

Sjuksköterskans delegeringar till vård- och omsorgspersonal

Inom kommunal hälso- och sjukvård

FÖRFATTARE	Ann Grimbeck Charlotta Simonson
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, Examensarbete i Omvårdnad 15 högskolepoäng/ OM5250 HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Annica Lagström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Sjuksköterskans delegeringar till vård- och omsorgspersonal. Inom kommunal hälso- och sjukvård.
Titel:	Nurse delegation to unlicensed health personnel in municipal health care.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Ann Grimbeck Charlotta Simonson
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Annica Lagström

SAMMANFATTNING (svenska)

Inom den kommunala hemsjukvården delegeras flera hälso- och sjukvårdande vårduppgifter till både utbildad och utbildad vård- och omsorgspersonal. **Bakgrund** Hemsjukvård innebär hälso- och sjukvård när den ges i patienters bostad, eller motsvarande, och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid. De lagar och författningar som reglerar delegering är tydliga vad gäller skyldigheter och gällande ansvarsfrågan. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Delegering är inte till för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. **Syftet** är att belysa möjligheter och hinder till säkra delegeringar från sjuksköterska till vård- och omsorgspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård. **Metod** Genom modell för litteraturoversikt utfördes analys av aktuella kvalitativa och kvantitativa studier, genom att lyfta fram temana möjligheter och hinder samt underteman, vilket skapade rubriker för fördjupningsarbetet. **Resultat** Sjuksköterskor är positiva till delegering men oroas över ansvarsfrågor liksom för kunskapsbrist hos vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskor känner inte alltid stöd i gällande författningar men uppger att utan delegeringar skulle de inte hinna med arbetsbördan. Rollkonflikterna är tydliga och är internationellt förekommande. Kommunikation är avgörande för säker delegering. Vård- och omsorgspersonal som mottar delegering har en känsla av större förmåga och tar därmed sitt arbete på större allvar och forskningen tyder på att vårdkvalitén inte minskar genom delegering. Sjuksköterskor efterfrågar trots detta ytterligare utbildning för vård- och omsorgspersonal. **Slutsats** Den kommunala vården måste säkerställa att sjuksköterskor ges möjlighet att utföra säkra delegeringar och att följa upp dessa, så att de motsvarar kraven på god och säker vård. Patientsäkerheten är av yttersta vikt. För att kunna uppfylla kraven behöver sjuksköterskan tid till förbättringsarbeten.

Nyckelord: Delegering, patientsäkerhet, ansvar, hemsjukvård, kommunal vård och omsorg, sjuksköterskor, vård- och omsorgspersonal.

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Omvårdnad</i>	1
<i>Hemsjukvård</i>	2
<i>God vård</i>	3
<i>Patientsäkerhet</i>	4
<i>Delegering</i>	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
URVAL OCH DATAINSAMLING	8
DATAANALYS	9
ETISKT RESONEMANG	10
RESULTAT	11
MÖJLIGHETER.....	11
<i>Kunskap och handledning</i>	11
<i>God kommunikation, teamarbete och roller</i>	12
<i>Ansvar</i>	12
<i>Övriga möjligheter</i>	13
HINDER	13
<i>Bristande kunskap och handledning</i>	13
<i>Bristande kommunikation, konflikter och roller</i>	14
<i>Ansvar</i>	16
<i>Andra hinder</i>	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
RESULTATDISKUSSION	20
<i>Slutsats</i>	24
REFERENSER	25
BILAGA I – SÖKNING I DATABAS CINAHL	
BILAGA II – SÖKNING I DATABAS PUBMED	
BILAGA III – ARTIKELPRESENTATION	

INTRODUKTION

INLEDNING

Som sjuksköterskor anställda inom den kommunala hemsjukvården, en av oss mot ordinärt boende och en av oss framförallt mot särskilt boende, delegerar vi flera hälso- och sjukvårdande arbetsuppgifter till både utbildad och outbildad vård- och omsorgspersonal, i detta väcktes tanken att fördjupa oss i delegeringsförfarandet.

I hemsjukvård arbetar sjuksköterskor, ofta mot både ordinärt och särskilt boende. Inom hemtjänsten och på särskilda boenden arbetar undersköterskor och sjukvårdsbiträden. För att arbetet kring patienter ska fungera bygger verksamheterna på att sjuksköterskor delegerar en mängd hälso- och sjukvårdande arbetsuppgifter. I och med att vi delegerar i så stor omfattning väcks frågan om vi genom detta arbetssätt kan säkerställa god vård. Med detta menar vi vård med adekvat kunskapsgrund för utförande av de delegerade hälso- och sjukvårdande arbetsuppgifterna och för de bedömningar som i samband med detta behöver göras kring patienter.

Inom hemsjukvården arbetar vi framförallt med planerade insatser för patienter, ofta genom delegering beroende på insatsens art. Patienten har sin egen ordinarie läkare, normalt knuten till en vårdcentral. Möjligheten till hembesök av läkare är normalt liten. För patienter som är inskrivna i hemsjukvård har vi ett helhetsansvar och akuta bedömningar av sjuksköterska görs efter behov. För patient med behov av akutsjukvård ombesörjer vi transport till sjukhus för att erhålla adekvat vård. All vård i hemmet behöver därför vara planerad och med god planering och struktur kan även svårt sjuka och palliativa patienter vårdas med god kvalitet.

Vi kommer i fördjupningsarbete att beskriva hemsjukvårdens struktur, innebörden av god vård samt gällande lagstiftning vid delegeringsförfarandet. Patientsäkerheten är i detta en ledstjärna och måste alltid genomsyra sjuksköterskans handlingar. All vård som utförs ska vara till gagn för patienter och rutiner och riktlinjer måste vara till för att säkerställa vården för dem, inte skapade enbart för personalen. Inom hemsjukvård arbetar vi alltid hemma hos den enskilda patienten, vare sig denne bor kvar i sin egen bostad eller om omvårdnadsbehovet har blivit så stort att behovet endast kan uppfyllas av det som särskilt boende kan erbjuda.

BAKGRUND

Omvårdnad

Omvårdnad innebär de åtgärder som utförs tillsammans eller för en människa, frisk eller sjuk, vars syfte är att uppnå optimal hälsa och livskvalité alternativt stärka henne i den samma samt även stödja henne inför döden (NE 2013; Ehrenberg & Wallin, 2009). Målet för omvårdnad är att patienten ska uppleva hälsa och så långt som möjligt vara självständigt och oberoende. Patient och närstående ska känna delaktighet, trygghet och respekt. Omvårdnad sker på personnivå och människan kan förstås både som en generell och unik varelse. Genom att vara unik måste hon bemötas personligt och utifrån sina förutsättningar. Människan är en helhet av kropp, själ och ande. Begreppet hälsa är genom detta relaterat till hela människan och formas av hennes upplevelser. Bemötande ska ske med empati och kunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Omvårdnadens värdegrund bygger på det som mötet med patienter innebär, att respektera patientens värdighet, integritet och självbestämmande samt upplevelse av tillit, hopp och mening. Att lindra det lidande som är möjligt att lindra och inte orsaka patienten lidande. Sjuksköterskor behöver vara uppmärksamma och öppna för den utsatthet det innebär för en patient att vara beroende av vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2009; Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Sjuksköterskan har huvudansvaret gällande omvårdnad och i detta ansvar ligger att tydliggöra omvårdnadsteoretiska och etiska grunder för allt omvårdnadsarbete. Kunskap utvecklad inom omvårdnad omfattar kunskap om olika typer av konkreta åtgärder och behandlingar samt kunskap som ökar förståelse och omsorg. Omvårdnaden har genom detta två synsätt, dels det medicinska perspektivet men också ett humanvetenskapligt (Ehrenberg & Wallin, 2009). Sjuksköterskor ska utföra sitt arbete med grund i evidens. Evidensbaserad vård innebär att integrera klinisk erfarenhet, lokala förutsättningar och vårdtagarens önskemål med bästa tillgängliga vetenskapliga bevis (Ehrenberg & Wallin, 2009). Svensk sjuksköterskeförening (2009) beskriver evidensbaserad omvårdnad att innebära en strävan efter att förena bästa tillgängliga humanvetenskap med beprövad erfarenhet och kunskap om enskilda patientens behov och upplevelser. Varje patients unika omvårdnadssituation analyseras och sjuksköterskan ska med ledning av evidensen och i samråd med patienten välja den åtgärd som med största sannolikhet gör mest nytta och minst skada.

I sjuksköterskans ansvar ingår att formulera och ordinera omvårdnadshandlingar, vilket innebär att formulera en saklig instruktion om en viss behandling genom att beskriva patientens status och situation, göra en analys och ställa omvårdnadsdiagnos. Utifrån denna ordinerar adekvata åtgärder för sig själv och andra att följa. Ordinationen ska vara tydligt skriftligt formulerad och ska efter utförande signeras. Uppföljning är av yttersta vikt. En omvårdnadsordination är en grund för patientsäkerhet och ska respekteras och följas om inte synnerliga skäl föreligger (Ehrenberg & Wallin, 2009). För att skapa en säker vård med hög kvalitet är sjuksköterskans omvårdnadskompetens avgörande (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Idag bidrar sjuksköterskor i Sverige med sina unika professionella kunskaper i samarbete med andra yrkesgrupper. Det förekommer dock att vårdarbetet är organiserat på ett sätt där sjuksköterskors arbetsuppgifter till stor del utgörs av administrativa insatser, medicinhantering och arbetsledning och att vårduppgifter delegeras. Detta innebär, eftersom sjuksköterskor har det yttersta ansvaret för det patientnära omvårdnadsarbetet, att de föreligger en risk för att de har dåligt grepp om helheten i patienternas situation och att vårdkvaliteten därmed blir lidande, vilket innebär risk för patientsäkerheten (Ehrenberg & Wallin, 2009).

Hemsjukvård

I mitten av 1980-talet fanns många fler vårdplatser inom den svenska slutenvården än idag. När Ädelreformen infördes 1992 var redan trenden att dessa slutenvårdsplatser minskade, och med reformen försvann ytterligare ett stort antal platser på sjukhusen. Trenden att vårdplatser blir färre och färre håller i sig (Bökberg & Drevenhorn, 2010; Socialstyrelsen, 2008). En stor förändring som skett inom kommunal vård är att ett stort antal vårdplatser har försvunnit inom korttidsvård (SKL, 2011). Man vet att mest äldre vårdas på dessa korttidsplatser. Även platserna inom särskilt boende har minskat, en minskning som startade i början av 2000-talet. Sammantaget leder detta till att sjuka människor i behov av sjukvård i sitt hem ökar (Bökberg & Drevenhorn, 2010).

Hemsjukvården finns till för de patienter som inte kan ta sig till sin vårdcentral för behandling. Vården ska vara av långvarig karaktär. Enstaka besök i hemmet ger inte rätt till hemsjukvård, då det är öppen hälso- och sjukvård dvs. vårdcentralen som ansvarar för hembesök (Bökberg & Drevenhorn, 2010; Socialstyrelsen, 2008). Socialstyrelsens definition av hemsjukvård är följande: Hemsjukvård innebär hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna, är sammanhängande över tid (Socialstyrelsen, 2008). En enkel förklaring till vad hemsjukvård innebär är den sjukvård och rehabilitering som ges i hemmet under dygnets alla timmar. Att sjukvården ska vara sammanhängande över tid är svårtolkat (Josefsson & Ljung, 2010; Socialstyrelsen, 2008;

Socialstyrelsen, 2011a). Därmed kan det vara svårt att se var gränsen går mellan kommunernas kontra landstingets ansvar i den primärvårdsanslutna hemsjukvården (Josefsson & Ljung, 2010). Primärvårdsanslutna hemsjukvård bedriver hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende med landsting eller kommun som ansvarig vårdgivare (Socialstyrelsen, 2008). Kravet på personalen inom hemsjukvården är stort då sjukdomspanoramata är brett. För att uppnå maximal livskvalité för de enskilda individerna bör personal inom hemsjukvård ha ett tvärprofessionellt teamarbete (Bökberg & Drevenhorn, 2010; Socialstyrelsen, 2008).

