



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktssköterskors upplevelse av förskrivningsrätten

Ambivalens och variationer i möjligheter och utnyttjandegrad

Anna Andersson

2013

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp
Vårdvetenskap
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Marja-Leena Kristofferzon
Examinator: Marianne Carlsson

Sammanfattning

Bakgrund: Förskrivningsrätten för distriktssköterskor infördes 1994. Syftet var att förenkla och effektivisera hälso- och sjukvården. Det har framkommit att förskrivningsrätten använts i olika omfattning bland distriktssköterskorna. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av förskrivningsrätten. **Metod:** En kvalitativ ansats med en deskriptiv design användes. Tio distriktssköterskor från en hälsocentral och en distriktssköterskemottagning intervjuades. **Resultat:** Temat ”*Distriktssköterskorna är ambivalenta till sin förskrivningsrätt och varierar i synen på möjligheter och utnyttjandegrad*” bildades ur sju kategorier. Resultatet visade att distriktssköterskorna upplevde att det var bra att ha möjligheten att förskriva men möjligheten och graden av utnyttjande varierade. De upplevde att det var meningslöst att förskriva receptfria läkemedel. Brist på uppdatering i förskrivningsrätten och av nya läkemedel försvårar förskrivningen. Distriktssköterskorna uppgav att förskrivningsrätten underlättade arbetet och förkortade vårdkedjan samt stärkte yrkesrollen. De upplevde att deras förskrivning var en stor fördel för patienten. **Slutsats :** Distriktssköterskorna upplever ambivalens till sin möjlighet att förskriva läkemedel och utnyttjar inte förskrivningsrätten i den utsträckning de skulle kunna. Det kan bero på att de upplever det meningslöst att förskriva receptfria läkemedel och att de inte har möjlighet att uppdatera sin kunskap. Det finns även de som menade att förskrivningsrätten underlättar, stärker yrkesrollen och är en fördel för patienten.

Nyckelord: Distriktssköterska, läkemedelsförskrivning, förskrivningsrätt, upplevelser.

Abstract

Background: The prescription rights for the district nurses were introduced in 1994. The aim was to simplify and streamline health care. It has emerged that prescription has been used in various degrees among district nurses. **Aim:** The aim of the study was to describe the district nurses experiences of their right of prescribing. **Method:** A qualitative approach with a descriptive design was used. Ten district nurses from a health center and a district nurse reception were interviewed. **Result:** The theme “*District nurses are ambivalent about their prescribing rights and varying in their opportunities and in what extent they use it*” was based on seven categories. The results showed that the district nurses felt that it was good to have the opportunity to prescribe but the opportunities and the extent used varied. They felt that it was meaningless to prescribe drugs available without prescription. Lack of possibilities to update their knowledge in prescribing and new drugs complicated prescriptions. The district nurses stated that the prescribing rights facilitated their work and reduced the treatment chain and strengthened the professional role. They felt that their prescribing was a great benefit to the patient. **Conclusion:** The district nurses are experiencing ambivalence to their opportunities to prescribing drugs and do not use the prescribing rights to the extent that they could. It may be because they felt it pointless to prescribe drugs available without prescription and the lack of updating their knowledge. There were also those who believed that their prescribing rights facilitate and strengthened the professional role as well as it is a benefit to the patient.

Keywords: District nurse, drug prescription, prescriptions, experiences.

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Introduktion | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Sjuksköterskans förskrivningsrätt i Sverige | 1 |
| Sjuksköterskans förskrivningsrätt internationellt | 2 |
| Sjuksköterskans inställning till och erfarenheter av förskrivning | 3 |
| Svårigheter och hinder i samband med förskrivning | 4 |
| Fördelar med sjuksköterskans förskrivning ur ett sjuksköterske och patient perspektiv | 5 |
| Kompetensutveckling i distriktssköterskans omvårdnadsarbete | 6 |
| Problemformulering | 7 |
| Syfte | 8 |
| Metod | 8 |
| Design | 8 |
| Urvalsmetod och undersökningsgrupp | 8 |
| Datainsamlingsmetod | 9 |
| Tillvägagångssätt | 10 |
| Dataanalys | 10 |
| Forskningsetiska överväganden | 12 |
| Resultat | 12 |
| Konsekvenser för patienten vid förskrivning | 13 |
| Distriktssköterskans inställning till sin möjlighet att förskriva | 14 |
| Hinder och svårigheter vid förskrivning | 16 |
| Kompetens vid förskrivning | 17 |

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Ekonomiska aspekter vid förskrivning | 18 |
| Stöd vid förskrivning | 19 |
| Känslor vid förskrivning | 19 |
| Diskussion | 20 |
| Huvudresultat | 20 |
| Resultatdiskussion | 21 |
| Metoddiskussion | 24 |
| Allmädiskussion | 25 |
| Slutsats | 26 |
| Referenser | 27 |

INTRODUKTION

Det finns motstridigheter vad gäller distriktssköterskans förskrivningsrätt i Sverige och införandet av reformen mötte starkt motstånd både från Socialstyrelsen och Svenska läkaresällskapet. Socialstyrelsen skrev i sitt yttrande att försöket inte skulle inledas eftersom kostnaderna för utbildning skulle överträffa den vinst som skulle erhållas genom att ersätta läkarbesök med sjuksköterskebesök. Samhället skulle få en högre kostnad om sjuksköterskor förskrev receptfria läkemedel och läkarna ifrågasatte distriktssköterskans kunskaper i diagnostik och bedömning. Distriktssköterskorna var däremot av en annan åsikt: ”Distriktssköterskans kunskaper om befolkningens hälsotillstånd samt hennes insikt om de enskilda människornas läkemedelsutnyttjande gör henne väl skickad att också klara receptskrivning av vissa läkemedel” (Emanuelsson & Wendt 1994 s.192). Det finns få studier som belyser distriktssköterskans förskrivningsrätt i Sverige (Mårdby m.fl 2009; Sehic m.fl 2012; Socialstyrelsen 2004; Wilhelmsson & Foldevi 2003; Wilhelmsson m.fl 2001) och utifrån tidigare motstridigheter är det värdefullt att studera hur distriktssköterskan upplever möjligheten av att förskriva läkemedel.

Bakgrund

Sjuksköterskans förskrivningsrätt i Sverige

Att sjuksköterskor skulle kunna förskriva läkemedel påtalades som förslag i Sverige år 1978 och år 1988 utfördes det på prov i ett landskap i norra Sverige. En utvärdering av försöket genomfördes år 1992 och visade att säkerheten och kvaliteten var god (Wilhelmsson m.fl 2001).

Förskrivningsrätten för distriktssköterskor infördes 1994 med rätt att förskriva läkemedel ur ett specifikt läkemedelssortiment. Syftet var att förenkla och effektivisera hälso- och sjukvården framförallt i glesbygdsområden där läkartätheten var låg. Vid en försöksverksamhet i Jämtland deltog distriktssköterskorna i en 5 poängs utbildning i farmakologi och sjukdomslära. Utvärderingen av försöket visade att den medicinska säkerheten och kvaliteten varit god och de förskrivningar som distriktssköterskan hade gjort var korrekta. Slutsatsen blev att distriktssköterskor som hade genomgått utbildningen fick erhålla formell kompetens att förskriva vissa läkemedel (Socialstyrelsen 1998).

Läkemedelsverket fick i uppdrag av regeringen att utforma föreskrifter gällande förskrivningsrätten för distriktssköterskor och idag är det Socialstyrelsen som tagit över ansvaret. År 2001 kom nya föreskrifter vid förskrivning av läkemedel (SOSFS:2001:16). Då utvidgades förskrivningsrätten till att gälla även för sjuksköterskor med annan specialistutbildning än distriktssköterska, med krav om 10 poäng farmakologi och sjukdomslära och även för grundutbildade sjuksköterskor, men där ställs krav på 20 poäng farmakologi och sjukdomslära. Sjuksköterskan måste skriftligen ansöka hos Socialstyrelsen om förskrivningsrätt och få en förskrivningskod. För att få använda förskrivningsrätten krävs att hon/han har en tjänstgöring som distriktssköterska inom landstingets eller kommunens primärvård eller hemsjukvård, alternativt en anställning inom kommunens hälso-och sjukvård i övrigt. För övriga sjuksköterskor med förskrivningsrätt gäller att de har en tjänstgöring inom kommunens hälso- och sjukvård. Distriktssköterskor anställda av privata vårdgivare jämnställs med kommun och landsting. Förskrivningsrätten upphör att gälla om tjänstgöringen avslutas (SOSFS:2001:16).

Till SOSFS:2001:16 finns bilaga SOSFS:2011:1 som trädde i kraft 2011-05-01, där samtliga läkemedel som får förskrivas finns indelade under 15 olika indikationsområden. Förutom indikationsområde benämns de aktuella läkemedlen med det generiska namnet, en ATC-kod samt en eventuell anmärkning. Förskrivningsrätten för sjuksköterskan omfattar både receptfria och receptbelagda läkemedel, de flesta receptbelagda läkemedel får förskrivas i mindre förpackningar (Socialstyrelsen 2004). Om receptfria mediciner förskrivas på recept av sjuksköterskan kan dessa räknas in i patientens högkostnadsskydd (Tandvårds-och läkemedelsförmånsverket 2008).

