 8403379
- McGoldick Friedman, M. (2005). Medication Safety: Look-Alike/Sound-Alike Drugs in Home Care. *Home Healthcare Nurse*, 23(4). 243-255. DOI: 10.1097/00004045-200504000-00011
- Metsälä, E., & Vaherkoski, U. (2014). Medication errors in elderly acute care - a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 12-28. doi: 10.1111/scs.12034
- Ming, Y., & Zecevic, A. (2018). Medications & Polypharmacy Influence on Recurrent Fallers in Community: a Systematic Review. *Canadian Geriatrics Journal*, 21(1), 14-25
<https://doi.org/10.5770/cgj.21.268>
- Mitty, E., Resnick, B., Allen, J., Bakerjian, D., Hertz, J., Gardner, W., ... Mezey, M. (2010). Nursing Delegation and Medication Administration in Assisted Living. *Nurs Admin Quarterly*, 34(2), 162-171. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181d9183f
- Nilsson, K., Lundgren, S., & Furåker, C. (2009). Registered nurses' everyday activities in municipal health care: A study of diaries. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 543-552.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01777.x>
- Norell, M., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2013). Care priorities- Registered Nurses' clinical daily work in municipal elderly care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 388-395. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01051.x
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Essentials of Nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7. uppl., Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Pringle, S.A. (2017). The challenges of upskilling health care assistants in community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 22(6), 284-288.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.6.284>
- PSL 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Regeringskansliets databaser. Hämtad 2018-08-09 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659 och därtill hörande ändringar enligt uppställning på: <http://rkrattsbaser.gov.se/sfsr?bet=2010:659>
- Quallich, S. (2005). A bond of trust: Delegation. *Urologic Nursing*, 25(2), 102-123.
<https://www.cbuna.org/sites/default/files/download/members/unjarticles/2005/05apr/120.pdf>
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdagens databaser. Hämtad 2018-08-09 från <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2001:453>
- SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2018-08-09 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

- Siegel, E. O., Young, H. M., Mitchell, P. H., & Shannon, S. E. (2008). Nurse Preparation and Organizational Support for Supervision of Unlicensed Assistive Personnel in Nursing Homes: A Qualitative Exploration. *The Gerontologist*, 48(4), 453–463.
<https://doi.org/10.1093/geront/48.4.453>
- Sneltvedt, T., & Bondas, T. (2016). Proud to be a nurse? Recently graduated nurses' experiences in municipal health care settings. *Scand J Caring Sci*, 30(3), 557–564. doi: 10.1111/scs.12278
<https://doi.org/10.1111/scs.12278>
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Hämtad 2018-04-02 från
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf
- Socialstyrelsen. (2010). *Lägesrapport 2010; Folkhälsa; Hälso- och sjukvård; Individ- och familjeomsorg; Stöd och service till personer med funktionsnedsättning; Vård och omsorg om äldre*. Hämtad 2018-08-09 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-14/Documents/2010-3-21%20L%C3%A4gesrapport%202010.pdf>
- Socialstyrelsen.(2011). *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-86585-82-2. Artikelnr. 2011-1-12. Hämtad 2018-09-20 från
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-12>
- Socialstyrelsen. (2014). *Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnummer 2014-4-12. Hämtad 2018-09-21 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-12>
- Socialstyrelsen. (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*. Hämtad 2018-02-10 från
<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Vard-och-omsorg-om-aldre-15.pdf>
- SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2018-02-13 från
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer1997/1997-10-14>
- SOSFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2018-02-13 från <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20030460.HTM>
- SOSFS 2011:12. *Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2018-03-24 från
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-20/>
- SOU 2011:55. *Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hämtad 2018-09-03 från
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2011/06/sou-201155/>
- SOU 2015:20. *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* [även kallad Betalningsansvarslagen]. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hämtad 2018-08-09 från
<https://data.riksdagen.se/fil/42AB9A5E-5608-457B-84F3-72247392BBBF>