Som sjuksköterska inom hemsjukvård utövar man sin profession i patientens hem samtidigt som patientens autonomi¹ respekteras (Bökberg & Drevenhorn, 2008). Idag får patienter behandlingar och provtagningar som förut enbart utfördes på sjukhus utförda i sitt hem. Exempelvis avancerad såromläggning, peritonealdialys och intravenösa dopp m.m. Hemmiljön är sällan anpassad för vård och därmed krävs att sjuksköterskan inom hemsjukvård är kreativ och flexibel. Obekväma arbetsställningar och dålig belysning tillhör vardagen. Sjuksköterskan inom hemsjukvården har många åtaganden/görömmål kring patienten. Sjuksköterskan har oftast inte möjlighet att utföra alla dessa uppgifter själv utan tar därför hjälp av annan vårdpersonal eller närstående. En del arbetsuppgifter delegeras därför till vård- och omsorgspersonal t.ex. ge insulin, hjälpa patienten att ta sina läkemedel, linda ben och enklare såromläggningar (Bökberg & Drevenhorn, 2010; Socialstyrelsen, 2008; SOSFS 1997:14). Då hemsjukvård och övriga instanser har olika huvudmän kan detta komplicera själva delegeringsförfarandet (SFS 1982:763).

Samhället och lagstiftningen gör att samhället vi lever i idag är starkt individfokuserat, vilket leder till att sjuksköterskor av tradition fokuserar på patienten. Det är väl känt att närstående kan uppleva både känslor av belastning och tillfredsställelse i vården av en familjemedlem. Sjuksköterskor verksamma inom hemsjukvård behöver reflektera över familjens hela situation (Hellström & Carlander, 2010). Sjuksköterskorna har stora krav på sig inom sin profession då hon förutom att kunna arbeta mycket självständigt även ska vara flexibel. Sjuksköterskor behöver ha en god kommunikation med övriga yrkesgrupper såsom läkare, hemtjänstpersonal, arbetsterapeut, biståndsbedömare, sjukgymnast (Josefsson & Ljung, 2010).

Sjuksköterskor inom hemsjukvård har ett ansvar för specifika patienter och om något inträffar med dem bör de kontaktas av vård- och omsorgspersonal alternativt anhöriga. Sjuksköterskan kan därefter bedöma och åtgärda det inträffade efter behov. En viktig uppgift sjuksköterskor har är att tillvarata det friska hos patienterna (Socialstyrelsen, 2008; Bökberg & Drevenhorn, 2010).

God vård

Hälso- och sjukvård definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (SFS 1982:763; SOSFS 2009:6). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den som har det största behovet ska ges företräde till vården (SFS 1982:763).

God vård innebär att vården ska vara säker, av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vård och behandling (SFS 1982:763; SOSFS 1997:10; SOSFS 1997:14). Socialstyrelsen (2009) definierar sex områden som viktiga förutsättningar för god vård. Dessa

¹ **Autonomi** = självständighet och oberoende. (NE, 2012)

områden är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård samt inom rimlig tid.

Att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig innebär att hälso- och sjukvården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. För att kunna utöva en sådan kunskapsbaserad hälso- och sjukvård krävs att relevant kunskap omsätts i praktisk handling på ett ordnat sätt (Socialstyrelsen, 2009).

För att erhålla en effektiv hälso- och sjukvård krävs att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen, vilket betyder att hälso- och sjukvården ska hålla hög kvalitet i förhållande till de resurser som används. Vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna (Socialstyrelsen, 2009).

Riksdagen har fastställt tre principer för prioritering som har direkt koppling till jämlik hälso- och sjukvård; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna utgör en etisk plattform som ligger till grund för att hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård på lika villkor realiseras (Socialstyrelsen, 2009).

Att hälso- och sjukvård ska anses erbjudas inom rimlig tid innebär att vården erbjuds utan att väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Detta förutsätter att tilldelningen av resurser utgår från befolkningens behov av hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2009).

Patientsäkerhet

I Patientsäkerhetslagens första kapitel, allmänna skyldigheter, anges att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten som också ska visas omtanke och respekt. Patientsäkerhetslagen, vilken trädde i kraft 1 januari 2011, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och är avsedd att skydda mot vårdskada² (SFS 2010:659). Patientsäkerhet är grunden i allt kvalitetsarbete. När säkerheten brister har det ofta bakomliggande orsaker i t.ex. organisationen eller rutinerna. Säker vård minskar risk för vårdskador. Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt (Socialstyrelsen, 2009).

En vårdverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård, vilket innebär att den ska vara säker, av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vård och behandling. Det ska finnas den personal, lokaler och utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (SFS 1982:763; SOSFS 1997:10; SOSFS 1997:14). Vårdgivaren har, enligt regeringens föreskrifter, skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren har också ansvar för att planera, leda och kontrollera sin verksamhet för att säkerställa god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och ska vidta åtgärder för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (SFS 2010:659). All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada (SFS 1982:763; SFS 2010:659; Socialstyrelsen, 2009). Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvar för hur

² En **vårdskada** innebär lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med sjukvården. (SFS 2010:659; Socialstyrelsen, 2009)

denne fullgör sina arbetsuppgifter. Dock innebär detta ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt lagar och författningar. Som hälso- och sjukvårdspersonal avses bland andra den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, den som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienten samt den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienten biträder en legitimerad yrkesutövare. Hälso- och sjukvården, och dess personal, står under tillsyn av socialstyrelsen. Sådan tillsyn innebär granskning av att verksamhet och att personal uppfyller krav och mål enligt lagar och föreskrifter. Tillsynen inriktas främst på granskning att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter (SFS 2010:659).

Socialstyrelsen (2011b) bedömer i sin tillsynsrapport att uppkomna incidenter ofta beror på brister i följsamhet till rutiner och kommunikations- och rapporteringsstörningar mellan inblandad personal. Det handlar också om att vård- och omsorgspersonal med delegering för att överlämna läkemedel inte har fått tillräckliga instruktioner och om kompetensbrist. Den systematiska uppföljningen av delegeringar sköts inte adekvat och kontrollen av hur rutiner fungerar är otillräcklig. I tillsynsrapporten beskrivs också brister i omvårdnad och avseende medicinska ställningstaganden, som leder till fördröjd behandling. Medicinska ställningstaganden överlämnas till vård- och omsorgspersonal som har begränsad kunskap och insikt om den enskildas sjukdomstillstånd. Sjuksköterska finns inte på plats för stöd och handledning i tillräcklig omfattning utan tillkallas som konsult av vård- och omsorgspersonalen och som själva bedömer när patientens tillstånd kräver detta. Kvällar och helger har speciellt begränsat utrymme för akuta ställningstaganden, då sjuksköterskan har stora områden att ansvara för och hög arbetsbelastning. Sjukvårdsorganisationen förlitar sig på att vård- och omsorgspersonalen kan göra en adekvat bedömning av förändringar i den enskildes hälsotillstånd. Socialstyrelsen ställer i rapporten krav på att vårdgivaren genomför nödvändiga förbättringar av rutinerna för uppföljning och kontroll inom vården och ställer krav på att se till att det finns tillräckligt med hälso- och sjukvårdskompetens.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), som har ansvaret för kvalitet och säkerhet, och som ska svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling samt att beslut att delegera vårduppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna (SOSFS 1997:10; SOSFS 1997:14). Delegering får därtill endast ske om det är tillåtet enligt arbetsrätten. MAS ska följa upp beslut om delegering så att användningen av delegering i kommunens hälso- och sjukvård är förenlig med god och säker vård. Detta innebär att verksamheten måste utformas och anpassas för verksamhetens inriktning och omfattning, så att MAS har möjlighet att säkerställa kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet (SOSFS 1997:10). MAS har även ansvar att tillse att anmälan görs om en patientens utsatts för, eller drabbats av risk, för vårdskada (SFS 1982:763; SOSFS 1997:10).

MAS har ansvar över den vård och behandling som patienterna ges samt de krav som ställs på läkemedelshantering, dokumentation och anmälan av skador i verksamheten. MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som ska finnas inom kommunen. MAS ska se till att författningar och andra regler och riktlinjer är kända och följs, att det finns direktiv och att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kompetens som behövs inom verksamheten (SOSFS 1997:10). Gällande läkemedelshantering ska rutinerna vara ändamålsenliga och väl fungerande, enligt gällande lagar och förordningar. MAS är skyldig att följa upp de rutiner som används i verksamheten och se till att läkemedelshanteringen tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god vård. Rutinerna ska vara noggranna, detaljerade och skriftliga (SOSFS 1997:10).

Delegering

Ordet delegering betyder, enligt NE (2012), att beslutanderätt flyttas från högre till lägre nivå i en organisation och att personen med den lägre nivån får fatta beslut i frågor med samma befogenheter som personen i den högre, men att ansvaret för beslutet ligger kvar på den högre nivån.

Enligt författning SOSFS 1997:14, vilken reglerar delegering av arbetsuppgifter och som i sin tur hänvisar till hälso- och sjukvårdslagen, ska varje enhet inom hälso- och sjukvården vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning och att utrymmet för delegeringar av arbetsuppgifter därför blir begränsat. Delegeringar kan användas i undantagsfall eller då det framgår av en särskild författning att delegering får ske.

Delegeringen är inte avsedd för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Delegering kan vara befogat när det utifrån ett helhetsperspektiv bättre svarar mot patienternas behov, under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras.

Socialstyrelsen (SOSFS 1997:14) fastställer att med delegering avses att en person med formell kompetens för en medicinsk arbetsuppgift, tillhörande hälso- och sjukvårdspersonalen, överlåter en arbetsuppgiften till en annan person, som saknar formell kompetens för denna. Vidare definieras en medicinsk arbetsuppgift som den åtgärd en person, som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal med formell kompetens, utför direkt eller indirekt för patienten i samband med undersökning, diagnostik, vård eller behandling samt förebyggande av sjukdomar och skador. För att motta en delegering ska personen vara reellt kompetent för den aktuella uppgift, som avses delegeras, genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning. Delegeringar får vidare inte göras slentrianmässigt. Det ställs stora krav på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos både dem som delegerar och den som mottar delegering av en medicinsk arbetsuppgift, med hänsyn till kraven på god och säker vård. En arbetsuppgift får inte delegeras om det i författning eller instruktion eller likande framgår att uppgiften är förbehållen en viss yrkesgrupp eller om annat formellt eller praktiskt hinder föreligger. Delegeringar av arbetsuppgifter får göras oberoende om den som delegerar och den som mottar denna tillhör samma verksamhet eller ej, under förutsättning att den som mottar delegeringen har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften.

En vårdgivare kan aldrig föreskriva att en viss medicinsk arbetsuppgift ska delegeras. En professionell bedömning, av den som är ålagd arbetsuppgiften, gällande behovet och lämpligheten för delegering krävs. Att delegeringar sker på ett korrekt sätt är verksamhetschefen ytterst ansvarig för, men inom den kommunala hälso- och sjukvården ligger detta ansvar på den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Den ytterst ansvariga för att delegeringar tillgodoser patientsäkerheten inom verksamheten kan meddela restriktioner för delegeringar inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen kan också i en föreskrift meddela inskränkningar i möjligheten att delegera olika arbetsuppgifter (SOSFS 1997:14).