Sjuksköterskans förskrivningsrätt internationellt

Förskrivningsrätten skiljer sig åt internationellt bland sjuksköterskor men det blir stadigt fler och fler länder som inför förskrivningsrätt för sjuksköterskor (Kroezen m.fl 2012). Tidigare studier om sjuksköterskans förskrivningsrätt kommer huvudsakligen från England. Även där infördes förskrivningsrätten 1994 men är mer utvecklad än i Sverige. Den skiljer sig från den som finns i Sverige då de har tre olika typer av förskrivare. Den första typen av förskrivare liknar den som finns i Sverige och innebär att sjuksköterskan endast får förskriva läkemedel som finns angivna på särskilda läkemedelslistor. Den andra typen innebär att sjuksköterskan i

enlighet med den medicinska vårdplan som upprättats för varje patient får förnya recept som en läkare skrivit ut. För att sjuksköterskan ska få förnya läkemedlen krävs att både läkaren och patienten godkännt detta samarbete. Den tredje typen innebär att sjuksköterskan får förskriva läkemedel med licens efter att de undersökt och diagnostiserat patienten. Sjuksköterskan har själv ansvaret för att avgöra om bedömningen och förskrivningen ligger inom hennes kunskapsområde (Department of Health 2009). I USA har sjuksköterskor med särskild utbildning (Nurse Practitioners) haft möjlighet att förskriva läkemedel sedan 70-talet och i Finland har förskrivningsrätt för sjuksköterskor nyligen införts (Kroezen m.fl 2012).

Sjuksköterskans inställning till och erfarenheter av förskrivning

Författaren till föreliggande studie har valt att skriva distriktssköterska eller sjuksköterska när svenska studier tas upp och enbart sjuksköterska vid internationella studier på grund av skillnader mellan Sverige och andra länder avseende vilka sjuksköterskor som får förskriva läkemedel.

En svensk studie av Sehic m.fl (2012) där elva distriktssköterskor intervjuats framkom att deras arbete med rättighet att förskriva läkemedel hade flera vinster, det dagliga arbetet blev smidigare och gav en tidsvinst genom att de hade möjlighet att göra egna bedömningar utan att kontakta läkare. Detta framkom även i andra svenska studier (Socialstyrelsen 2004 ; Wilhelmsson & Foldevi 2003) där sjuksköterskorna beskriver att det ger en tidsvinst i deras arbete. Engelska studier påvisar samma upplevelse (Lewis-Evans & Jester 2004; While & Biggs 2004) som även visade att tillfredsställelsen ökade i yrkesrollen och att sjuksköterskans autonomi förstärktes. Det styrks av studier av Sehic m.fl (2012) som visade att känslan av professionalism och identitet ökade, arbetet upplevdes mer oberoende och gav högre tillfredsställelse. Studier av Wilhelmsson och Foldevi (2003) visade att distriktssköterskor i primärvården upplevde förskrivningsrätten mycket positiv. De tog denna befogenhet på största allvar och såg den som en naturlig del i arbetet, men upplevde perioder av motstånd från läkarna vid införandet.

Engelska studier visade att sjuksköterskorna vid förskrivning upplevde en ökad helhetssyn i omvårdnaden av patienten (Bradly & Nolan 2007; Daughtry & Hayter 2010).

I en svensk uppföljningsstudie år 2004 för sjuksköterskor med förskrivningsrätt inom den kommunala hemsjukvården framkom det att cirka 45 % använde sin förskrivningsrätt några gånger i veckan och drygt 40 % några gånger i månaden (Socialstyrelsen 2004). I andra svenska studier (Socialstyrelsen 2004 ; Wilhelmsson m.fl. 2001) framkom att sjuksköterskor önskade förskriva fler läkemedel än vad de fick och en engelsk studie visade att sjuksköterskor upplevde att förskrivningen medfört ökade befogenheter och ett ökat ansvar för läkemedel än tidigare (McCartney m.fl. 1999).

Wilhelmsson m.fl. (2001) beskrev att yngre distriktssköterskor var mer positiva till förskrivningen än äldre och de som kände socialt stöd på arbetsplatsen förskrev mera läkemedel än de som upplevde mindre stöd. En engelsk studie visade att de som arbetat som sjuksköterskor innan de gick kursen i förskrivningsrätt fortsatte att skriva ut de läkemedel och produkter som de tidigare arbetat med, övriga skrev i större utsträckning ut de läkemedel som deras handledare skrivit ut (Hall m.fl. 2008). Mårdby m.fl (2009) har studerat läkares och sjuksköterskors inställning till läkemedel och det framkom att läkare i högre grad ansåg att läkemedel var mer fördelaktiga än distriktssköterskorna. En engelsk studie visade att många sjuksköterskor valde att ge egenvårdsråd istället för att förskriva (While & Biggs 2004). Svensk forskning visar att distriktssköterskor gav mer egenvårdsråd än läkarna och att de ofta rekommenderade patienterna att köpa receptfria läkemedel (Socialstyrelsen 2004; Wilhelmsson & Foldevi 2003). Wilhelmsson m.fl. (2001) visade att distriktssköterskor var försiktiga i sin förskrivning och riskerade inte att felbehandla patienten. I en intervjustudie av Bradley m.fl. (2005) där 91 sjuksköterskestudenter intervjuats om sin framtida yrkesroll som förskrivare visade det sig att kommunikativ förmåga, förmågan att kunna bedöma och diagnostisera, farmakologiska kunskaper och kunskap i förskrivning var vad som bedömdes viktigast.

Svårigheter och hinder i samband med förskrivning

I ett flertal studier från Sverige och England har det framkommit att det finns olika svårigheter och hinder för sjuksköterskan vid förskrivning. I en studie av While och Biggs (2003) beskrivs att otillräckligt med tid, svårighet att vara uppdaterad och att inte få kontinuerlig utbildning kunde skapa osäkerhet vid förskrivning vilket även beskrivs i andra studier (Downer m.fl. 2010; Lewis-Evans & Jester 2004; While m.fl. 2004). Studier av Carey och

Courtenay (2008) påvisar att kunskapsbrist leder till minskad förskrivningsfrekvens. Tillräckligt med medicinska kunskaper skapade högre självförtroende i förskrivningsarbetet (Bradley & Nolan 2007) och i en studie av Courtney m.fl. 2007 bekräftas behovet av kontinuerlig uppdatering i förskrivningsrätten. Även i svenska studier framkom det att sjuksköterskorna upplevde svårigheter med att få uppdatering och fortbildning (Sehic m.fl. 2012; Socialstyrelsen 2004; Wilhelmsson & Foldevi 2003). En studie av Luker m.fl. (1998) visade att osäkerhet vid förskrivning skapade oro hos de förskrivande sjuksköterskorna vilket kunde påverka frekvensen av förskrivning. Även en svensk studie påvisar att sjuksköterskorna upplevde att förskrivningsrätten kunde skapa osäkerhet, vilket kunde påverka förskrivningsfrekvensen men förskrivningsrätten ansågs även vara ett för stort ansvar (Socialstyrelsen 2004).

Både svensk (Wilhelmsson m.fl. 2001) och engelsk (Hall m.fl. 2006) forskning har beskrivit att sjuksköterskorna upplevde bristande stöd från läkarna i samband med förskrivning. Engelska studier (Bradley m.fl. 2007; Lewis-Evans & Jester 2004; Luker & McHugh 2002) har visat att det var av större betydelse för sjuksköterskorna att få stöd av kollegor och apotekare än av läkare, men även att de får bristande stöd från kollegor vid förskrivning (Bradley m.fl. 2005; Courtney m.fl. 2008).

Fördelar med sjuksköterskans förskrivning ur ett sjuksköterske- och patientperspektiv

Både svenska och engelska studier beskriver att det finns många fördelar med sjuksköterskans förskrivning till patienten. I en studie av Scrafton m.fl. (2012) beskrev sjuksköterskor att de upplevde klara fördelar för patienten vid deras förskrivning genom att starta och ge en behandling utan dröjsmål. Studier beskriver att distriktssköterskor upplevde att deras förskrivning av läkemedel på recept till patienter medförde en bättre följsamhet jämfört med om de fick råd om att köpa läkemedlet receptfritt på apoteket (Wilhelmsson m.fl. 2001; Wilhelmsson & Foldevi 2003). Patienten kunde få en snabbare behandling och patientens tillstånd följdes upp på ett säkrare och mer kontrollerat sätt när sjuksköterskan förskrev läkemedel jämfört om läkaren förskrev (Socialstyrelsen 2004). En studie av McCartney m.fl. (1999) påvisade att sjuksköterskor upplevde att förskrivningen medfört en ökad valfrihet för patienten.