SOU 2017:21. *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg av äldre personer*. Hämtad 2018-08-14 från https://www.regeringen.se/4969b7/contentassets/9378aff4b35a427c99b772345af79539/sou-2017_21_webb_del1.pdf

respektive

https://www.regeringen.se/4969b7/contentassets/9378aff4b35a427c99b772345af79539/sou-2017_21_webb_del2_hela.pdf

Spilsbury, K., & Meyer, J. (2005). Making claims on nursing work: Exploring the work of healthcare assistants and the implications for registered nurses' roles. *Journal of Research in Nursing*, 10(1), 65-83. doi: 10.1177/136140960501000104

Sveriges Kommuner och Landsting[SKL]. (2011). *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Läke-medelsfel i vårdens övergångar; åtgärder för att förebygga*. Klippan: Ljungbergs Tryckeri AB. ISBN: 978-91-7164-630-9. Upplysningar om innehållet: Sveriges Kommuner och Landsting 08-452 70 00, patientsakerhet@skl.se

Swedberg, L., Chiriac Hammar, E., Törnkvist, L., & Hylander, I. (2012). Patients in 24-hour home care striving for control and safety. *BMC Nursing*, 11(9), 2-12. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/9>

Szczepura, A., Wild, D., & Nelson, S. (2011). Medication administration errors for older people in long-term residential care. *BMC Geriatrics*, 11(82), <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/82>

THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES. (2018). Geneve. International Council of Nurses. Hämtad 2018-09-07 från <https://www.icn.ch/nursing-policy/regulation-and-education>

The Lancet, editorial. (2014). Global elderly care in crisis. [no authors listed] *Lancet*, 15; 383(9921), 927. Elsevier Ltd. PMID: 24629279. Hämtad 2018-05-04 från [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60463-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60463-3)

Vårdhandboken. (2018). *Förutsättningar för delegering*. I kapitlet om Delegering och ansvar skrivet av M. Andersson, specialistsjuksköterska inom geriatrik i Göteborg samt faktagranskad av Therese Björnsdotter, jurist, Åre kommun, Järpen. Senast reviderat 2018-06-29. Hämtad 2018-09-03 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Delegering-och-ansvar/Forutsattningar-for-delegering/>

World Health Organization [WHO]. (2017). *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Genève: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-155010-9

Woods, D. L., Guo, G., Kim, H., & Phillips, L. R. (2010). We've got Trouble: Medications in Assisted Living. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(4), 30-39. doi: 10.3928/00989134-20100302-02



Bäste/bästa verksamhetschef/enhetschef

Vi är två sjuksköterskor som för närvarande studerar vidare till distriktssköterskor vid Hälsohögskolan i Jönköping. Som en del i vår utbildning ska vi genomföra ett vetenskapligt arbete omfattande 15 hp, inom distriktssköterskans verksamhetsområde. Syftet vi har valt för vår studie är att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering avseende utbildning och överlämning i äldreomsorgen. Studien är tänkt att genomföras som en kvalitativ studie och baseras på semistrukturerade intervjuer med omvårdnadspersonal som arbetar inom äldreomsorgen.

Intervjuerna kommer att äga rum under september 2018, helst vid ett fysiskt möte med informanten, men om detta inte är möjligt får intervjun ske på annat sätt, exempelvis per telefon. Vi vill nu ha tillstånd från dig som är verksamhetschef att genomföra denna studie och vi önskar också hjälp av dig som chef med att få kontaktuppgifter till lämpliga informanter. Intervjuerna beräknas ta ca 45 minuter i anspråk och det vore önskvärt är att intervjuerna kan äga rum på informanternas arbetsplats och att de kan få tillåtelse att avsätta arbetstid för detta.