Det finns vissa förutsättningar för att delegering ska få ske:

- Den arbetsuppgift som ska delegeras ska vara klart definierad, vilket betyder att den ska vara precist utformad för vad som delegeras och under vilka förutsättningar.
- Delegeringen är alltid personlig, vilket betyder att delegeringen endast får avse en namngiven person och att denna person i sin tur inte får delegera arbetsuppgiften vidare.
- Den som delegerar, dvs. meddelar ett delegeringsbeslut, ska vara både formellt och reellt kompetent för arbetsuppgiften.
- En delegering måste alltid vara tidsbegränsad, högst ett år, eller för ett bestämt tillfälle.

(SOSFS 1997:14)

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård (SFS 1982:763; SFS 2010:659; SOSFS 1997:14). Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan har också ansvar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften (SFS 2010:659; SOSFS 1997:14) och har skyldighet att klargöra, för den som mottar delegeringen, vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att kunna fullgöra arbetsuppgiften. Sådan kontroll bör ske genom att fråga den som mottar delegeringen om denne anser sig ha tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften samt genom kontroll av de praktiska och teoretiska färdigheterna. Den som mottar delegering ska upplysa om sin förmåga att fullgöra uppgiften. Om denne anser sig inte ha tillräckliga kunskaper eller erfarenhet för uppgiften, får denna inte delegeras. Detta innebär också att överlåtande av en arbetsuppgift inte får ske mot någons vilja. Den som har mottagit delegeringen bär själv ansvar för hur denne fullgör sin uppgift (SOSFS 1997:14).

Varje delegering ska dokumenteras på särskild handling. Om delegering ändras eller återkallas ska detta också dokumenteras. Det skriftliga beslutet bör bevaras i minst tre år efter att den upphört att gälla. Dokumentationen bör utföras innan arbetsuppgiften utförs och om detta inte varit möjligt, snarast efter det att arbetsuppgiften fullgjorts. I akut nödsituation kan det bli nödvändigt att beordra utförande av en viss arbetsuppgift, vilket inte är att betrakta som delegering. Den som delegerar ska snarast underrätta den ytterst ansvariga för att delegeringar inte strider mot patientsäkerheten, vilket inom kommunen är MAS. Syftet med detta är att möjlighet då finns för att återkalla delegeringar som denne inte bedömer vara förenliga med hög kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 1997:14).

Den som delegerar en medicinsk arbetsuppgift har skyldighet att bevaka att den delegerade arbetsuppgiften fullgörs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Delegeringsbeslutet omprövas vid behov och återkallas omgående om detta inte längre är fallet. Detta innebär att den som har delegerat har ett uppföljningsansvar genom att vid olika tillfällen kontrollera att uppgiftsmottagaren fullgör uppgiften på ett korrekt sätt samt att ge den handledning som behövs. Om mottagaren gett oriktiga besked om sin förmåga att fullgöra en delegerad arbetsuppgift bör delegeringen omedelbart återkallas. Ett delegeringsbeslut måste också omprövas när yttre omständigheter påkallar det, t.ex. vid verksamhetens omorganisation eller om bemanningssituationen förändras, vid nya tekniker eller rutiner eller om uppgiftsmottagaren får nya arbetsuppgifter som leder till att denne inte längre bör utföra en delegerad uppgift. Behovet omprövas också när tiden för gällande delegering löpt ut. Om den som fattat ett delegeringsbeslut lämnar sin befattning upphör beslutet att gälla och dennes efterträdare måste ta ställning till om beslutet fortfarande kan gälla. Delegeringsbeslutet upphör också att gälla då uppgiftsmottagaren avgår från sin tjänst, undantag om uppgiftsmottagaren tillfälligt uppehåller en annan tjänst eller är tjänstledig (SOSFS 1997:14).

Undantag från åliggandet, att den som iordningställer också måste ansvara för administreringen av läkemedel, gäller bland andra den kommunala vården, där delegering av iordningställande och administrering av läkemedel får ske under vissa förutsättningar. Dessa förutsättningar innebär att verksamheten svarar för att besluten om delegeringar är förenliga med god och säker vård för patienterna. Här ingår att besluta om iordningställande eller administrering av läkemedel får delegeras eller om vissa begränsningar ska finnas. En sjuksköterska är tillåten att utifrån dessa beslut, genom delegering, överlåta till en annan befattningshavare att iordningsställa eller administrera läkemedel, under förutsättning att det är förenligt med god och säker vård av patienten. Föreskriften berör att läkemedelshanteringen bör skötas av så få personer som möjligt, och delegering göras restriktivt, för patientens trygghet och säkerhet. Den sjuksköterska eller läkare, som ansvarar för vården av en patient inom den kommunala vården, ska svara för att aktuella

läkemedelsordinationer finns samlade på ett ordinationskort eller annan ordinationshandling (SOSFS 2000:1).

I SOSFS 1997:10 och i Socialstyrelsens Tillsynsrapport (2011b) beskrivs att Socialstyrelsens uppföljning av anmälningar inom hälso- och sjukvården har visat att incidenter vid läkemedelshantering i de flesta fall berott på bristande kompetens i samband med delegering. Delegeringarna får inte ersätta ändamålsenlig personalstruktur. En omfattande användning av delegeringar tyder på att det i verksamheten inte finns personal med den kompetens som behövs för att förmedla god vård och bör därför leda till att personalstrukturen ses över.

PROBLEMFÖRMULERING

Sjuksköterskor delegerar inom den kommunala hälso- och sjukvården hälso- och sjukvårdande arbetsuppgifter till både utbildad och utbildad vård- och omsorgspersonal. Delegeringen anses, även av Socialstyrelsen, som nödvändig och ingår i arbetsbeskrivningen för sjuksköterskor. Varje sjuksköterska delegerar till en stor mängd vård- och omsorgspersonal och i delegeringsförordningen åligger det sjuksköterskan att säkerställa trygg delegering samt att följa upp denna. Om sjuksköterskan inte ges möjlighet att delegera och följa upp på ett säkert sätt finns risk att patientsäkerheten äventyras och otrygghet skapas hos den enskilda sjuksköterskan. Det finns en brist på kunskap inom området. En sammanställning av rådande forskning skulle därför bidra med värdefull kunskap.

SYFTE

Att belysa möjligheter och hinder till säkra delegeringar från sjuksköterska till vård- och omsorgspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård.

METOD

Detta examensarbete är en litteraturöversikt av elva vetenskapliga artiklar. Enligt Friberg (2006) innebär en litteraturöversikt strukturerad och kritiskt granskning av tidigare studier samt kritiskt granskande av det egna fördjupningsarbetet.

Med ett litteraturbaserat examensarbete är syftet, enligt Friberg (2006), att genom ett systematiskt val av texter skapa en översikt över kunskapsläget inom ett vårdvetenskapligt område eller ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde. Med utgångspunkt i befintlig forskning inom området skapas en uppfattning om vad som studerats och vilka metoder eller teoretiska utgångspunkter som använts. Både kvantitativ och kvalitativ forskning kan ingå i analysen. Den valda litteraturen kvalitetsgranskas och en strukturerad analys genomförs, vilket resulterar i en beskrivande översikt av området. I detta examensarbete har vi inkluderat både kvalitativa och kvantitativa studier. En litteraturöversikt kan göras som ett examensarbete på kandidatnivå, så som detta fördjupningsarbete.

URVAL OCH DATAINSAMLING

Som första steg i litteraturöversikten, för att erhålla en övergripande beskrivning av vad som finns publicerat inom området, görs strukturerade genomgångar i Svensk MeSH och databasen Cinahl för definiering av ord och begrepp för att finna relevanta och korrekta sökord för att ringa in problemområdet.

Vid genomgång i Cinahl erhålls genom nedbrytning av orden följande termer: Delegation; Delegation of authority; Nurses; Health Personnel, Unlicensed; Home Health Aides; Assisted

living; Residential; Residential Care; Municipal; Accountability; quality of care; Quality of Health Care, vilka används vid sökning i den aktuella databasen.

Adekvata MeSH-termer tas fram genom nedbrytning av orden i Svensk MeSH: Delegation, Professional; Nurses; Nurses' Aides; Home Health Aides; Home care service; Health services for the aged; Community Health Services; Municipal; Geriatric Nursing; Quality of Health Care. Dessa termer används vid sökning i databas PubMed.

Samtliga sökningar har avgränsningen 10 år. I Cinahl har avgränsning Peer Reviewed och Research Article används för att få relevanta artiklar. Flera kombinationer av sökningar har utmynnat i delvis samma träffar. Sökningar som ej utmynnat i några träffar redovisas inte. Sammanställning av sökningarna redovisas i bilaga I och II. För att erhålla brett underlag har vi inkluderat artiklar från västvärlden, dvs. inte bara svenska studier. Vi har valt att ta med studier som anger "hospitals" p.g.a. att delegeringsförfarandet i många avseenden är detsamma och innebär liknande vinster och problematik. Kriterier för exkludering var studier på andra språk än engelska samt studier specifika för skola, intensivvård (IVA), specialistvård inom urologi, diabetes och psykiatrisk vård. Artiklar som måste beställas via bibliotek har exkluderats och endast artiklar som har varit tillgängliga via databaserna PubMed och Cinahl har inkluderats. Totalt hade 32 artiklar relevanta abstracts, varav 20 stycken är tillgängliga att få läsa från server. Vidare, av dessa 32, anges 15 stycken vara "Research Article" och är "Peer Reviewed". Av resterande är 15 "Peer Reviewed", en är inte "Peer Reviewed". En artikel, som endast återfanns i PubMed, är inte angiven som "Research Article" men uppfyller samma krav. Efter granskning av artiklar med relevanta abstracts, har artiklar som inte uppfyller kraven för vetenskaplig struktur och bra kvalitetsbedömning, enligt protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ respektive kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002) exkluderats.

Av de elva artiklar som slutligen ingår i fördjupningsarbetet är sex artiklar kvalitativa studier: Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson (2011); Corazzini, Anderson, Rapp, Mueller, McConnell & Lekan (2010); Craftman, von Strauss, Rudberg & Westerbotn (2012); Potter, Deshields & Kuhrik (2010); Reinhard, Young, Kane & Quinn (2006); Standing & Anthony (2008), fyra artiklar är kvantitativa: Alcorn & Topping (2009); Kærnested & Bragadóttir (2012); Saccomano & Pinto-Zipp (2011); White, Gutierrez, Davis, Olson & McLaughlin (2011) och en artikel både kvalitativ och kvantitativ: Keeney, Hasson, McKenna & Gillen (2005).

DATAANALYS

Som andra steg för litteraturöversikten, för att avgränsa till ett urval av studier samt granskning av kvaliteten, lästes studierna i sin helhet av författarna, var och en för sig, för att erhålla ett helhetsperspektiv av varje artikel samt avseende skillnader och likheter. Varje studies resultat bearbetas, ett i taget, utifrån problemformuleringen. Som stöd i analysen och för att säkerställa kvaliteten användes förslag på frågor enligt Friberg (2006), bland andra: Finns ett tydligt problem formulerat och tydligt avgränsat? Teoretiska utgångspunkter? Hur är ev. vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Syftet klart formulerat? Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? Hur är metoden beskriven? Hur har urvalet gjorts? Hur är undersökningspersonerna beskrivna? Hur analyserades data? Vad visar resultatet och hur har författarna tolkat resultatet? Finns etiska resonemang? Hur har metoden diskuterats? Sker en återkoppling till teoretiska antaganden? Slutligen har bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ respektive kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002), använts. Vår bedömning av den vetenskapliga kvalitén presenteras i artikelöversikten, se bilaga III.