Patienterna upplevde att sjuksköterskorna hade mer tid för dem än läkarna. Sjuksköterskorna ingav ett förtroende eftersom de kom ihåg vad som hänt tidigare och det var lättare att tala med sjuksköterskorna då de kände sig mer avslappnade och fick lära sig mer om sin behandling än om de talade med läkare (Courtenay m.fl. 2011). I två engelska studier framkom det att patienterna upplevde att sjuksköterskorna var mer lättillgängliga än läkare (Courtenay m.fl. 2011; Latter m.fl. 2004). I en engelsk studie av Banning (2004) framkom att patienterna tyckte att sjuksköterskorna hade en helhetssyn i vården och att de var nöjda med vården de fick av dem. Detta bekräftas i en studie av Fisher (2005) som visade att patienterna var trygga med sjuksköterskans förskrivning och att sjuksköterskorna ansåg att deras förskrivning hade en positiv påverkan på patienternas välbefinnande och behandling. I flera engelska studier framkom att patienterna upplevde att sjuksköterskor kunde förskriva bättre än läkarna eftersom de kände patienterna bättre (Brooks m.fl. 2001; Latter & Courtenay 2003; Luker m.fl. 1998) men det var även bekvämare och gick snabbare när en sjuksköterska förskrev (Hobson m.fl. 2010).

Kompetensutveckling i distriktssköterskans omvårdnadsarbete

Distriktssköterskan arbetar inom olika verksamheter och arbetsuppgifterna är skiftande. Förhållningssättet ska vara etiskt och hälsofrämjande, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med gällande författningar och regler. De måste hålla sig uppdaterad och följa samhällets förändringar och vara flexibla med tanke på de olika miljöer och patienter som de arbetar med. De måste även ha förståelse för sociala och psykosociala förhållandens påverkan på individens hälsa och vara införstådd med hur hälsan påverkas av individuella, kulturella, sociala, samhällsliga och miljömässiga förutsättningar. Till distriktssköterskans kompetens hör också att hon ska ha fördjupade kunskaper om vanliga symtom, sjukdomar, behandlingar och farmakologi så att hon självständigt kan diagnostisera och behandla enklare problem. (Distriktssköterskeföreningen 2008).

Praktisk omvårdnad har mycket att tillföra professionens teoriutbildning, och det bör råda lika förhållande mellan teoretisk och praktisk omvårdnad. Människan blir den han/hon är genom att leva i ett bestämt socialt, kulturellt och historiskt sammanhang och utvecklar kunskaper om världen genom att leva i världen på ett visst sätt (Benner & Wrubel 1989).

Patricia Benner beskriver hur kunskap och praktisk erfarenhet tillsammans utvecklar sjuksköterskan i hennes yrkesroll. Benner menar att sjuksköterskans kunskapsutveckling sker i fem stadier. I första stadiet kallas sjuksköterskan för novis. Det innebär att sjuksköterskan saknar bakgrundsförståelse och erfarenhet av de situationer hon möter, därför är det nödvändigt med regler som vägleder hennes handlande. I andra stadiet beskrivs sjuksköterskan som avancerad nybörjare. Då kan sjuksköterskan nätt och jämt uppvisa godtagbara prestationer och har ingen möjlighet att uppfatta helheten i en situation. I både första och andra stadiet måste sjuksköterskan därför koncentrera sig på reglerna för att hantera situationen. I tredje stadiet kallas sjuksköterskan kompetent och har blivit medveten om sina handlingar på ett långsiktigt plan. Sjuksköterskan saknar expertens snabbhet men hon behärskar den rådande situationen. Sjuksköterskan kan nu prioritera och det kritiska tänkandet utvecklas. I det fjärde stadiet har sjuksköterskan blivit skicklig. Då uppfattar hon situationer och helheter. Sjuksköterskans handlande kommer av sig självt och grundar sig på upplevda erfarenheter. Sjuksköterskan har nu förmåga att se situationen i ett helhetsperspektiv och beslutsfattandet blir inte lika ansträngande. I det femte och sista stadiet beskrivs sjuksköterskan som expert. Hon kan nu med sin erfarenhetsbakgrund uppfatta varje situation. Sjuksköterskan har nu utvecklat en förmåga där hon inte bara har kunskap om vad som ska göras utan även hur målen ska nås (Benner 1993).

Problemformulering

Studier om hur sjuksköterskor och distriktssköterskor upplevde sin förskrivningsrätt har främst utförts i England. Läkemedelsförskrivning skiljer sig mellan England och Sverige vilket gör att de engelska studierna inte kan generaliseras till att gälla även i Sverige. Engelska studier visade att sjuksköterskorna upplevde att förskrivningsrätten underlättade deras arbete och var tidbesparande för dem själva och för patienterna (Daugtry & Hayter 2010; Downer & Shepherd 2010; Lewis-Evans & Jester 2004). Författaren till föreliggande studie har funnit fem studier från Sverige som belyser distriktssköterskornas och sjuksköterskornas förskrivningsrätt i Sverige. Tre av studierna hade en kvantativ ansats (Mårdby m.fl. 2009; Socialstyrelsen 2004; Wilhelmsson m.fl. 2001) och två en kvalitativ ansats (Sehic m.fl. 2012; Wilhelmsson & Foldevi 2003). De svenska studierna visade att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade en positiv inställning till förskrivningsrätten och att den stärkte yrkesrollen men påtalade även en brist på uppdatering i förskrivningsrätten.

Förskrivningsrätten är en kompetenshöjning av distriktssköterskeyrket sedan införandet 1994. Syftet var att göra hälso- och sjukvården mer effektiv och bättre tillgänglighet för patienter som sökte för mindre åkommor och inte behövde läkarkontakt. Samtidigt finns det indikationer på att distriktssköterskan känner sig osäker och dåligt uppdaterad i sin förskrivning vilket medför att förskrivningsfrekvensen kan påverkas och därmed inte används fullt ut. Få studier har undersökt hur distriktssköterskor i Sverige upplever sin möjlighet till förskrivning. Författaren till denna studie anser det vara viktigt att undersöka detta område för att få en tydligare bild av hur distriktssköterskor i Sverige upplever sin förskrivningsrätt.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av förskrivningsrätten.

METOD

Design

Den föreliggande studien genomfördes med en kvalitativ ansats och en deskriptiv design (Polit & Beck 2006).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av tio distriktssköterskor som var verksamma på två olika hälsocentraler i olika län i Mellansverige. Inklusionskriterier för deltagande i studien var distriktssköterskor med utbildning i läkemedelsförskrivning och som arbetat minst ett år som läkemedelsförskrivande distriktssköterska. Deltagarna valdes ut genom ett ändamålsurval (Polit & Beck 2006). Författaren studerade distriktssköterskor på en hälsocentral och en distriktssköterskemottagning varav den ena arbetsplatsen var belägen i tätort och den andra på landsbygd. En av arbetsplatserna bedrevs i privat regi och den andra i offentlig regi. Författaren valde att studera distriktssköterskor med olika lång erfarenhet av läkemedelsförskrivning och deltagarna i denna studie hade arbetat mellan tre och tjugo år med läkemedelsförskrivning. Deltagandet var frivilligt, om någon valde att inte delta i studien, valde författaren en ny distriktssköterska som uppfyllde inklusionskriterierna. Författaren

hade vid studiens början kännedom om lämpliga informanter på de aktuella arbetsplatserna och med hjälp av en lista från vårdenhetscheferna fick författaren kontakt med ytterligare deltagare. På de utvalda arbetsplatserna i studien förekom olika arbetsmodeller. På den ena hade distriktssköterskorna en jourmottagning där patienterna kunde söka akut, på den andra arbetsplatsen fanns mer tidsbokad mottagning och en mindre jourverksamhet. I föreliggande studie deltog sex distriktssköterskor från arbetsplatsen belägen i tätort och fyra från landsbygd. Alla deltagare var kvinnor mellan 41 och 64 år och som arbetat som distriktssköterska mellan tre och tjugoåttio år. Vissa av deltagarna hade delvis specialuppdrag på mottagningen, så som diabetets, barnavårdscentral, rökavvänjning, sår-mottagning och hälsokoordinator. Distriktssköterskorna använde sin förskrivningsrätt i varierande omfattning. En distriktssköterska förskrev varannan dag, fyra förskrev 1-2 gånger i veckan, tre förskrev 2-3 gånger i kvartalet och två förskrev sällan eller inte alls.

Datainsamlingsmetod

Data samlades in via semi-strukturerade intervjuer och frågorna ställdes utifrån syftet. De områden som intervjufrågorna belyste var hur distriktssköterskorna såg på sina möjligheter att förskriva, fördelar och nackdelar, påverkan på professionen, patienternas reaktioner, kunskaper och samarbetet vid förskrivning. Exempel på frågor ur intervjuguiden var; hur upplever du möjligheten att förskriva läkemedel? Hur upplever du att förskrivningsrätten har påverkat din profession som distriktssköterska? Vid semi-strukturerade intervjuer använder författaren en frågeguide där frågorna har öppna svarsmöjligheter. Det ger intervjuaren möjlighet att samtala fritt och ställa följdfrågor för att få frågeområden belysta (Polit & Beck 2006). Enligt Kvale (2008) innefattar intervjuguiden ämnen som är fokus för undersökningen och intervjuens syfte och att det sociala samspelet under samtalet kan leda till följdfrågor som ställs till deltagaren. Exempel på följdfrågor som ställdes var; Hur menar du då? Hur tycker du då det blir enkelt för dig? (Bilaga 1). De bakgrundfrågor som ställdes berörde distriktssköterskans ålder, antal arbetade år som sjuksköterska/distriktssköterska, hur länge de arbetat på hälsocentralen, hur ofta de förskrev läkemedel, var deras hälsocentral var belägen, i tätort eller glesbygd och om de har något specialistuppdrag.