Vi ser helst att den omvårdnadspersonal som vi ska intervjuar har någon form av omvårdnadsutbildning, antingen från gymnasiet eller från en KY-utbildning. De ska ha arbetat inom äldreomsorgen i minst 1 år och ha fått utbildning och delegation för att överlämna läkemedel till vårdtagarna samt ha haft denna i minst 6 månader i samband med intervjutillfället. Vi önskar hjälp med att få kontakt med 12-14 stycken omvårdnadspersonal. Studien kommer att genomföras på två olika platser i Västsverige, så det blir hälften av informanterna per arbetsplats.

Vi ser gärna informanter med både svenska eller annat språk än svenska som förstaspråk samt både manliga och kvinnliga deltagare. De som deltar i studien kommer att få ett informationsbrev där de får veta syftet med studien samt lämna sitt samtycke till att delta. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas och endast vi själva och vår handledare kommer att ha tillgång till materialet, som kommer att avidentifieras i samband med att de blir renskrivna. I den färdiga studien kommer ingen enskild deltagare eller arbetsplats att kunna identifieras. Efter avslutad studie kommer materialet att tas omhand enligt skolans föreskrifter för insamlat studentmaterial.

Vi kommer erbjuda verksamheten att få ta del av det färdiga arbetet.

Vänliga hälsningar

Peter Wernersson Student 072-2149436 wernersson.peter@gmail.com	Gertrud Ovesson Student 070-6026363 gertrud@ovesson.se	Ylva Fredholm Ståhl Lektor och handledare 070-6314281 ylva.stahl@ju.se
--	---	---

Jag godkänner att studien genomförs

Jag godkänner inte att studien genomförs

namnförtydligande:



Bäste/bästa omvårdnadspersonal

Vi är två sjuksköterskor som för närvarande studerar vidare till distriktssköterskor vid Hälsohögskolan i Jönköping. Som en del i vår utbildning ska vi genomföra ett vetenskapligt arbete omfattande 15 hp, inom distriktssköterskans verksamhetsområde. Syftet vi har valt för vår studie är att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering avseende utbildning och överlämning i äldreomsorgen. Studien är tänkt att genomföras som en kvalitativ studie och baseras på semistrukturerade intervjuer med omvårdnadspersonal som arbetar inom äldreomsorgen.

Vi har fått godkännande från din chef att kontakta dig och fråga om du vill medverka och bidra med dina erfarenheter i vår studie. I ditt arbete har du genomgått utbildning inför delegering samt erhållit delegering av läkemedelsöverlämnande, därför är just dina svar värdefulla för oss.

Vi kommer att vilja intervjua Dig någon gång under september 2018. Vi har fått verksamhetens godkännande att komma till din arbetsplats och intervjua dig på din arbetstid, men du får själv välja en lämplig dag och tidpunkt för intervjun. Intervjun beräknas ta högst 45 minuter i anspråk och den kommer spelas in, för att sen kunna renskrivas och bearbetas. I samband med intervjutillfället kommer du att få underteckna en blankett för informerat samtycke, som sen kommer att arkiveras tillsammans med materialet.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst välja att hoppa av studien. I den färdiga studien kommer ingen deltagare att kunna identifieras och det är bara vi som studenter och vår handledare som kommer att kunna ta del av originalmaterialet och då studien som sådan är färdig kommer allt insamlat material arkiveras enligt föreskrifter från skolan.

Innehållet i intervjun kommer att handla om din yrkesroll och ingenting personligt, utöver ett par frågor om vilken typ av utbildning du har samt hur länge du jobbat inom äldreomsorgen. Vi är intresserade av dina erfarenheter av delegerat läkemedelsöverlämnande, exempelvis hur du upplevt utbildningen inför delegeringen, hur du tänker kring de avvikelser som sker i samband med läkemedelsöverlämning och annat som rör läkemedelsdelegering ur ditt perspektiv.

När studien sen är färdig kommer vi att erbjuda både dig och dina övriga kollegor att få ta del av resultatet.