Övergripande teman identifieras som möjligheter och hinder vid delegering. I nästa steg sorteras materialet, var och en för sig, utifrån de möjligheter och hinder som återfinns i

studierna. En jämförelse avseende dessa teman genomförs av författarna gemensamt och underteman identifieras. Likheter och skillnader har beaktats av dessa möjligheter och hinder inom slutenvård, dvs. sjukhusvård, och inom öppenvård, som inkluderar den kommunala vården. Vissa artiklar belyser delegeringar utan att ange tillhörighet till vare sig sluten- eller öppenvård och belyser då delegeringar i ett mer allmänt perspektiv. De senare har endast analyserats utifrån möjligheter respektive hinder. Härfter sorterades materialet ytterligare, utifrån dessa möjligheter och hinder, och underkategorier skapades.

Åter granskas studierna var och en för sig och underteman ur varje studie dokumenteras i form av en sammanställning av teman per studie och därefter per tema inkluderat samtliga studier. Temana har delgetts varandra för att studera likheter och olikheter och ett gemensamt material upprättas med en inledande analys av materialet. Funna teman bearbetas och analyseras härfter åter var och en för sig, med fokus på olika delar initialt. Härfter åter gemensam bearbetning samt analys av materialet. I denna analys letas efter likheter och olikheter i helheten samt med hänsyn till det kvalitativa respektive kvantitativa materialet i syfte att hitta det i studierna som styrker varandras resultat. Resultatet presenteras i två teman. Möjligheter och hinder. Under detta har underrubriker skapats för att belysa de olika möjligheter och hinder som uppstår med delegering.

ETISKT RESONEMANG

Av de elva studier som granskats inom denna litteraturöversikt har två studier inte beskrivit etisk granskning i artikeln (Reinhard, et al., 2006; Saccomano & Pinto-Zipp, 2011). Övriga studier har etiska överväganden beskrivna i studien (Alcorn & Topping, 2009; Bystedt, et al., 2011; Corazzini, et al., 2010; Craftman et al., 2012; Kærnested & Bragadóttir, 2012; Keeney, et al., 2005; Potter, et al., 2010; Standing & Anthony, 2008; White, et al., 2011). Vi förutsätter att alla studier är vetenskapligt godkända och vi anser att det inte finns någon risk för etiskt dilemma, med tanke på att det är delegeringsprocesser som studeras. Det är både ur ett patientsäkerhetsperspektiv och ur ett etiskt perspektiv viktigt att forska på säker delegering.

RESULTAT

Sjuksköterskans upplevelse av delegeringar och delegeringsförfarandet, med fokus på möjligheter och hinder.

MÖJLIGHETER

Kunskap och handledning

Enligt sjuksköterskorna varierar kunskapen bland vård- och omsorgspersonal mycket men anses tillräcklig för att ta emot delegering. Sjuksköterskorna anser att kunskapen är beroende på arbetserfarenhet och att brist på kunskap kan kompenseras med det faktum att vård- och omsorgspersonalen arbetar nära patienterna och ibland ser dem flera gånger dagligen. De antas därför uppmärksamma och förstå förändringar i hälsotillståndet hos patienten (Craftman, et al., 2012). Både Bystedt, et al. (2011) och Standing & Anthony (2008) beskriver att sjuksköterskor använder delegeringskunskaperna som en möjlighet att stimulera vård- och omsorgspersonal, för mentorskap och ökad kunskap. Enligt Keeney, et al. (2005) uttrycker de flesta sjuksköterskorna övergripande att de är nöjda med vård- och omsorgspersonalen och standarden på det arbete de utför och deras nivå av kunskap. Studien av Alcorn & Topping (2009) stödjer detta genom att 93 procent av sjuksköterskorna anger att de stöttar vård- och omsorgspersonalen i utvecklandet av sin roll. Kærnested & Bragadóttir (2012) anger att nästan 90 procent av sjuksköterskorna instämmer i att förmågor hos vård- och omsorgspersonal skulle kunna nyttjas bättre med mer effektiv delegering. Påståendet får också stöd av Bystedt, et al. (2011) där sjuksköterskor uppger att vård- och omsorgspersonal har blivit utbildad i att hantera många av de uppgifter som kräver delegering och att om vårduppgifterna inte skulle delegeras skulle de inte få använda sin kompetens. I samband med delegering ges också möjlighet för sjuksköterskan att bedöma nivån på förmågan hos vård- och omsorgspersonal.

Varken Kærnested & Bragadóttir (2012), Saccomano & Pinto-Zipp (2011) eller White, et al. (2011) finner några signifikanta skillnader vid jämförelse gällande av delegeringsförfarandet beroende av längden av sjuksköterskors kliniska erfarenhet, arbetsbörda eller arbetstillfredsställelse eller som en följd av tidigare utbildning. Dock uppger sjuksköterskor med mindre än fem års erfarenhet av yrket, i studien av Kærnested & Bragadóttir (2012), att de skulle delegera mer om de var mer säkra gällande delegering, jämfört med sjuksköterskor med mer än fem års erfarenhet ($p < .002$). Kærnested & Bragadóttir (2012) anger dock att generellt verkar självförtroendet för delegering öka med åldern och i studien diskuteras att det tyder på att färdigheter för delegering lärs genom erfarenhet på och av arbetsplatsen, snarare än genom utbildning. 96 procent av sjuksköterskorna anser att de har tillräcklig erfarenhet för att delegera men trots detta uppger över 65 procent att de är intresserade i kurser i delegering. I undersökningen uppger majoriteten av sjuksköterskorna inom slutenvården att de oftast har tid att delegera på ett riktigt sätt.



God kommunikation, teamarbete och roller

Kærnested & Bragadóttir (2012), som studerat delegeringar inom slutenvården, indikerar att majoriteten av sjuksköterskorna är positiva till delegering. Dock har de inte kunnat påvisa något statistiskt signifikant samband mellan sjuksköterskans attityd till delegering beroende på ålder, arbetsbelastning eller nivå på arbetstillfredsställelse. En signifikant skillnad framkom av resultatet mellan sjuksköterskor under och de över 31 år, då den äldre gruppen upplever att dokumentation och användande av omvårdnadsdiagnoser leder till ökad delegering ($p < .001$).

Bra samarbete ses som en underlättade faktor för delegering, för förbättrat teamarbete samt för känslan av delaktighet i vårdrelaterade beslut, i vilket tydlig arbetsmoral och ömsesidig respekt är viktiga delar (Corazzini, et al., 2010; Potter, et al., 2010; Standing & Anthony, 2008). Det är också betydelsefullt att sjuksköterskor ger positiv feedback, erkänner ett bra arbete från och framhåller vikten av vård- och omsorgspersonal, för att stärka relationen mellan dem emellan (Corazzini, et al., 2010; Standing & Anthony, 2008). Allt detta kan ställas i relation till att ledarstil inte har visat sig ha någon signifikant skillnad för vilken säkerhet sjuksköterskor känner inför delegering. Dock fanns ett signifikant samband att sjuksköterskor med ett högt stöttande ledarskap känner ofta mer säkerhet i delegerande av vårdinsatser till vård- och omsorgspersonal jämfört med sjuksköterskor med lågt stöttande ledarskap ($p = 0.01$) (Saccomano & Pinto-Zipp, 2011).

Sjuksköterskorna ser inga större hinder i dagens kommunala organisation i Sverige där vård- och omsorgspersonal svarar för en annan myndighet men om möjligheten gavs att kunna kommunicera dagligen, och att genom detta stödja och undervisa dem, skulle samarbetet kring medicinadministreringen underlättas (Craftman, et al., 2012). Dock är det av yttersta vikt att vård- och omsorgspersonal tar kontakt med sjuksköterska om något har förändrat sig i patientens tillstånd eller medicinering (Craftman, et al., 2012; Potter, et al., 2010). Att vara tillgänglig och svara på telefonsamtal är en nödvändig försiktighetsåtgärd. Sjuksköterskorna uppger att de tror att vård- och omsorgspersonalen känner sig säkra i samarbetet och skulle kontakta sjuksköterskan innan utförande av arbetsuppgift där de känner sig osäkra (Craftman, et al., 2012). När en patients tillstånd förändras är sjuksköterskan ansvarig för att göra bedömning av vad som ska delegeras och när. Sjuksköterskan är också ansvarig för kontroll och tillsyn att vård- och omsorgspersonal har fullgjort sina uppgifter. (Potter, et al., 2010).

Ansvar

White, et al. (2011) undersökte vad Board of nurse examiners for state of Texas 2007 beskriver i sina dokument angående vilka typer av uppgifter som sjuksköterskan kan delegera och även till vem som uppgiften kan delegeras, flertalet sjuksköterskor upplever det svårt att veta vilka uppgifter som får delegeras till vård- och omsorgspersonal. Reinhard et al. (2006) fann att staterna runt om i USA samtliga hade någon form av lagar eller förordningar angående sjuksköterskornas ansvar för delegering. The state Boards of Nursing (BON) i dessa stater, framhöll delegeringsprocessen men lagarna specificerade inte ansvarsfrågan.

Frågan angående vem som borde bära ansvaret över delegeringsförfarandet anser 77,3 procent av sjuksköterskorna borde ligga på chefssjuksköterskan (Keeney, et al. 2005). Detta skiljer sig mot vad Reinhard, et al. (2006) får fram om hur det ser ut i de flesta stater i USA. BON framhöll i studien att sjuksköterskan både var ansvarig för delegeringsprocessen samt utförandet. I ett fåtal stater i USA indikerade BON däremot att sjuksköterskor enbart är ansvariga för delegeringsprocessen. Reinhard, et al. (2006) lyfter i sin undersökning fram Hawaii, där vård- och omsorgspersonal kan ställas till svars för sina handlingar genom att de är ytterst ansvariga för utförd arbetsuppgift. Standing & Anthony (2008) påtalar att en del sjuksköterskor menar att delegeringar bör vara skriftliga framför en muntlig eftersom vård- och omsorgspersonal då kan hållas ansvarig för utfört arbete.

Delegering kan innebära en möjlighet för sjuksköterskan att övervaka vård- och omsorgspersonalen så att ansvarsfrågan säkerställs, samt leda till en ökad kontroll för sjuksköterskan genom att få större helhetssyn eftersom hon slipper att göra allt själv. Delegering av omvårdnad ses också som ett sätt att matcha behoven patienten har med skickligheten hos vård- och omsorgspersonalen (Corazzini, et al., 2010). Keeney, et al. (2005) visar att 84 procent av sjuksköterskorna hävdar att utbildad vård- och omsorgspersonal inte minskar vårdkvalitén. Corazzini, et al. (2010) styrker detta genom att hävda att vård- och omsorgspersonal som får en uppgift delegerad har en känsla av större förmåga och tar därmed sitt arbete på större allvar. Detta leder även till en fördel gällande stabilitet och kontinuitet, speciellt när det gäller ansvarsfrågan, vilket därmed höjer vårdkvalitén.

Standing & Anthony (2008) beskriver trygghet vad gäller delegering, där trygghet är förenat med förtroende till vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskan uppger att de är relativt komfortabla med delegering men uppger att detta beror på hur väl sjuksköterskan känner vård- och omsorgspersonalen och hur ansvarstagande de är. Allt detta sammantaget främjar delegeringar och ger även sjuksköterskan möjlighet till uppföljning.