Tillvägagångssätt

Författaren sökte skriftligt tillstånd för det ena länet hos Primärvårdsdirektören (Bilaga 2) och inhämtade muntligt tillstånd hos verksamhetschefen på den aktuella hälsocentralen. Från den andra hälsocentralen i det andra länet inhämtades skriftligt tillstånd (Bilaga 3). När skriftligt godkännande för studien inhämtats kontaktades vårdenhetscheferna på respektive hälsocentral. Författaren fick namn på distriktssköterskor av vårdenhetscheferna på respektive arbetsplatser. Därefter skickades förfrågan och information via mail om deltagande i studien. Kontakt togs sedan via telefon (Bilaga 4). Vid muntligt samtycke om deltagande i föreliggande studie bestämdes tid och plats för intervjun. Intervjuerna spelades in på en diktafon och genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplats. En pilotintervju genomfördes för att se om frågorna i intervjuguiden motsvarade studiens syfte. Den transkriberade pilotintervjun lästes igenom av handledare och student. Några omstruktureringar i ordningsföljden gjordes därefter i intervjuguiden. Innehållet i pilotintervjun ansågs motsvara studiens syfte och kunde användas i resultatet.

Dataanalys

Det insamlade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) som menar att det centrala i kvalitativ innehållsanalys är att urskilja skillnader och likheter i textens innehåll. Detta är en metod som är lämplig och ofta använd vid omvårdnadsforskning. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant av författaren. Texten lästes flera gånger för att få fördjupad förståelse för innehållet och delades sedan in i meningsbärande enheter utifrån syftet. Meningsbärande enheter är ord och uttalanden som i innehåll och kontext har samma mening. Sedan kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att förkorta meningsbärande enheterna utan att förlora dess kärna. Genom att granska det kondenserade materialet framkom sedan en kod som kort beskrev innehållet i de kondenserade meningsbärande enheterna, som sedan utifrån likheter och skillnader sorterades in i kategorier (Tabell 1). Kategorier ska svara på frågan ”Vad?”. Finns det en röd tråd i kategorierna binds dessa samman till ett övergripande tema, detta ska svara på frågan ”Hur?”.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Kategori |
|--|--|--|---|
| Ja .det tycker...ja dels då för att det underlättar för patienten om man säger så för annars kanske man måste boka in dem på en tid till doktorn också och då måste dom gå från mottagning och komma tillbaka en annan tid | patienten behöver inte komma tillbaka till mottagning en annan tid, | Förskrivning av DSK underlättar och spar tid för patienten | Konsekvenser för patienten vid förskrivning |
| Ja arbetet som DSK blir ju lättare naturligtvis så är det väl, i de patientärendena som jag kan handlägga själv då så är det ju naturligtvis. | DSK arbete underlättas och patientärendena kan handläggas av dem själv | Arbetet blir enklare med förskrivningsrätten | Distriktssköterskans inställning till sin möjlighet att förskriva |
| Nackdelar är ju att vi får så dålig fortbildning. Det är ju en väldigt stor nackdel tycker jag. | får dålig fortbildning en väldigt stor nackdel. | Ingen fortbildning | Hinder och svårigheter vid förskrivning |

Forskningsetiska överväganden

Tillstånd för studien söktes först hos Primärvårdsdirektören och sedan hos verksamhetschefen på respektive hälsocentral. Studien genomfördes ur ett personalperspektiv och syftar att beskriva distriktssköterskors upplevelser runt läkemedelsförskrivning. Då det i studien inte föreligger något beroendeförhållande mellan författaren och de deltagande distriktssköterskorna eller berör deras fysiska eller psykiska hälsa behövde inte författaren söka tillstånd för etisk prövning (Gustavsson m.fl. 2011). Distriktssköterskorna som valde att delta i studien informerades muntligt och skriftligt om studiens syfte och tillvägagångssätt, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring (Bilaga 4). Allt material behandlades konfidentiellt, vilket innebär att ingen av undersökningspersonerna skall gå att identifiera i examensarbetet. De inspelade intervjuerna och utskrifterna förvarades inlåst under studien och förstördes när studien var godkänd och publicerad i form av ett examensarbete. Alla forskare ska värna om deltagarnas integritet och följa de etiska riktlinjer som finns beskriven hos Vetenskapsrådet (Gustavsson m.fl.).

RESULTAT

Efter att ha gjort den manifesta innehållsanalysen bildades sju kategorier som presenteras i resultatet utan logisk ordning, ur dessa kategorier framkom ett tema som presenteras i figuren nedan (Figur 1). Temat som framkom var -Distriktssköterskorna är ambivalenta till sin förskrivningsrätt och varierar i synen på möjligheter och utnyttjandegrad. Temat innefattar den underliggande meningen från kategorierna och beskriver att de intervjuade distriktssköterskorna hade olika upplevelser om sin förskrivningsrätt och om sina möjligheter att förskriva. Det fanns utsagor om att förskrivningsrätten var mest fördelaktig för patienten, men även att förskrivningen inte var till någon nytta. Vissa utsagor som framkom handlade om att den var begränsad och andra utsagor om att den var tillräcklig. Det framkom utsagor att förskrivning var en möjlighet i arbetet som distriktssköterska. Resultatet av studien presenteras i löpande text utifrån kategorierna och beskrivningen förstärks av representativa citat från transkriberat material. Numret inom parantes efter citatet anger ur vilken intervju citatet är hämtat.



Figur 1. Tema och kategorier

Konsekvenser för patienten vid förskrivning

Denna kategori beskriver vilka fördelar och nackdelar som distriktssköterskorna ansåg att det fanns för patienten med förskrivningsrätten.

Distriktssköterskorna beskrev många fördelar och få nackdelar. Det framkom att de upplevde att det var patienten som tjänade mest på deras läkemedelsförskrivning.

”Ja oftast så blir det ju enklare och det blir ju billigare för patienten och slipper dubbelboka som det annars kan bli. Ja men det är ju patienten som tjänar mest på det här så kan man ju säga.”(6)

Distriktssköterskorna beskrev att patienterna upplevde att deras förskrivning var mycket positiv och det sparade både tid och pengar för patienten. Det framkom även att de var van att få recept utskrivet från distriktssköterskan. Tillgängligheten till distriktssköterskorna jämfört med till läkare var större enligt de intervjuade och i vissa landsting var det gratis att komma

till en distriktssköterska. Det var en ekonomisk fördel för patienten med att få större och billigare förpackningar utskrivet och att läkemedel ibland kunde ingå i högkostnadsskyddet. Det framkom utsagor om att distriktssköterskans förskrivning var service till patienten och de beskrev att det inte fanns några nackdelar för patienten vid deras förskrivning. Distriktssköterskorna upplevde positiva reaktioner från patienterna vid förskrivning och att förskrivningen blev klar och tydlig för patienten. Distriktssköterskorna informerade patienten om läkemedlet och om hur och när de skulle ta sina mediciner. Insatta behandlingar kunde enkelt följas upp av distriktssköterskorna och detta gav en bättre följsamhet för patienten. Förskrivning av distriktssköterskorna innebar att patienten inte behövde vänta på läkartider och kunde på så sätt få snabbare hjälp. Eftersom det var enklare att få en tid hos en distriktssköterska och som hade möjlighet att förskriva något passande läkemedel så minskade risken att sjukdomstillståndet skulle förvärras.

”Det är en enkel gång, om jag ser ett barn som ganska besvärlig eksem eller så så kan jag förskriva en mild kortison och mjukgörande och påbörja och det förhindrar ju att det blir värre...för annars läkare ... och det hinner bli värre under tiden.” (3)

Distriktssköterskorna beskrev att de vid förskrivning lämnade över ett egenansvar till patienterna om att de fick ta ny kontakt med hälsocentralen vid utebliven effekt och att det var viktigt att dokumentera detta i journalen. De bokade en läkartid till patienten om denne var tveksam till om distriktssköterskan utförde rätt förskrivning. Det framkom även beskrivningar om negativa konsekvenser för patienten. Det framkom utsagor om att deras förskrivning blev dyrare för patienten eftersom det utgår en avgift vid receptförskrivning. Distriktssköterskorna uppgav att det kunde vara negativt för patienterna om de önskade starkare kortisonsalva än vad de hade möjlighet att förskriva.

Distriktssköterskans inställning till sin möjlighet att förskriva

Det framkom en ambivalens och motstridiga utsagor om distriktssköterskans inställning till sin möjlighet att förskriva. Det fanns beskrivningar om att möjligheten med förskrivning var bra men det framkom även beskrivningar om att det var meningslöst att förskriva.