Vänliga hälsningar

Peter Wernersson Student 072-2149436 wernersson.peter@gmail.com	Gertrud Ovesson Student 070-6026363 gertrud@ovesson.se	Ylva Fredholm Ståhl Lektor och handledare 070 6314281 ylva.stahl@ju.se
--	---	---

Frågeguide för intervjuerna

Kan du börja med en kort presentation av dig själv där du berättar hur många år du jobbat inom äldreomsorgen och vilken typ av utbildning du har inom omvårdnad?

Vilka är dina spontana tankar och erfarenheter om läkemedelsdelegering?

Hur länge hade du jobbat inom äldreomsorgen när delegering kom på tal?

Beskriv hur, eller om, arbetsgivarens förväntningar påverkade dig?

Hur tror du att den typ av utbildning inom vård och omsorg som du har innan du börjat jobba i äldreomsorgen påverkar dig och ditt arbete?

Hur tycker du att utbildningen inför delegering fungerar?

Vilka är de vanligaste felen som du känner till i samband med delegerat läkemedelsöverlämnande inom äldreomsorgen?

Hur tror du att förståelsen för det svenska språket i tal och skrift påverkar möjligheterna till att tillgodogöra sig utbildningen inför delegeringen?

Tycker du att du får ett bra stöd från den PAS som utfärdar din delegering och att du får kontinuerlig uppföljning och utvärdering i ditt arbete? Utveckla gärna lite kring hur du skulle vilja ha det?

Följdfrågor att diskutera om svaren inte spontant framkommer:

- Minns du när du själv fick delegering första gången, beskriv känslan/tankarna? Följdfrågor till person som jobbat före 1997 då det skrivna delegeringsförfarandet inleddes: Minns du om du fick någon utbildning innan du fick delegering första gången och hur/om du upplevt skillnad mellan det nuvarande systemet och det gamla? Känner du till något om den nuvarande utbildningen som OVP får inför delegering?
- Har du känt stress/press från arbetsgivaren/enhetschefen om att du måste ta emot delegering? Kan du berätta mer om hur du upplevde det?
- Hur påverkar det ditt arbete om du inte har en utbildning inom vård och omsorg?
- Hur kan tidigare arbetslivserfarenhet påverka, oavsett yrkesområde?
- Hur påverkar språkförståelsen kommunikationen i arbetet som sådant?
- Varför tror du att det uppstår fel i samband med överlämnandet? Vad orsakar felen?
- Man kan ju bli av med sin delegering om något blir fel, hur tänker du kring det?
- Hur skulle ordinationshandlingar, signeringslistor och liknande vara utformade för att det skulle bli lättare för dig som OVP att undvika misstag? (Om de ses som ett problem av informanten)
- Hur tänker du att misstag i samband med överlämnande av läkemedel från dodisp/dosett/originalförpackning kan undvikas?
- Känner du till om ni använder några lösningar på arbetsplatsen i dagsläget, som skulle kunna förhindra misstag? Vilka i så fall?
- Forskning visar att många ssk/dsk upplever en känsla av att förlora kontrollen över moment som delegerats för att det kan äventyra patientsäkerheten. Vad tänker du om det?
- Om du fick lägga till något som saknas i utbildningen du fick från din arbetsgivare inför det att du skulle erhålla delegering, vad skulle det vara i så fall?

Blankett för underskrift informerat samtycke

Jag vill gärna delta i denna studie, vars syfte är att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av läkemedelsdelegering avseende utbildning och överlämning i äldreomsorgen. Genom att underteckna detta papper visar jag att jag har förstått vad studien handlar om, har fått all information jag behöver och att jag, trots min underskrift här, vet att jag kan avbryta mitt deltagande i studien när som helst genom att meddela någon av författarna per mail eller telefon.

Ort och datum: _____

Namn-teckning: _____

Namn-förtydligande: _____