Övriga möjligheter

Det framkommer hos både Alcorn & Topping (2009) och Keeney, et al. (2005) att över 90 procent av sjuksköterskorna spenderar mycket tid på uppgifter som annan personalkategori kan utföra. Genom delegering av enklare uppgifter får sjuksköterskan möjlighet att utföra mer kvalificerade uppgifter och får mer tid för patienterna. Även Kærnested & Bragadóttir (2012) stödjer detta i sin studie genom att påvisa att 47 procent av sjuksköterskorna på en vårdavdelning lägger delar av sin tid, på uppgifter som vård- och omsorgspersonal kan utföra. Detta stödjer i sin tur även Bystedt, et al. (2011) och Standing & Topping (2008) vilka belyser att sjuksköterskan inom öppenvården, genom delegering, ges utrymme att utföra andra vårduppgifter som de i annat fall inte skulle ha hunnit med.

Corazzini, et al. (2010) belyser att lämpliga delegeringar beskrevs som direkt nytta för både vård- och omsorgspersonal och patienten. Även om själva delegeringen inte beskrevs som direkt nytta för vårdkvaliteten, påverkade det indirekt vårdkvaliteten genom att underlättar en mer frekvent tillsyn och observation av patienter och stöttar möjligheten att hantera svåra patienter och anhöriga. Keeney, et al. (2005) visar på liknande resultat. En av de positiva fördelarna med delegering är att vård- och omsorgspersonal ofta är mer tillgänglig för patienterna på enheten, jämfört med sjuksköterskor som är upptagna med andra uppgifter.

HINDER

Bristande kunskap och handledning

Trots att sjuksköterskor uppger att delegering ger ökad kontinuitet av vården och bättre möjlighet att utföra uppgifter på rätt tid och till ökad säkerhet, uttrycker sjuksköterskor en känsla av osäkerhet. Denna osäkerhet berör risken för negativa följder av felaktig hantering av mediciner eller minskad kontinuitet (Bystedt, et al., 2011). Osäkerheten får stöd i den studie Alcorn & Topping (2009) utförd och som anger att 91 procent av sjuksköterskorna anser att utvecklande av vård- och omsorgspersonalens roll behöver stöttas, i syfte att förbättra vårdkvaliteten.

Bystedt, et al., (2011) beskriver att sjuksköterskor ifrågasätter kunskapen hos enskilda vård- och omsorgspersonal för att utföra delegerade uppgifter och är medvetna om förekomst av bristande kunskap. Craftman, et al. (2012) belyser detta genom att sjuksköterskor uppger att

de behöver tid och avskildhet för att delegera på ett säkert och korrekt sätt men också rapporterar att de ofta har för lite tid att bedöma vilka kunskaper och färdigheter vård- och omsorgspersonal besitter. Både Kærnested & Bragadóttir (2012) och Keeney, et al. (2005) beskriver sjuksköterskans upplevelse, vilket kan kopplas till bristande kunskap. Studierna påvisar båda att 20 procent av sjuksköterskorna upplever att annan personalkategori inte har samma nivå i utförandet av uppgifter som sjuksköterskan har, genom att erbjuda vård med helhetssyn till skillnad från den uppgiftsorienterade vård vilken vård- och omsorgspersonal ger. Standing & Anthony (2008) beskriver att vid bristande kompetens hos vård- och omsorgspersonal företrar ofta sjuksköterskan att utföra arbetsuppgifterna själv, för att säkerställa att de blir utförda ordentligt. Kærnested & Bragadóttir (2012) påvisar att när en delegerad uppgift inte blir utförd ordentligt, trots tydliga instruktioner, leder det ofta till otillfredsställelse för sjuksköterskorna. Framförallt sjuksköterskor med tidigare utbildning för delegering blev upprörda när den delegerade uppgiften inte utfördes på korrekt sätt ($p < .003$). Sjuksköterskor skulle delegera mer om arbetsuppgifterna blev utförda så som de själva vill att de ska utföras.

Sjuksköterskor uttrycker behov av mer utbildning för vård- och omsorgspersonal, i syfte att förbättra patientsäkerheten (Craftman, et al., 2012; Reinhard, et al., 2006). Sjuksköterskorna har en uppfattning att vård- och omsorgspersonal administrerar läkemedel utan lämplig utbildning eller kunskap, vilket innebär en risk för att fel uppstår (Bystedt, et al., 2011; Craftman, et al., 2012; Reinhard, et al., 2006). Sjuksköterskor anser att ingen utan kunskap ska utföra läkemedelshandling men, trots detta, känns det inte bra att återupprepa samma information årligen. Läkemedelsadministration är i grunden en sjuksköterskeuppgift och det kan upplevas stressande att delegera uppgifter till vård- och omsorgspersonal som har bristande kunskap om läkemedel. Sjuksköterskorna föreslår en standardiserad utbildning för vård- och omsorgspersonal, t.ex. inom vanliga sjukdomar hos äldre samt läkemedelshandling, med ett diplom för godkänt som kan gälla mer än ett år. En sådan utbildning skulle därtill undvika årlig upprepning av information och därför vara tidssparande (Craftman, et al., 2012).

Likheter mellan sjuksköterskor i Sverige och i USA kan ses gällande osäkerhet vid delegering. Bystedt, et al. (2011), Reinhard, et al. (2006) och Standing & Anthony (2008) belyser alla att det finns en okunskap hos sjuksköterskor vilka uppgifter som kräver en delegering och att det även finns en oklarhet vem som bär ansvar för vilken uppgift. Studien av White, et al. (2011) styrker detta genom att i sin diskussion beskriva att de data studien fått fram stödjer att sjuksköterskor inte har någon klar kunskap och kännedom om vilka uppgifter som kan och inte kan delegeras. Detta påvisar att det finns ett glapp mellan praxis och kunskap för riktlinjer gällande delegering. Vissa arbetsuppgifter, vilka får delegeras, delegeras inte till vård- och omsorgspersonal. Reinhard, et al. (2006) beskriver att delegering försvåras ytterligare av att utbildningen av vård- och omsorgspersonal i USA innehåller stora skillnader och att de innehar olika roller på arbetet beroende på utbildningsnivå. Enligt Corazzini, et al. (2010) och Standing & Anthony (2008) skapas osäkerhet av att sjuksköterskan ofta måste efterfråga den enskilda vård- och omsorgspersonalens roll och kunskap för att klargöra vilken uppgift som kan delegeras.

Bristande kommunikation, konflikter och roller

Dåliga attityder och knapphändig samarbete finns som barriär mellan sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal vilket gör relationen svår, kan skapa konflikt och försvårar delegering (Corazzini, et al., 2010; Standing & Anthony, 2008). Brist på ledarskap på sjuksköterskenivå anges också som en orsak till hinder för samarbete (Corazzini, et al., 2010) liksom språkförbristning. Om vård- och omsorgspersonal talar bristfällig svenska ökar risken för dålig kommunikation och missförstånd (Craftman, et al., 2012). Även problematik i och med skillnader i utbildning, inkomst och gällande rastillhörighet mellan sjuksköterskor och vård- och

omsorgspersonal framkommer i undersökningen av Standing & Anthony (2008) från slutenvården i USA, vilket skapar ytterligare en problematik som påverkar resultatet av delegeringar.

Inom slutenvården har sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal olika definierade arbetsroller men är beroende av varandra gällande basala patientnära uppgifter. Arbetsuppgifter som kan delegeras lämnas över till vård- och omsorgspersonal, för att sjuksköterskan ska hinna med uppgifter som inte kan delegeras (Potter, et al., 2010). Dock uttrycker vård- och omsorgspersonal att de inte ser någon större skillnad mellan deras egen och sjuksköterskans roll och förstår därför inte meningen med delegering (Potter, et al., 2010; Standing & Anthony, 2008). Skillnaden upplevs endast bestå i att sjuksköterskan ansvarar för medicinering. Vård- och omsorgspersonal uppger ingen medvetenhet om sjuksköterskans patientansvar och ansvar för kliniska beslut (Potter, et al., 2010). De har således endast begränsad uppfattning om de skilda rollerna vilket leder till konflikt när sjuksköterskan inte gör klart patientnära uppgifter, utan delegerar dessa. I förlängningen bevisar detta en rollkonflikt där vård- och omsorgspersonal verkar omedveten eller missbelåten över sjuksköterskans roll (Potter, et al., 2010; Standing & Anthony, 2008). Denna rollkonflikt förklarar varför sjuksköterskor inom slutenvården ofta har ett behov att förklara sig när de delegerar arbetsuppgifter, så som att sjuksköterskorna är upptagna med t.ex. medicinhantering och så vidare (Standing & Anthony, 2008). Dåligt samarbete mellan vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor bidrar till att delegering ses som en belastning med extra arbete och både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal tror om den andra parten att inte göra tillräckligt (Corazzini, et al., 2010; Potter, et al., 2010). Det framkommer dock också att sjuksköterskors förtroende till vård- och omsorgspersonal i vissa fall innebära att hon tror på dem när de uppger att de inte hinner utföra uppgifter som normalt delegeras. Men om vård- och omsorgspersonal upplever att sjuksköterskorna anser att de är lata, eller om de inte känner sig respekterade av sjuksköterskorna, resulterar detta i ett agg mot sjuksköterskorna (Standing & Anthony, 2008).

I relation till att vård- och omsorgspersonal inte ser någon större skillnad i de olika rollerna och de konflikter som uppstår till följd av detta, kan ställas hur feedback, instruktioner och information ges mellan sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskor inom slutenvården med mer än tio års erfarenhet på sin nuvarande enhet, förklarar oftare varför en vårduppgift behöver utföras, jämfört med sjuksköterskor med mellan tre till fem års erfarenhet ($p < .007$). Sjuksköterskor med två eller färre år på enheten gav mer sällan feedback, såsom beröm, jämfört med de med mer erfarenhet ($p < .003$). Sjuksköterskor över 50 år gav oftare klara instruktioner om hur en uppgift ska utföras jämfört med de yngre sjuksköterskorna ($p < .026$) men mer än hälften av sjuksköterskorna efterfrågade aldrig eller sällan feedback från vård- och omsorgspersonal för att förbättra sina färdigheter gällande delegering. Majoriteten efterfrågar endast ibland eller sällan feedback om de har förklarat uppgiften ordentligt. Vidare påvisar Kærnested & Bragadóttir (2012) att nästan hälften av sjuksköterskorna inom slutenvården är oroliga att de ska anses som lata genom att uppgifter delegeras. Speciellt vanligt är detta bland sjuksköterskor under 30 år, jämfört med alla andra åldersgrupper ($p < .001$). Även tjänstgöringstid på nuvarande enhet har betydelse, sjuksköterskor med två eller färre år på den nuvarande enhet var mer oroad för att ses som lata genom att delegera, jämfört med sjuksköterskor med mer än fem års erfarenhet på sin nuvarande enhet ($p < .029$).

Sjuksköterskor beskriver att delegering kan ses som att sjuksköterskan bara tilldelar sitt arbete till andra anställda, vilket resulterar i förbittring (Corazzini, et al. 2010; Standing & Anthony, 2008). Flera faktorer kan påverka att sjuksköterskan ändå själv utför delegerade insatser, vilket påverkar arbetsbördan negativt. Corazzini, et al. (2010) beskriver dåligt samarbete som en orsak och för att undvika framkallande av förbittring. Enligt Potter, et al. (2010) utför

sjuksköterskan själv fler arbetsuppgifter, utan att bry sig om att delegera, när hon märker att vård- och omsorgspersonal har låg arbetsmoral. Det leder till ilska och frustration hos sjuksköterskorna när de anser att de inte tar på sig delegerade uppgifter eller genomför uppgifter inom rimlig tid. Sjuksköterskorna undviker dock att konfrontera dem som är ovilliga att ta emot en delegering av arbetsuppgift, antingen utför sjuksköterskan uppgiften själv eller förväntade sig att ledningen ska agera i frågan. Standing & Anthony (2008) beskriver att sjuksköterskor heller inte alltid rapporterar brister i det som vård- och omsorgspersonal utfört p.g.a. att sjuksköterskan själv är för upptagen samt att hon vill undvika konfrontation. Sjuksköterskor beskriver att det krävs mod för att skriva en avvikelse på vård- och omsorgspersonal. Obehaget att arbeta tillsammans efter en avvikelse kan upplevas allt för stort samt att de troligen inte kommer att vilja utföra delegeringar efter en avvikelse rapport.