Förskrivningsrätten förenklade arbetet och var en fördel i distriktssköterskans arbete. En fördel med förskrivning var att de ibland kunde påbörja en behandling direkt utan att hänvisa till läkare, möjligheten till förskrivning medförde kortare vårdkedja.

Förskrivningen ingick i deras arbete och den var tidsbesparande för såväl distriktssköterska, läkare och patient. Det framkom åsikter som att det inte fanns något som var negativt i deras möjlighet att förskriva. De ville se och träffa patienterna först, det gav dem en möjlighet att på egen hand ge patienter en behandling och att hjälpa patienten med förskrivning av receptbelagda läkemedel, vilket upplevdes mycket positivt av distriktssköterskorna. Förskrivningen av läkemedel gav slagkraft, tydlighet och tyngd både åt distriktssköterskorna själv och för patienten. Det var även bra både för patienten och för dem själva att de kunde förnya vissa vid behovs mediciner som läkaren tidigare ordinerat. Läkartätheten kunde påverka frekvensen av förskrivningen vilket enligt distriktssköterskorna innebar att de förskrev mera läkemedel om det fanns få läkare.

Det framkom motstridiga utsagor vad gällde hur brett sortiment av läkemedel de hade rätt att förskriva. Det fanns utsagor om att förskrivningen skulle kunna utnyttjas bättre och att den inte utnyttjades tillräckligt av distriktssköterskorna. En distriktssköterska som tidigare haft utökad förskrivning uppgav att det inte fanns någon nytta med förskrivningsrätten som den såg ut idag och att det var meningen att de från början skulle få förskriva ett bredare sortiment som sedan togs bort, detta medförde att det inte längre upplevdes meningsfullt att förskriva.

”Jag gör det väldigt sällan för jag jobbar med egenvård, jag jobbar inte på det viset att jag tycker att jag ska förskriva. Jag har kommit ifrån det där. Från början var det meningen att vi skulle få en ett mycket bredare förskrivningsområde men sen krympte man ju ner den där förskrivningsrätten till det mesta receptfria läkemedel och då kom jag ur spår på nå vis, då känns det inge viktigt liksom.” (1)

En annan distriktssköterska uppgav att det var positivt att förskrivningen utökats med flera läkemedel att förskriva.

”... den blev ju utökad för några år sedan men det är ju ganska många år sedan jag gick, man kan ju förskriva mer nu än då, så det var ju positivt.”(7)

Det framkommer en ambivalens hos distriktssköterskorna i hur de såg läkemedlen som de får förskriva. Det var ett problem enligt distriktssköterskorna att de flesta läkemedlen som fick förskrivas var receptfria. De upplevde inte så stor mening med att förskriva receptfria läkemedel och de distriktssköterskor som haft förskrivningsrätt länge tyckte detta i större utsträckning än distriktssköterskor med kortare tid. Distriktssköterskorna upplevde att det gick lika bra och var enklare att ge råd än att förskriva receptfria läkemedel. Det framkom att patienterna ibland blev tveksam när de fick en receptfri ordination, patienterna ville hellre ha

recept utskrivet. Distriktssköterskorna uppgav att de var restriktiva vid förskrivning och att de inte förskrev läkemedel på recept många gånger eftersom läkemedlet ändå var receptfritt och de ansåg att alla inte behövde få recept. De sa att de gav patienterna mer egenvårdsråd än vad läkarna gjorde och de tyckte att deras egenvårdsråd ibland passade bättre för patienterna än att förskriva ett läkemedel. En del distriktssköterskor beskrev att de inte förskrev receptfria läkemedel utan uppmanade och rekommenderade patienten vid vissa behandlingar att köpa på apoteket i första hand och prova sig fram för att se vad som passade bäst för tillfället. Andra distriktssköterskor beskrev att de först förskrev en liten förpackning för att se hur patienten reagerade och när de sedan utvärderat läkemedlet och det fanns ett kontinuerligt behov kunde de förskriva en större förpackning. De upplevde att det var bra att kunna ge en receptfri ordination men ibland var det nödvändigt att förskriva eftersom alla läkemedel inte var receptfria. Det upplevdes viktigt att ha möjligheten att följa upp patienten vid förskrivning. Fanns inte möjligheten till uppföljning blev distriktssköterskorna försiktigare i sin förskrivning, de ville ha möjlighet att se effekterna och utvärdera sin förskrivning. De var angelägna om att förskrivningen skulle bli korrekt både för patienten och för dem själva.

”Man vill ju även se effekterna av det hela när man skriver ut också då ... om det blir bra eller inte... man får inte tillbaka dem för att se hur det går... och då blir man lite mer försiktig i skrivandet, man blir lite mer försiktig om man inte kan följa upp tycker jag...” (8)

Distriktssköterskorna ville ogärna förnya läkemedel som de själva inte behärskade eller hade så stor erfarenhet av. De uppgav även att de inte förskrev antibiotika i första taget, att de var försiktiga och hade dåliga erfarenheter av att förskriva penicillin till barn och överlät detta till läkaren. Det framkom åsikter om att patienten skulle följa en ordination och behandling oavsett om distriktssköterskorna gav en muntlig receptfri ordination eller förskrev läkemedel. Det som förskrevs mest var mot olika slags hudåkommor, öron-och ögoninflammationer samt allergier. Det fanns även meningar om att distriktssköterskorna inte tjänade något på förskrivningen eftersom den inte relaterade till högre lön.

Hinder och svårigheter vid förskrivning

Distriktssköterskorna upplevde olika problem vid förskrivning. Förskrivningsrätten upplevdes begränsad och att de inte fick tillräcklig uppdatering.

Arbetstiden var pressad och det fanns inte någon tid avsatt för uppdatering i förskrivningsrätten. De uppgav att de saknade möjlighet att förnya och behålla sin kunskap, de skulle behöva studera utanför arbetstid för att hålla förskrivningsrätten a jour. De hängde inte med och var inte helt insatta i de läkemedel som de fick förskriva och att det hela tiden kom nya läkemedel som ingick i förskrivningsrätten.

"Nackdelar är ju att vi får så dålig fortbildning. Det är ju en väldigt stor nackdel tycker jag." (9)

Ett annat problem var att de inte alltid fick aktuella och gällande medicinlistor. Det fanns åsikter om att distriktssköterskorna upplevde det negativt att förskrivningen var begränsad. De ville att den skulle utökas och ge möjlighet till de distriktssköterskor som önskade att förskriva ur ett bredare sortiment. Journalsystemet försvårade förskrivandet och det var tekniskt krångligt och knöligt. Det upplevdes krångligt att förskriva på olika indikationer och det var ibland svårt att komma ihåg vilka diagnoser de förskrev på. Det upplevdes svårare att förskriva om en distriktssköterska hade många olika arbetsområden. Det fanns önskemål om att de ville förskriva större tuber av salvor och krämer än vad de får göra idag. Det kunde bli krångligt om ett läkemedel tog slut hos leverantören vilket ibland kunde innebära att de var tvungna att hänvisa patienterna till läkaren eftersom läkaren kunde ordinera något annat läkemedel.

"Jaa ... det enda som kan trassla till det är väl när ett läkemedel är helt slut hos leverantören, för det har ju hänt och det krånglar ju till det för då blir ju det patient ärendet omgående ett läkarärende, jag kan ju, jag får ju inte förskriva något annat läkemedel än det öh..." (5)

Det upplevdes svårt att distriktssköterskan kunde förnya läkemedel som läkare tidigare satt in men som de själva inte kände till. Läkaren ville att de ibland skulle skriva ut läkemedel vid Scarletina (scharlakansfeber) även om diagnosen inte var säkerställd och det tyckte distriktssköterskorna var fel.

Kompetens vid förskrivning

Denna kategori beskrev distriktssköterskornas upplevelse av kompetens vid förskrivning och att ha tillräckliga kunskaper i farmakologi vid förskrivandet.

Distriktssköterskorna ansåg att mer farmakologisk utbildning skulle kunna medföra att deras förskrivningsrätt kunde utökas. Det kunde bli en vinst för både dem och läkarna och att det i sin tur kunde underlätta för patienterna. Distriktssköterskorna ansåg att utbildningen i förskrivningsrätt var mycket bra. Utbildningen gav ökad kunskap som var värdefull vid olika bedömningar som distriktssköterskan står inför i sitt arbete. De upplevde att utbildningen stärkte deras yrkesroll som distriktssköterska.

"Ja men det är ju positivt tycker jag och... det liksom och det stärker ju en lite att jag har förskrivningsrätt och att jag kan ordinera det här..." (10)

De menade att de förskrev minst lika bra som läkarna vid åkommor relaterade till hud och sår. Distriktssköterskorna framförde att de farmakologiska kunskaperna skulle kunna vara bättre om de fick lite fortbildning. Utbildning och uppgradering gav trygghet. Det framkom även utsagor om att de ansåg att de förskrev på rätt nivå och ville inte ha möjlighet att förskriva mer läkemedel än vad som är beslutat.

Ekonomiska aspekter vid förskrivning

Här framkommer beskrivningar om att förskrivning även kan handla om olika ekonomiska perspektiv, som patientens och hälsocentralens.