Brist på självförtroende och tillit kan ge sämre förutsättningar för effektiv delegering och teamarbete, vilket i sin tur kan leda till försämrad vårdkvalitet för patienten (Kærnested & Bragadóttir, 2012). I studien av Potter, et al. (2010) inom slutenvården beskrivs att sjuksköterskor upplever att äldre vård- och omsorgspersonal inte är villiga att ta emot delegering från yngre sjuksköterskor och uttrycker en känsla av att vård- och omsorgspersonalen inte vill göra det för lätt för dem. Å andra sidan uttryckte en sjuksköterska att yngre sjuksköterskor kan uppträda snäsigt och lättstött med allt för höga förväntningar. Detta leder till att yngre sjuksköterskor inte hanterar konflikten konstruktivt och på så sätt förlorar tillfälle för effektiv delegering. Standing & Anthony (2008) beskriver att äldre sjuksköterskor anser att det är påfrestande att behöva be vård- och omsorgspersonal göra sina arbetsuppgifter som om de gör sjuksköterskan en tjänst. Sjuksköterskor upplever också att de måste visa vård- och omsorgspersonal att de är beredda att hjälpa till och att hjälpa till innebär i förlängningen att vård- och omsorgspersonalen är villiga att hjälpa sjuksköterskan. Men sjuksköterskor upplever också en frustration över att sjuksköterskor som hjälper vård- och omsorgspersonal ses som "snälla sjuksköterskor" vilket får till följd att de ses om favoriter, vilket i förlängningen leder till frustration hos andra sjuksköterskor.

De flesta problem uppstår där människor inte kommunicerar (Standing & Anthony, 2008).

Ansvar

Bystedt, et al. (2011) tar upp känslor som tyder på att behovet av sjuksköterskor är stort. Många sjuksköterskor upplever det nödvändigt att delegera eftersom organisationen kräver detta för att få en hanterbar arbetsbörda för sjuksköterskorna. Många gånger är behovet stort av att delegeringen måste utföras omgående. Keeney, et al. (2005) och Reinhard, et al. (2006) indikerar en oro som finns att vård- och omsorgspersonal eventuellt kan komma att ersätta sjuksköterskor. Detta påstående stärker Bystedt, et al. (2011) genom att påtala, att som en konsekvens av brist på sjuksköterskor används delegering som ett sätt att hantera personalbristen, även när sjuksköterskan ibland upplever det som om delegeringen inte är förenlig med gällande lagar och riktlinjer.

Bystedt et al. (2011) och Craftman, et al. (2012) lyfter de känslor svenska sjuksköterskor får vid sådana situationer, känslor att sjuksköterskan "*känner sig tvingad*" (egen översättning) att delegera, även när vård- och omsorgspersonalen är helt okänd för dem. Craftman, et al. (2012) belyser att det förekommer att enda gången en sjuksköterska träffar vård- och omsorgspersonalen kan vara i samband med delegering. Bystedt et al. (2011) tar även upp känslan av maktlöshet hos en del sjuksköterskor. Då arbetsbördan ska underlättas genom delegering, har den även en påverkan på deras arbetsituation genom att ge en brist på kontroll, och en känsla av maktlöshet och osäkerhet gällande ansvarsfrågan, vilket kan leda till resignation hos sjuksköterskan.

Craftman, et al. (2012) indikerar att reglementet som finns runt delegeringsförfarandet är svårt att tillgodose i verkligheten, samtidigt som delegeringens ansvar ska införas så sjuksköterskan kan följa lagen. Sjuksköterskor finner delegering av läkemedelsadministration som en viktig arbetsuppgift. Kritik riktas mot lagarna och huvudmännen från sjuksköterskor, då många upplever ett dåligt stöd i lagtexten vad gäller ansvarstagandet gällande delegering kring läkemedelshantering. En del sjuksköterskor upplever ansvaret för delegering av läkemedelshantering tungt att bära.

Alcorn & Topping (2009), Keeney, et al. (2005) och White, et al. (2011) tar samtliga upp likvärdiga villkor i sina kvantitativa studier som Bystedt, et al. (2011) och Standing & Anthony (2008) tar upp i sina kvalitativa studier. Sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal har olika roller och dessa skiljer sig åt men ansvaret för en delegerad uppgift kvarliggjer fortsatt på sjuksköterskan, vilket hon är väl medveten om. Gällande mottagande av delegering lyfter Corazzini, et al. (2010) och Craftman, et al. (2012) fram likvärdiga känslor hos sjuksköterskor i både Sverige och USA. Det finns en stark medvetenhet angående ansvaret som ges till den som tar emot en delegering, samt skyldigheten som åligger sjuksköterskan att undervisa vård- och omsorgspersonalen i hur uppgiften ska utföras på ett korrekt och säkert sätt. Sjuksköterskorna brottas ofta medvetet med kunskapen om föreskrifter samt hur vården kan organiseras mellan sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal.

Vårduppgifter som delegerats ska följas upp regelbundet (Bystedt, et al., 2011; Corazzini, et al., 2010; Keeney, et al., 2005; White, et al., 2011). Checklistor och signeringslistor används av sjuksköterskor för att kontrollera att en delegerad uppgift har blivit utförd. Dock är kontroll av signeringslistor och checklistor inte samma sak som utvärdering av resultatet av hur den delegerade uppgiften blivit utförd. En del sjuksköterskor har svårt att skilja på detta (Corazzini, et al. 2010). Sjuksköterskor upplever att delegering placerar dem under ett betydande krav och ansvar gällande utbildning samt bedömning och förmåga av vård och omsorgspersonal (Bystedt, et al., 2011; Corazzini, et al., 2010; Craftman, et al., 2012). Vidare beskriver Bystedt, et al. (2011) att sjuksköterskor ofta delegerar till flera grupper av vård- och omsorgspersonal. Bristen av att kunna påverka vem som anställs inom den gruppen skapar en känsla av maktlöshet. Studien tar även upp att ibland delegerar sjuksköterskan mer än vad hon önskar beroende på att hon ska delegera "rättvist". Denna rättvisa delegering beror enbart på att vård- och omsorgspersonalen ska få möjligheten att utföra de roliga arbetsuppgifterna och inte bara städa och tvätta etc.

Craftman, et al. (2012) och Keeney, et al. (2005) beskriver att eftersom ansvaret för den delegerade arbetsuppgiften kvarstår hos sjuksköterskan kan det leda till en ökad arbetsbelastning, bl.a. beroende på ansvaret att kontrollera samt följa upp de delegerade uppgifterna. Craftman, et al. (2012) beskriver att många sjuksköterskor har svårigheter att följa upp givna delegeringar, vilket anses bero på tidsbrist hos den delegerande sjuksköterskan, stort antal delegerad vård- och omsorgspersonal samt stor personalomsättning hos dem. Sjuksköterskor känner en osäkerhet hur delegering kommer att påverkas av det ökande antalet hemtjänstgrupper och över en ökad arbetsbörda om grupper av vård- och omsorgspersonal beslutar att neka ta emot delegering, eftersom medicinhantering är en sjuksköterskeuppgift. Corazzini, et al. (2010) styrker detta faktum genom att påstå, att om sjuksköterskan ska kunna anse sig vara säker gällande delegering behöver hon ha förtroende att vård- och omsorgspersonalen kommer att fullfölja uppgiften.

Sjuksköterskor känner ett ansvar att informera vård- och omsorgspersonal, när det är något utöver det vanliga gällande patienters medicinering, t.ex. nya läkemedel eller biverkningar. Sjuksköterskan måste lita på att vård- och omsorgspersonalen har administrerat patientens läkemedel enligt anvisning, dvs. rätt läkemedel till rätt patient och på rätt tid (Craftman, et al. 2012). Standing & Anthony (2008) vinklar ansvarsfrågan åt andra hållet. Förekomsten av att

vård- och omsorgspersonalen inte rapporterar vikter, nytillkomna symtom etc. till sjuksköterskan, inte utför uppgifter på rätt tid eller kommunicerar olämpligt med patienterna osv kan leda till att patientsäkerheten äventyras. Sjuksköterskan framhåller att de i slutändan hålls ansvariga och uttrycker oro över den potentiella risken för patienterna i dessa lägen. Sjuksköterskors ansvarskänsla leder till att de övervakar arbetet och anser att de bör se till att uppgifterna blir utförd. Standing & Anthony (2008) indikerar vidare att avvikelserapportering på vård- och omsorgspersonal sällan får några större påföljder.

Ansvarsfrågan är återkommande hos sjuksköterskorna. Alcorn & Topping (2009) och Keeney, et al. (2005) belyser utbildningsnivån kontra ansvarsfrågan. Alcorn & Topping (2009) efterfrågar att vård- och omsorgspersonalens roll bör bli reglerad samt att de bör få utbildning så de kan hållas ansvariga för sina arbetsuppgifter. Keeney, et al. (2005) uttrycker sig följande att vård- och omsorgspersonalen å ena sidan inte är ansvariga för sina handlingar MEN eftersom vård- och omsorgspersonalen är skolad/tränad för sin uppgift borde de också bli ansvariga för relevanta uppgifter.

Craftman, et al. (2012) och Standing & Anthony (2008) indikerar starka känslor hos sjuksköterskorna. De beskriver en känsla av frustration, orättvisa och även obehagskänsla över att vård- och omsorgspersonalen inte hålls ansvariga för de uppgifter de utfört. Likvärdiga känslor finns hos sjuksköterskor både i Sverige och i USA. Ansvarsfrågan är som en central fråga hos sjuksköterskorna. *"En enkel utväg för socialstyrelsen ... de har övergett oss"*, andra uttryck som framkommer är *"är den i skottlinjen"*, *"den som tar skulden om något går fel"* (egen översättning). Craftman, et al. (2012) har funnit att vid de tillfällen som den ansvariga myndigheten visade intresse och förståelse för delegering känner sjuksköterskan stöd, men överlag känner de sig osäkra gällande ansvarsbiten. Denna vaghet och även ibland resignation som sjuksköterskorna känner stöds av Bystedt, et al. (2011).

Andra hinder

Reinhard, et al (2006) analyserar i sin studie om det begränsade samarbetet mellan Board of Nursing (BON) och hemtjänst (Assisted Living) vad gäller bland annat förordningar samt den begränsade förståelsen mellan olika tillsynsmyndigheter. BON har en okunskap om hur många sjuksköterskor som tjänstgör mot hemtjänst, vilket ledde till att delegering inte ansågs nödvändig. De refererade i detta till hur andra stater hanterade delegering. BON har inte fullständig kunskap om vad hemtjänst innebär samt hur vårdkrävande en del patienter kan vara och vilken sorts hjälp de behöver med sin medicinadministration. Vidare indikerade BON att somliga inte bör bo kvar i ordinärt boende, med hjälp av hemtjänst, utan är i behov av en annan boendeform med andra resurser när de blev äldre och i behov av utökad vård.

Craftman, et al. (2012) för fram tankar hos svenska sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård, att vård- och omsorgspersonal som ska arbeta inom den kommunala vården, inte kan neka ta emot en delegering eftersom de då troligtvis inte kan arbeta inom densamma. Likaväl så upplever en del sjuksköterskor det svårt att neka delegering till enskilda vård- och omsorgspersonal. Frivilligheten som ska finnas ifrågasätts starkt. Vidare beskriver Craftman, et al (2012) att flertalet sjuksköterskor har en känsla av uppgivenhet inför framtiden. De tror inte att tillgängligheten på sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården kommer att öka i framtiden. Enligt Bystedt, et al (2011) förväntar sig sjuksköterskorna att konsekvensen av detta kommer att leda till att delegeringarna ökar ytterligare.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att belysa de möjligheter och hinder som finns till säkra delegeringar från sjuksköterska till vård- och omsorgspersonal. Vi som författare upplever att syftet är uppnått med denna litteraturöversikt. Förutom att uppnå syftet har vi även funnit ytterligare aspekter vad delegering till vård- och omsorgspersonal kan leda till. Litteraturöversikten som är genomförd har täckt aktuell forskning på ett sätt som motsvarar syftet.

Vid genomläsning av rubriker och abstracts har artiklar som angett specifika områden exkluderats, vilket kan ha påverkat resultatet. Det kan i dessa artiklar finnas en del data som möjligen skulle kunna överföras till vårt problemområde. Gällande artiklar har artiklar som måste beställas via bibliotek exkluderats och endast artiklar som har varit tillgängliga via databaserna PubMed och Cinahl har inkluderats. Genom detta kan naturligtvis värdefull fakta inom området inte blivit tillgänglig för granskning och kan ha påverkat resultatet i denna litteraturöversikt.

Vi har valt att inkludera artiklar från västvärlden, dvs. inte bara svenska studier, p.g.a. underlaget hade blivit allt för litet för vår litteraturöversikt. En studie var från England (Alcorn & Topping, 2009), en från Irland (Keeney, et al. 2005), en från Island (Kærnested & Bragadóttir, 2012), två från Sverige (Bystedt, et al., 2011; Craftman, et al., 2012) samt sex från USA (Corazzini, et al., 2010; Potter, et al., 2010; Reinhard, et al., 2006; Saccomano & Pinto-Zipp, 2011; Standing & Anthony, 2008; White, et al., 2011). Det finns flera aspekter där man inte helt kan överföra vård i andra länder till den organisation av vård vilken vi bedriver i Sverige men vi ser vid granskning av artiklar att många av de möjligheter och hinder som redovisas i artiklarna är av samma art som de som redovisas i de svenska.

För att erhålla brett underlag har vi också inkluderat artiklar som anger "hospitals" p.g.a. att delegeringsförfarandet i många avseenden är detsamma inom den kommunala vården och innebär liknande vinster och problematik. Sex studier är utförda inom slutenvården (Alcorn & Topping, 2009; Kærnested & Bragadóttir, 2012; Keeney, et al. 2005; Potter, et al., 2010; Saccomano & Pinto-Zipp, 2011; Standing & Anthony, 2008), en inom både slutenvård och öppenvård (White, et al., 2011) och resterande fyra inom öppenvård (Bystedt, et al., 2011; Corazzini, et al., 2010; Craftman, et al., 2012; Reinhard, et al., 2006). Ytterligare bedömning utfördes för artiklar studerade inom slutenvård, om vilka möjligheter och hinder som är specifika för slutenvård, och vilka som bedöms vara av mer allmän karaktär och därmed möjliga att implementera i öppenvård. Innehåll i studie från slutenvård där innehållet bedöms vara specifikt för just slutenvård, anges i texten resultatdelen att studien är genomförd inom slutenvård. Övrigt innehåll från studier inom slutenvård, vilket bedöms vara implementeringsbart i öppenvård förtydligas inte extra.

De två svenska kvalitativa studierna som ingår i vår litteraturöversikt (Bystedt, et al., 2011; Craftman, et al., 2012) håller hög kvalitet och bedöms som en viktig del för helheten och överförbarheten till svenska förhållanden inom kommunal hälso- och sjukvård. Övriga kvalitativa studier (Corazzini, et al., 2010; Potter, et al., 2010; Reinhard, et al., 2006; Standing & Anthony, 2008) har vid bedömning av kvalitet, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ och kvalitativ metod (Willman & Stoltz, 2002) samtliga också fått omdöme "bra", vilket är den högsta betygsättningen.

I de kvantitativa studierna anger endast två studier signifikanser (Kærnested & Bragadóttir, 2012; Saccomano & Pinto-Zipp, 2011). Övriga två (Alcorn & Topping, 2009; White, et al., 2011) har endast procentsatser angivet genomgående. White, et al. (2011) har därtill ett stort

bortfall, utan att ange någon bortfallsanalys, studien kan heller inte anses generaliserbar, till vilket artikelförfattarna dock diskuterar orsak.

Keeney, et al. (2005) är den enda studien som innehåller både en kvalitativ och en kvantitativ del. Det är i den kvantitativa delen som sjuksköterskors upplevelse av delegering studeras, dock är underlaget mycket litet, endast 25 sjuksköterskor, vilket ger en låg generaliserbarhet och inga signifikanser kan anges. Dock anser vi att studien tillför mycket inom ämnet delegeringar och ses därför som värdefull i vårt resultat trots detta. I den kvalitativa delen intervjuades nyblivna mammor med frågor om vård- och omsorgspersonalens roll.

En av studierna har studerat även vård- och omsorgspersonalens upplevelse av delegering, förutom sjuksköterskans, vilket ger en bra motvikt i litteraturöversikten (Potter, et al., 2010).

En tydlig metodbeskrivning framgår i samtliga artiklar.

RESULTATDISKUSSION

Valet av ämne för denna litteraturöversikt föll oss naturligt då författarna båda arbetar inom den kommunala hemsjukvården. Efter genomgång av litteraturen började vi känna igen oss i den verklighet vi arbetar i samt de känslor vi upplever. Känslor av frustration och maktlöshet är något som många av oss sjuksköterskor bär med oss. Detta visade sig vara något som inte bara upplevdes nationellt utan även internationellt genom att detta berörs i studierna av Alcorn & Topping (2009); Bystedt, et al. (2011); Craftman, et al. (2012) samt Standing & Anthony (2008).

De flesta sjuksköterskor är dock positiva till att delegera (Kærnested & Bragadóttir, 2012). Ingen av studierna har kunnat påvisa någon signifikant skillnad i att längre tjänstgöringstid främjar god delegering, men däremot upplever sjuksköterskor att de lär sig en färdighet angående delegering genom arbetslivserfarenhet snarare än under utbildning (Kærnested & Bragadóttir, 2012; Saccomano & Pinto-Zipp, 2011; White, et al., 2011). Sjuksköterskor uppger att de är intresserade i kurser för delegering samt att man ser att självförtroendet för delegering ökar med stigande ålder (Kærnested & Bragadóttir, 2012).

Kunskapen hos vård- och omsorgspersonalen varierar mycket enligt sjuksköterskor, men trots detta så anser sjuksköterskor att vård- och omsorgspersonal kan ta emot delegering. En del i kunskapsglappet kompenseras genom att vård- och omsorgspersonal arbetar nära patienten dagligen och därmed antas de kunna uppmärksamma och förstå hälsotillståndet hos patienten (Craftman, et al., 2012). Flertalet vård- och omsorgspersonal har erhållit utbildning i att hantera många av de uppgifter som kräver delegering. Vid delegering av vårduppgifter nyttjas kompetensen samtidigt som sjuksköterskan både kan undervisa och bedöma nivån hos den enskilda vård- och omsorgspersonalen (Bystedt, et al., 2011). I USA försvåras dock detta genom att de har fler olika nivåer för vård- och omsorgspersonal, jämfört med vad vi har i Sverige. Att sjuksköterskor undervisar har visat sig leda till arbetsglädje eftersom hon kan dela med sig av sin kompetens. Glädjen i att undervisa återfinns både nationellt och internationellt (Bystedt, et al., 2011; Standing & Anthony, 2008).

Sjuksköterskor inom hemsjukvård är beroende av att vårduppgifter delegeras, eftersom de inte själva har möjlighet att utföra alla åtagande (Bökberg & Drevenhorn, 2010; Socialstyrelsen, 2008; SOFS 1997:14). Men det visar sig också att delegering främjar en positiv arbetsmiljö, bland annat genom att vård- och omsorgspersonal upplever att de kan påverka sin arbetssituation positivt samt tar därmed sitt arbete på större allvar (Corazzini, et al., 2010). Sjuksköterskors upplevelse av att utbildad vård- och omsorgspersonal inte minskar vårdkvalitén belyses av Keeney, et al. (2005). Som sjuksköterska undervisar man oftast dagligen på något sätt, genom patientundervisning, studenthandledning eller till vård- och omsorgspersonal.

Patienter har rätt till sakkunnig, omsorgsfull och säker vård. En vård som utförs på rätt sätt minskar risk för vårdskador (Socialstyrelsen, 2009). Många sjuksköterskor upplever dock att vård- och omsorgspersonal skulle vara i behov av ytterligare utbildning (Craftman, et al., 2012; Reinhard, et al., 2006) Craftman, et al. (2012). lyfter detta ytterligare ett steg genom att föreslå riktad utbildning, för vård- och omsorgspersonal angående läkemedel och äldre, vilket skulle kunna leda till att delegering efter godkänt resultat kan gälla mer än nuvarande ett år. Vi finner detta intressant och tror att det kan fungera bra i praktiken, eftersom personal som anställs skulle ha rätt kompetens. I dagsläget krävs utbildning och delegering av sjuksköterska. Vårdgivaren skulle ha större ansvar för att anställa och utbilda undersköterskor. Ansvaret flyttas från sjuksköterskan till vårdgivare. Vidare påverkas inte vårduppgifterna om en hemtjänstgrupp eller särskilt boende "byter" sjuksköterska.

Det framkommer i studierna en rädsla över att delegerad personal kan komma att ta över sjuksköterskans uppgifter. Även dessa känslor återfinns nationellt och internationellt. Flertalet sjuksköterskor känner dock ingen oro alls över att vård- och omsorgspersonal kan komma att ta över eller delvis bli ersatt med delegerad vård- och omsorgspersonal (Bystedt, et al., 2011; Reinhard, et al., 2006; White, et al., 2011).

I Socialstyrelsens författningar är det beskrivet att delegeringen INTE är avsedd för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Delegering kan vara befogat när det utifrån ett helhetsperspektiv bättre svarar mot patienternas behov, under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras (SOSFS 1997:14). Det framgår med all tydlighet att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård (SFS 1982:763; SOSFS 1997:14; SFS 2010:659). Men sjuksköterskor riktar kritik mot lagarna och huvudmännen, många upplever dåligt stöd i lagtexten vad gäller ansvarstagandet kring delegering (Craftman, et al., 2012). Lagar och författningar anger att patienter ska erbjudas god vård (SFS 1982:763; SOSFS 1997:10; SOSFS 1997:14). En vårdgivare kan aldrig föreskriva att en viss medicinsk arbetsuppgift ska delegeras. En professionell bedömning gällande behovet och lämpligheten för delegering krävs (SOSFS 1997:14). Enligt vår bedömning behövs en tydlighet i de lokala riktlinjerna, angående bedömning av lämplighet vid utfärdande av delegering, samt stöd från MAS att inte utfärda delegering som av ansvarig sjuksköterska inte anses lämplig. Många sjuksköterskor i dagens hemsjukvård känner sig dock tvingade att delegera, p.g.a. att organisationens struktur kräver det.