Distriktssköterskorna ansåg att det var en bra möjlighet att förskriva läkemedel till socialt utsatta patienter. De förskrev mer till patienter med dålig ekonomi som hade möjligheten att få tillbaka pengar för sina läkemedelsutgifter och de upplevde att patienter med dålig ekonomi oftare efterfrågade recept. Distriktssköterskorna uppgav att det fanns en risk att patienter med dålig ekonomi inte följde behandlingen om de inte fick recept utskrivet

"... det är väl dom som kanske har socialbidrag och såna här saker som kan få pengar för det dom vill ju gärna ha ett recept" (2)

Distriktssköterskorna undrade om deras förskrivning var ekonomiskt försvarbart för samhället. Distriktssköterskorna upplevde även restriktioner från arbetsgivaren vilket innebar att de inte fick förskriva för mycket och för ofta samtidigt som distriktssköterskorna ville

förskriva mer. Vid vissa tillstånd var patienterna i stort behov av exempelvis mjukgörande salva och då önskade distriktssköterskorna förskriva mera än vad de var tillåtna att göra.

”Vid ett preparat som är dyrt då som ofta mjukgörande är och får du ingen rabatt på det så kanske de struntar i det som egen person för att det blir för dyrt för en... för det bör ju användas rejält med mjukgörande om det ska ha effekt på en eksem behandling.” (5)

De kände även av ekonomiska indragningar från arbetsgivaren som inte gav dem fortbildning och uppdatering av förskrivningsrätten.

Stöd vid förskrivning

Denna kategori beskriver att distriktssköterskan upplevde olika typer av stöd vid förskrivning, både stöd från andra professioner och utifrån gällande föreskrifter.

Distriktssköterskorna hade ett bra samarbete med andra kollegor och läkare i samband med förskrivning. De rådfrågade varandra när de behövde stöd och att det ibland krävdes samarbete med läkare i samband med förskrivning. De ansåg att de fanns en tydlig beskrivning av vad som fick förskrivas och att de följde den lokala rekommendationslistan. De uppgav att de använde sig av FASS på datorn för att hålla sig a jour och för att vara säker vid sin förskrivning. Det upplevdes att FASS gav ett bra stöd.

”... annars ofta får man ju ändå slå upp och titta då, hur var det nu då, hur ska man ska behandla det här? Men jag använder ändå FASS för att ändå vara säker.”(7)

Det upplevdes positivt att FASS numera fanns på datorn då det förenklat förskrivningen och att det underlättat mycket att det numera gick att utföra förskrivningen i datorn. Det framkom inget behov av stöd hos de distriktssköterskor som inte nyttjade sin förskrivningsrätt.

Känslor vid förskrivning

Här framkommer beskrivningar om att distriktssköterskorna upplevde olika känslor vid förskrivning.

De hade känslor av att känna sig mer betydelsefull men även känslor av osäkerhet vid förskrivning. Det fanns utsagor om att de trivdes med förskrivningen och att den var utvecklande och gav dem ett större ansvar. Det kändes bra att de på egen hand kunde bedöma, förskriva och ge patienten en behandling. De upplevde att de gjorde hela jobbet.

” ... och så att man kan ju faktiskt behandla patienten också, man måste inte skicka patienten vidare till en läkare eller säga avvakta... eller utan faktiskt ge dom en behandling om det behövs och följa upp och så där så man känner att man gör hela grejen, hela jobbet.”(7)

En del utsagor beskrev känslor av osäkerhet vid förskrivandet och andra utsagor om känslor av trygghet. En utsaga beskrev känslan av bristen på uppdatering med ”fattig på uppdatering” och att de upplevde ett behov av uppdatering för att känna sig säkert. Distriktssköterskor med lång erfarenhet av förskrivning upplevde att det kändes bra och att de kände sig trygga i sin förskrivning. De kände sig ganska trygga med de läkemedel som fick förskrivas. Var de osäkra vid förnyelse av vissa läkemedel fick läkarna förnya läkemedlen själva. Det var även en del distriktssköterskor som inte kände sig säkra vid förskrivning och var oroliga för att göra felbedömningar. De konsulterade en läkare om de kände sig osäkra och de förskrev bara om de kände sig trygga i sin förskrivning.

”Vissa patientfall kan det ju ibland svårt att bedöma och är det då det minsta tveksamhet så förskriver man ju inte utan då konsulterar man ju en doktor... så är det”. (5)

DISKUSSION

Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av förskrivningsrätten. Resultatet som framkom under analysen redovisas utifrån ett tema som bildades utifrån sju kategorier: *Distriktssköterskorna är ambivalenta till sin förskrivningsrätt och varierar i synen på möjligheter och utnyttjandegrad.* Resultatet visar på att distriktssköterskorna upplevde att det är bra att de har möjligheten att förskriva men möjligheten och graden av utnyttjande varierade. Det framkom även att de upplevde att den var meningslös och att de inte behövde förskriva receptfria läkemedel. Brist på uppdatering i förskrivningsrätten och av nya

läkemedel försvårar förskrivningen. Distriktssköterskorna uppgav att förskrivningsrätten underlättade arbetet och förkortade vårdkedjan samt stärkte yrkesrollen. De upplevde att förskrivningsrätten var en stor fördel till patienten

Resultatdiskussion

Resultatet visade att de flesta av distriktssköterskorna upplevde att förskrivningsrätten var bra men det framkom olika utsagor om hur de såg på möjligheten att förskriva och de använde förskrivningen i varierandegrad.

Ett av huvud resultaten i denna studie var att distriktssköterskorna upplevde olika möjligheter med förskrivningsrätten. Några upplevde att den var meningslös och tyckte inte att de hade någon användning av förskrivningsrätten och andra distriktssköterskor att den var bra men att de i alla fall inte använde den så ofta som det kanske var tänkt när den infördes. Fler och fler läkemedel som distriktssköterskan får förskriva blir receptfri och kan köpas på apotek i mindre förpackning. Tidigare var t.ex. tablett Diklofenak mot smärta och inflammation receptbelagd men idag går den att köpa utan recept. Denna utveckling att fler läkemedel bli receptfri kan upplevas negativt av distriktssköterskorna då de beskrev att det inte kändes meningsfullt att förskriva receptfria läkemedel och att de upplevde att det var ett problem att de flesta läkemedel var receptfria. Kan det vara så att distriktssköterskorna upplever att de inte får det ansvar och kompetenshöjning som det var tänkt från början och att de inte får användning av sin kunskap. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning beskrivs det hon ska ha fördjupade kunskaper om läkemedels egenskaper, användning, ordination och biverkningar, kunskaper för att självständigt kunna bedöma behov och förskriva vissa läkemedel (Distriktssköterskeföreningen 2008). Det framkom i denna studie att distriktssköterskor med lång erfarenhet av förskrivning i större utsträckning valde att inte förskriva om patienten ändå kunde gå och köpa samma läkemedel på apoteket. Wilhelmsson m.fl. (2001) visade i sin studie att yngre distriktssköterskor utnyttjade förskrivningen i större utsträckning än äldre. Det bekräftas även i andra studier (Hall m.fl. 2006; Wilhelmsson m.fl. 2001) att receptfria läkemedel minskar förskrivningsfrekvensen hos distriktssköterskor och sjuksköterskor eftersom de tycker att patienterna kan köpa det själva på apoteket. Konsekvensen blir att förskrivningsrätten inte utnyttjas i den utsträckning som är möjlig. Resultatet i denna studie visade på att distriktssköterskorna var restriktiv i sin förskrivning.

De skrev inte ut receptfria läkemedel om de ansåg att patienten själv kunde köpa läkemedlet. Distriktssköterskan ville att patienten skulle prova sig fram för att i ett senare skede eventuellt förskriva. Patienten fick då en muntlig ordination av distriktssköterskan. Till vissa patienter ansågs det nödvändigt att förskriva för att behandlingen skulle fullföljas. Det gav mer tyngd och tydligare ordination, eller till patienter med dålig ekonomi. Distriktssköterskorna i denna studie upplevde att de gav mer egenvårdsråd än läkarna. I en studie av Running m.fl. (2006) framkom det att läkarna förskriver läkemedel i större utsträckning. En möjlig förklaring är att distriktssköterskorna i första hand ger egenvårdsråd och väljer att informera patienten om att själv köpa receptfritt.

Denna studie kunde även påvisa att distriktssköterskorna upplevde att de inte fick kompetensutveckling av sin arbetsgivare i förskrivningsrätt och i nya läkemedel och de upplevde ett stort behov av uppdatering. Flera studier bekräftar också detta att det var svårt att få uppdaterade kunskaper i sin förskrivningsrätt av sin arbetsgivare (Downer & Sheperd 2010; Lewis-Evans & Jester 2004; Socialstyrelsen 2004; While & Biggs 2004; Wilhelmsson & Foldevi 2003). Distriktssköterskorna upplevde neddragningar från arbetsgivaren när det gällde fortbildning i sin förskrivningsrätt. Det ligger i distriktssköterskans eget ansvar att hålla sig uppdaterad i förskrivningsrätten och i nya läkemedel vilket många gånger upplevs svårt. Detta bekräftas även i en studie av Bowden (2005) som visade att de flesta sjuksköterskorna upplevde ett eget ansvar att hålla sina kunskaper uppdaterad. Får inte distriktssköterskorna uppdatering i förskrivningsrätten framkom det att de ibland kände sig osäker att använda sig av den. Författaren av föreliggande studie anser att brist på uppdatering kan leda till att distriktssköterskorna inte använder sig av sin möjlighet att förskriva men även till minskad kostnadseffektivitet i vården. Det kan tänkas att brist på uppdatering kan skapa missnöje hos distriktssköterskorna som kanske upplever sin kompetens gå till spillo. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att utbildningen i förskrivningsrätt var mycket bra och att de fått goda farmakologiska kunskaper vilket även bekräftas av Sehic m.fl (2012). I resultatet framkom det att distriktssköterskorna önskade regelbunden uppdatering för att kunna bevara sina kunskaper och det skulle vara till fördel för de distriktssköterskor som gick utbildningen i förskrivningsrätt för länge sedan. Författaren till föreliggande studie anser att det är viktigt att distriktssköterskan får rätt stöd att kunna förskriva. Det är därför viktigt att arbetsgivaren tillsammans med distriktssköterskorna utarbetar rutiner för hon ska ha möjlighet att uppdatera sig i förskrivningsrätten och därmed möjlighet att utnyttja den i större utsträckning.

Förskrivningsrätten gav ökad kunskap och distriktssköterskorna upplevde att den stärkte yrkesrollen. Detta framkom även i andra studier där det även beskrevs att sjuksköterskans autonomi stärktes av möjligheten med att förskriva (Lewis-Evans & Jester 2004; Wilhelmsson & Foldevi 2003). Distriktssköterskorna beskrev att arbetet blev mera självständigt, det blev smidigare och sparade tid när de själva kunde ställa diagnos och följa upp behandling och det upplevdes positivt att själv kunna göra bedömningar och starta behandlingar, detta beskrivs även i tidigare studier (Lewis-Evans & Jester 2004; Socialstyrelsen 2004 ;Wilhelmsson & Foldevi 2003). Vårdförbundet beskriver att förskrivningsrätten stärker sjuksköterskan som professionell yrkesutövare och att den har bidragit till en enklare och effektivare handläggning av åtgärder i vården (Vårdförbundet 2013). Detta kan jämföras med resultatet från denna studie som påvisar att distriktssköterskorna upplever att deras förskrivning har betydelse. Distriktssköterskorna i föreliggande studie var noga vid sin förskrivning och ville se patienten innan de förskrev ett läkemedel. De upplevde att det var viktigt att följa upp patienten vid förskrivning för att kunna göra en utvärdering då de var angelägna om att den insatta behandlingen blev bra. Denna uppföljning och utvärdering kan även relateras till Patricia Benners teori: Från Novis till expert (Benner 1993). Där beskrivs hur kunskap och praktisk erfarenhet tillsammans utvecklar sjuksköterskan i hennes yrkesroll där hon inte bara utvecklat en förmåga. Hon har även kunskap om vad som ska göras och hur målen ska nås. Av den anledningen är det viktigt att det skapas möjlighet för uppföljning och uppdatering i förskrivningsrätten för att ge ökad möjlighet för sjuksköterskan att uppnå expertkunnande inom förskrivning.

Att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt utföra arbetet efter vetenskaplig och beprövad erfarenhet finns beskriven i Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763. Distriktssköterskorna beskrev att de upplevde att förskrivningsrätten innebar ett stort ansvarstagande och ordinerade enbart om de behärskade området. Studier av Wilhelmsson och Foldevi (2003) visade att distriktssköterskor tog förskrivningsrätten med största allvar. Wilhelmsson m.fl.(2001) och Wilhelmsson och Foldevi 2003) visade i sitt resultat att distriktssköterskorna upplevde sig försiktiga i förskrivningen och detta framkom även i föreliggande studie. De upplevde sig försiktiga i förskrivningen och riskerade därför inte felbehandlingar. Detta bekräftas även av Bowden (2005) som menade att de flesta distriktssköterskor upplevde att förskrivningsrätten innebar ett stort ansvarstagande.

I föreliggande studie upplevde distriktssköterskorna att deras förskrivning var en service till patienten som bara var mycket bra och positiv. Patienten fick en snabbare behandling och sparade både tid och pengar och det bekräftas i flera andra studier (Lewis-Evans & Jester 2004; Socialstyrelsen 2004). I resultatet framkom motstridiga utsagor bland distriktssköterskorna om förskrivningen innebar en ekonomisk vinst eller inte för patienten. Distriktssköterskorna uppgav att de förskrev mer till patienter med sämre ekonomi. De upplevde en sämre följsamhet hos dessa patienter om de inte förskrev och liknade resultat visar studier av Courtenay m.fl. (2011) att patientens ekonomi kunde vara avgörande om behandlingen fullföljdes eller inte.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors upplevelser av förskrivningsrätten. För att kunna besvara studiens syfte på bästa sätt valdes en kvalitativ metod med semistrukturerade frågor. Intervjuguiden innehöll både bakgrundsvariabler och frågor som belyste syftet med öppna svarsalternativ, där deltagarna fritt kunde berätta om sina upplevelser (Polit & Beck 2006).

Enligt Graneheim och Lundman (2004) så bör en kvalitativ studies trovärdighet granskas utifrån begrepp som "credibility" (giltighet), "dependability" (stabilitet) och "transferability" (överförbarhet). Begreppet "credibility" förklarar studiens giltighet. "Dependability" menas materialets pålitlighet och stabilitet och med "transferability" beskrivs som materialets överförbarhet.

För att uppnå giltighet (credibility) är det viktigt att välja rätt metod för studien (Graneheim & Lundman 2004). I föreliggande studie användes en intervjuguide med fokus på distriktssköterskors upplevelse av förskrivningsrätten. Intervjuer ger deltagarna möjlighet att beskriva sina upplevelser och möjligheter för intervjuaren att ställa följdfrågor för att materialet skall bli djupare. Deltagarna i studien valdes ut genom ändamålsurval som enligt Polit & Beck (2006) kan stärka trovärdigheten och att spridningen av deltagare i urvalsgruppen kan bidra till ett bredare material. Distriktssköterskorna i studien arbetade både i tätort och på landsbygd, hade varierad ålder och olika lång erfarenhet av förskrivningsrätten, vilket ökade trovärdigheten. En pilotintervju utfördes för att öka giltigheten i studien och för

att säkerställa att intervjuguidens frågor svarade mot syftet. Tillsammans med handledare gjordes små justeringar i intervjuguiden för att få ett bättre flyt i intervjun. Pilotintervjun bedömdes sedan kunna inkluderas i resultatet då innehållet motsvarade syftet. För att ytterligare stärka trovärdigheten har citat använts vid resultatredovisningen.

För att skapa pålitlighet och stabilitet (dependability) i studien har författaren vid analysprocessen sökt överensstämmelse och samråd med handledare och en annan student. Denna dialog kan enligt Graneheim och Lundman (2004) öka studiens stabilitet och pålitlighet. Författaren har använt sig av ursprungstexten hela tiden för att inte förlora eller missa något av vikt under analysprocessen. Intervjuerna genomfördes under en kort tidsperiod vilket stärker stabiliteten (Graneheim & Lundman 2004).

Överförbarhet (transferability) handlar om hur och i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper och situationer (Polit & Beck 2006). Författaren kan ge förslag på överförbarhet men det är läsaren själv som måste avgöra resultatets överförbarhet till andra sammanhang. Författaren till denna studie har noggrant beskrivit urvalsmetod, deltagare, datainsamlingsmetod och analys vilket enligt Polit & Beck (2006) ökar överförbarheten.

En svaghet i denna studie var författarens ovana av att intervjua. Författaren kan möjligen fått fylligare svar om författaren haft denna erfarenhet. Vid studies genomförande hade inte författaren genomgått utbildning i förskrivningsrätten och hade bara sjuksköterskans perspektiv på området. Ett djupare och mer fullödigt material har eventuellt kunnat utvinnas om författaren haft mer erfarenhet av förskrivning och förskrivningsrätt.

Allmän diskussion

Resultatet i denna studie visar att det råder delade meningar hos distriktssköterskorna i hur de ser på möjligheten och i hur de använder sin förskrivningsrätt. Det framkom utsagor om att den var meningslös, andra utsagor att det inte var nödvändigt att förskriva läkemedel eftersom de flesta läkemedel var receptfria. Kan det vara så att distriktssköterskorna upplever att syftet med förskrivningen gått förlorat eftersom de flesta läkemedel ändå kan köpas receptfritt? Kanske känner distriktssköterskorna att de inte har den utveckling och förtroende som de önskar. Studiens resultat beskriver också svårigheter att få kontinuerlig uppdatering i förskrivningsrätten och i nya läkemedel av arbetsgivaren, detta är viktigt att uppmärksamma

för primärvårdens ledning för att kunna förändra denna allvarliga brist. Distriktssköterskorna uppgav att de fått en bra utbildning i förskrivning som de vill använda sig av men när de inte har möjlighet att uppdatera sig så tappar de sin kompetens och med det kan det försvåra förskrivningen. Även i tidigare studier framkommer brister i stöd och möjligheter att uppdatera sig inom förskrivningsrätten (While & Biggs 2004). Distriktssköterskorna upplevde att förskrivningsrätten underlättade arbetet samt gav dem känslor av betydelse men även känslor av osäkerhet. Detta är viktigt att uppmärksamma och åskådligöra att distriktssköterskornas förskrivning medför en kortare vårdkedja, men de får inte tillräcklig uppdatering från arbetsgivaren för att känna sig säkra vid sin förskrivning.

Förskrivningsrätten styrs av Socialstyrelsens lagar och paragrafer (SOSFS:2001:16). När distriktssköterskan erhåller kompetens till förskrivningsrätten är det upp till var och enskild distriktssköterskas ansvar att vara uppdaterad i denna. Författarens uppfattning är att det är mycket viktigt att distriktssköterskorna inte tappar sin kompetens inom läkemedel och förskrivning, för att de ska kunna vara uppdaterad och använda förskrivningen i den utsträckning som det var tänkt. Som det är nu kan de bli lite avskräckta att förskriva läkemedel och då framförallt nya läkemedel som de inte känner till. Detta är ett område som bör utforskas vidare. Hur kan distriktssköterskornas kompetens i förskrivning bäst upprätthållas? Det skulle vara mycket intressant med en studie som studerar hur distriktssköterskorna upplever denna svårighet.

Slutsats

Distriktssköterskorna upplever ambivalens till sin möjlighet att förskriva läkemedel och utnyttjar inte rätten i den utsträckning de skulle kunna. Det kan bero på att de upplever det meningslöst att förskriva receptfria läkemedel och att de inte har möjlighet att uppdatera sin kunskap. Det fanns även de som menade att förskrivningsrätten underlätta, stärkte deras yrkesroll och var en fördel för patienten.

REFERENSER

Banning M. (2004) Nurse prescribing, nurse and education and related research in the United Kingdom: a review of literature. *Nurse Education Today* **24**(6), 420-427.

Benner P. (1993) *Från novis till expert-mästerskap och talang I omvårdandsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benner P. & Wrubel J. (1989) *The primacy of caring*.

Bowden L (2005) The impact of nurse prescribing on the role of the district nurse. *Nurse Prescribing* **3** (2), 79-86.

Bradley E., Campbell P. & Nolan P. (2005) Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role? *Journal of Advanced Nursing* **51** (5), 439-448.

Bradley E., Hyman B. & Nolan P. (2007).Nurse prescribing: Reflections on safety in practice. *Social Science Medicine* **65**(3), 599-609.

Bradly E. & Nolan P. (2007) Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* **59**(2), 120-128.

Brooks E., Otway C., Rashid C., Kilty L. & Maggs C. (2001).Nurse prescribing: Who do patients think? *Nurse Standards of Practice* 10-16:**15**(17), 33-38.

Carey N. & Courtenay M. (2008).Nurse supplementary prescribing for patients with diabetes: a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing* **17**(16), 2185-2193.

Courtenay M., Carey N., Stenner K., Lawton S. & Peters J. (2011) Patients' view of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *British Journal of Dermatology* **164**(2) 396-401.

Courtenay M. & Carey N. (2008) Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. *Journal of Advanced Nursing* **61**(3), 291-299.

Courtenay M., Carey N. & Burke J. (2007) Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* **44**(7), 1093-1101.

- Daughtry J. & Hayter. M (2010) A qualitative study of practice nurses prescribing experiences. *Practice Nursing* **21**(6), 310-314.
- Department of health. (2009). *Nurse independent prescribing*. Näadress: www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/TheNon-MedicalPrescribingProgramme/Nurseprescribing/DH_510. Åtkomst: 130120
- Downer F. & Shepherd C.K. (2010) District nurses prescribing as nurse independent prescribers. *British Journal of Community Nursing* **15**(7), 348-352.
- Emanuelsson A. & Wendt R.(1994) *I folkhälsans tjänst*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Fisher R.(2005) Relationships in nurse prescribing in district nursing practice in England: A preliminary investigation. *International Journal of Nursing Practice* **11**(3), 102-107.
- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**,105-112.
- Gustafsson B., Hermerén G. & Pettersson B. (2011) Vetenskapsrådet- God Forskningsed. Näadress: <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491>. Åtkomst: 131022
- Hälso-och sjukvårdslagen (1982:763). Svensk författningssamling. Socialdepartementet. Näadress: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-/1982-763. Åtkomst: 131020.
- Hall J., Noyce P. & Cantrill J. (2008) Why do district nurse prescribers alter their prescribing patterns? *British Journal of Community Nursing* **13**(11), 507
- Hall J., Cantrill J. & Noyce P. (2006) Why don't trained community nurse prescribers prescribe? *Journal of Clinical Nursing* **15**(4), 403-412.
- Hobson R.J., Scott J. & Sutton J. (2010) Pharmacists and nurses as independent prescribers: Exploring the patient's perspective. *Family Practice* **27**(1), 110-120.
- Kroezen M., Francke A.L., Groenewegen P.P. & van Dijk L. (2012) Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* **49**(8), 1002-1012.

- Kvale S.(2008) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Latter S. & Courtenay M. (2003) Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* **13**, 26-32.
- Lewis-Evans A. & Jester R. (2004) Nurse prescribers experiences of prescribing. *Journal of Clinical Nursing* **13**(7), 796-805.
- Lm V. (2006) *Läkemedelsvärlden*. Nätadress:
<http://www.lakemedelsvarlden.se/nyheter/farmacevter-i-storbritannien-f%C3%A5r-fri-f%C3%B6rskrivningsr%C3%A4tt-4705> Åtkomst: 130120.
- Luker K.A., Austin L. Hogg C., Fergusson B. & Smith K. (1998) Nurse-patient relationships: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* **28**(2), 235-242.
- Luker K.A., Hogg C., Austin L., Fergusson B. & Smith K.(1998) Decision making: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* **27**(3), 657-665.
- McCartney W., Tyrer S., Brazier M. & Prayle D. (1999) Nurse prescribing: radicalism or tokenism? *Journal of Advanced Nursing* **29**(2), 348-354.
- Mårdby A.C., Åkerlind I. & Hedenrud T. (2009) General beliefs about medicines among doctors and nurses in out-patient care: a cross-sectional study. *BMC Family Practice* 18:10:35.doi:10.1186/1471-2296-10-35.
- Polit F.D. & Beck C.T. (2006) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksföreningen för Distriktssköterskor, Familjemedicinska Institutet, FAMMI och Vårdförbundet. (2008). *Distriktssköterskans uppdrag*. Nätadress:
<http://www.hu.liu.se/ssk/distriktsskoterska/hogerspalt/1.66513/uppdrag.pdf> Åtkomst: 130109.
- Running A., Kipp C. & Mercer V. (2006) Prescriptive patterns of nurse practitioners and physicians. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* **18**(5), 228-233.

Scrafton J., McKinnon J. & Kane R. (2012) Exploring nurses' experiences of prescribing in secondary care: informing future education and practice. *Journal of Clinical Nursing* **21**, 2044-2053.

Sehic S., Lindqvist K. & Drevenhorn E. (2012) Distriktssköterskans upplevelse av förskrivningsrätten. *Vård I Norden* **2**, 30-35.

SOSFS 2001:16. *Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel*. Näadress: [http:// www.socialstyrelsen.se/sosfs/2001-16/Sidor/2001-16grundforeskrift.aspx](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2001-16/Sidor/2001-16grundforeskrift.aspx) Åtkomst: 121207.

SOSFS 2011:1. Läkemedelslista för sjuksköterskor med förskrivningsrätt. Näadress: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2001-16/Documents/Bilaga_2011_1.pdf Åtkomst: 130917.

Socialstyrelsen. (1998) *Socialstyrelsens rapport: Distriktssköterskornas förskrivningsrätt*.

Socialstyrelsen. (2004) *Uppföljning av förskrivningsrätten för sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården*. Näadress: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10277/2004-103-13_200410313.pdf Åtkomst: 130121.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2008). Näadress: <http://www.tlv.se/lakemedel/hogkostnadsskyddet/> Åtkomst: 130603

Vårdförbundet. (2005) *Vårdfokus*. Näadress: <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2005/11/Kraftigt-utokad-forskrivningsratt-i-England/> Åtkomst: 130120.

Vårdförbundet. (2013). Förskrivningsrätt. Näadress: <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/Yrken-och-Vard-A-O/Forskrivningsratt/> Åtkomst: 131028

While A.E. & Biggs K.S.M. (2004) Benefits and challenges of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* **45**(6), 559-567.

Wilhelmsson S. & Foldevi M. (2003) Exploring views on Swedish district nurses prescribing- a focus group study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing* **12**, 643-650.

Wilhelmsson S., Ek A-C. & Åkerlind I (2001) Opinions about district nurses prescribing. *Scandinavian Journal of Caring Science* **15**(4), 326-330.