För att motta en delegering ska mottagaren vara reellt kompetent för den aktuella uppgiften, som avses delegeras. (SOSFS 1997:14). Sjuksköterskan har ansvar för att kontrollera att personen som tar emot en delegering har tillräckligt med kompetens och erfarenhet, är noggrann och har omdöme samt visar på övrig lämplighet (SOSFS 2000:1). Det ställs stora krav på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos både den som delegerar och den som mottar delegering av en medicinsk arbetsuppgift, med hänsyn till kraven på god och säker vård (SOSFS 1997:14). Många sjuksköterskor upplever dock att organisationens uppbyggnad och personalstruktur kräver delegering och att delegering användas som ett sätt att hantera personalbrist. Det förekommer tillfällen när sjuksköterskan upplever att delegeringen inte är förenlig med gällande lagar och riktlinjer, t.ex. vid de tillfällen vård- och omsorgspersonal inte innehar nödvändiga kunskaper för den delegerade uppgiften. Många gånger är därtill behovet av att delegeringen måste utföras omgående stort (Bystedt, et al., 2011). Genom dessa motsatser kan utläsas den osäkerhet många verksamma sjuksköterskor brottas med. Lagar och riktlinjer kräver ansvar, vi har ansvar genom vår legitimation samt ett uppdrag att utföra vård enligt uppdrag hos arbetsgivare.

Vår upplevelse är att sjuksköterskor är väl medvetna om nödvändigheten av delegeringar och att detta är väl reglerat i lagar, författningar och genom lokala riktlinjer. De lokala riktlinjerna, om vad som får delegeras, för vilket MAS är ytterst ansvarig, skiljer sig mellan kommunerna. Detta kan skapa oklarheter och diskussioner uppkommer ofta om vad som bör delegeras till vård- och omsorgspersonalen. Det kan också leda till att olika hemtjänstgrupper och olika särskilda boenden, beroende på vilken sjuksköterska som har patientansvar, har olika vårduppgifter delegerade och att sjuksköterskor ger olika besked om vad som får och inte får delegeras. De lokala riktlinjernas tydlighet påverkar troligen också hur den enskilda sjuksköterskan ser på säkerheten vid delegering. Tydliga riktlinjer ger stöd och trygghet i delegeringsförarbetet samtidigt som en otydlighet i riktlinjer kan upplevas frustrerande och ge en känsla av osäkerhet och otrygghet. Styrande författningar, SOSFS 1997:10 och SOSFS 1997:14, anger att inom den kommunala hälso- och sjukvården ska finnas en MAS, som har ansvaret för kvalitet och säkerhet, som ska svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling samt att beslut att delegera vårduppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. Utöver detta upplever vi att tillgängligheten av MAS för sjuksköterskor, för stöd i delegeringsfrågor, kan vara en viktig faktor för att skapa tydlighet och säkerhet i de fall där oklarheter uppkommer.

Sjuksköterskor upplever en känsla av frustration över att vård- och omsorgspersonalen inte hålls ansvariga för de uppgifter de utfört (Craftman, et al., 2012; Standing & Anthony, 2008). Det finns en tydlig medvetenhet om att rollerna mellan sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal skiljer sig åt, liksom att ansvaret för en delegerad uppgift kvarligger på sjuksköterskan (Alcorn & Topping, 2009; Bystedt, et al., 2011; Keeney, et al., 2005; Standing & Anthony, 2008; White, et al., 2011). Sjuksköterskor upplever att delegering placerar dem under ett betydande krav och ansvar gällande utbildning samt bedömning och förmåga av vård och omsorgspersonal (Bystedt, et al., 2011; Corazzini, et al., 2010; Craftman, et al., 2012). Situationen är liknande för sjuksköterskor både i Sverige och i västvärlden. Enligt den författning som reglerar delegeringar anges att den som har mottagit delegeringen själv bär ansvar för hur denne fullgör sin uppgift, under förutsättningar att den som delegerar en medicinsk arbetsuppgift har klargjort vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att kunna fullgöra arbetsuppgiften. Den som mottar delegeringen har också en skyldighet att upplysa om sin förmåga att fullgöra uppgiften och om denne anser sig inte ha tillräckliga kunskaper eller erfarenhet för uppgiften, får denna inte delegeras (SOSFS 1997:14). Trots att styrande dokument beskriver att den som utför en arbetsuppgift också är ansvarig för denna är svenska sjuksköterskor frustrerade över att vård- och omsorgspersonal inte hålls ansvarig om fel begås. Vi tolkar detta vara beroende på att sjuksköterskor innehar legitimation för yrket, vilket vård- och omsorgspersonal inte har, och därför inte drabbas av samma konsekvenser av en anmälan vid vårdskada som sjuksköterskor riskerar.

Studierna tar upp att sjuksköterskorna upplever att de har behov av tid för att kunna delegera på ett säkert sätt. Kærnested & Bragadóttir (2012) uppger att majoriteten av sjuksköterskorna på vårdavdelning upplever att de har tid till säker delegering. Craftman, et al. (2012) lyfter fram det faktum att tidsbrist leder till att sjuksköterskan har svårt att bedöma vård- och omsorgspersonalens kunskap och kompetens. Socialstyrelsen (2011b) kom med svidande kritik i sin tillsynsrapport över läget i Sverige. Där beskrev de att vård och omsorgspersonal med delegering inte har fått tillräckliga instruktioner och om kompetensbrist. Dessutom fungerar inte den systematiska uppföljningen av delegeringar adekvat, samt kontrollen av hur rutiner fungerar är otillräcklig. Enligt gällande författningar är sjuksköterskor skyldiga att följa upp (SOSFS 1997:14; SOSFS 2000:1) och regelbundet ompröva delegeringsbeslut (SOSFS 2000:1). Vi sjuksköterskor upplever många gånger denna brist på tid vilket stämmer väl överens med det Socialstyrelsen beskriver.

Det framkommer förvånansvärt att sjuksköterskor inte alltid skiljer på kontroll, av att en delegerad arbetsuppgift har blivit utförd, via checklistor och signeringslistor med en utvärdering av resultatet av hur den delegerade uppgiften har blivit utförd (Corazzini, et al., 2010). Vid tidsbrist är det kanske just kvalitén på utfört arbete som inte hinner kontrolleras, bara kontroll av att uppgiften är utförd. Socialstyrelsen (2011b) beskriver att sjuksköterska inte finns på plats för stöd och handledning i tillräcklig omfattning inom den kommunala vården, utan tillkallas av vård- och omsorgspersonalen som själva bedömer när patientens tillstånd kräver detta. Socialstyrelsen ställer i rapporten krav på att vårdgivaren genomför nödvändiga förbättringar av rutinerna för uppföljning och kontroll inom vården och ställer krav på att se till att det finns tillräckligt med hälso- och sjukvårdskompetens. Under arbetets gång har vi dock inte fått fram ur litteraturen vad denna förbättring ska bestå i och vi ser ingen förändring vara i antågande inom våra respektive verksamheter. Lagar och författningar är dock tydliga med att en vårdverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att den ska vara säker, av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vård och behandling samt att det ska finnas den personal, lokaler och utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (SFS 1982:763; SOSFS 1997:10; SOSFS 1997:14).

Att god kommunikation är positivt i samhället som helhet är ett välkänt faktum. God kommunikation främjar ett gott teamarbete och kan stärka de olika roller som sjuksköterskor och vård och omsorgspersonal har. Corazzini, et al. (2010) och Standing & Anthony (2008) menar att för att ytterligare stärka relationen behövs positiv feedback samt att framhålla vikten av det goda arbete som utförs av vård- och omsorgspersonalen. Bökberg & Drevenhorn (2010), Potter, et al. (2010) och Socialstyrelsen (2008) belyser teamarbetet när de tar upp att vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor är beroende av varandra när det gäller basala patientnära uppgifter men de har olika definierade arbetsroller. Något som både Potter, et al. (2010) och Standing & Anthony (2008) beskriver inte alltid är tydligt för all vård- och omsorgspersonal och som då leder till att de inte förstår meningen med delegering. Enligt Standing & Anthony (2008) leder detta till en rollkonflikt vilket i sin tur förklarar varför sjuksköterskor inom slutenvård ofta har ett behov av att förklara sig när de delegerar en uppgift för att inte anses som lata.

För att främja den goda kommunikationen som behövs för att kunna upprätthålla patientsäkerheten behövs ett öppet klimat mellan sjuksköterskan och vård- och omsorgspersonalen. Det är av yttersta vikt att vård- och omsorgspersonal inte tvekar att kontakta sjuksköterskan om något har förändrat sig i patientens tillstånd eller med medicineringen (Bökberg & Drevenhorn, 2010; Craftman, et al., 2012; Potter, et al., 2010; Socialstyrelsen, 2008). Hemsjukvården och övriga instanser har olika huvudmän. Detta faktum kan komplicera själva delegeringsförfarandet (SFS 1982:763). I och med att vi har olika huvudmän leder detta till att vi sitter på olika lokaler vilket i sin tur kan leda till svårigheter i kommunikationen och det dagliga teamarbetet.

Språkförbristning bidrar till och upplevs som ett problem. Om vård- och omsorgspersonalen alternativt sjuksköterskan pratar bristfällig svenska ökas risken för dålig kommunikation och därmed missförstånd i samband med medicinadministration (Craftman, et al., 2012). I USA beskrivs dessutom ett problem med skillnader i utbildning, inkomst och ibland även rastillhörighet mellan sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal (Standing & Anthony, 2008). Ett problem som säkert också kan påverka svenska förhållanden, med tanke på dagens mångkulturella samhälle.

Vårdplatserna inom slutenvården blir färre (Bökberg & Drevenhorn, 2010; Socialstyrelsen 2008) vilket måste ses som en del i att behovet av sjukvård i hemmet ökar (Bökberg & Drevenhorn, 2010). Å andra sidan berör Reinhardt, et al. (2006) att somliga inte heller bör bo kvar hemma med hjälp av hemtjänst, utan behöver flytta till en boendeform med andra

resurser när vårdbehovet ökar. Detta stämmer väl överens med att konsumenterna efterfrågar en mer hemlik och social miljö samtidigt som de har ett ökat vårdbehov, inkl. hjälp med medicinhantering, vilket ställer krav på sjuksköterskor och delegerad vård- och omsorgspersonal. Detta berör Reinhardt också i sin diskussion. Bökberg & Drevenhorn (2010) och Socialstyrelsen (2008) menar att kravet på kunskap inom hemsjukvården är stort då sjukdomspanoramata är breda och kräver ett tvärprofessionellt teamarbete för att uppnå maximal livskvalité för de enskilda. Som verksamma sjuksköterskor inom den kommunala vården är det tydligt att patienter skrivs ut från sjukhuset med ett kvarstående stort vårdbehov. När vården efter utskrivning är väl planerad och insatserna tydliga, kan vi vårda svårt sjuka och döende människor med värdighet och god kvalitet, till livets slut. Men det finns tillfällen när vården inte planeras väl, patienter skrivs hem i allt för dåligt skick utan att vårdcentralsläkaren övertagit ansvaret. Detta ställer oss sjuksköterskor under ett betydande ansvar för bedömning och adekvata åtgärder. Vissa patienter hamnar i ett mellanläge där slutenvården anser dem vara medicinskt färdigbehandlade men hemsjukvården anser dem för svårt sjuka och instabila för vård i hemmet. Detta resulterar i etiska dilemman samt risk för att patienter och anhöriga förlorar tillit för vårdapparaten.

Om den som fattat ett delegeringsbeslut lämnar sin befattning upphör beslutet att gälla och dennes efterträdare måste ta ställning till om beslutet fortfarande kan gälla (SOSFS 1997:14). Detta ställer sjuksköterskor under betydande krav och en uppgift som inte i dagens kommunala vård- och omsorg går att genomföra. Pondera att en sjuksköterska lämnar sin tjänst inom hemsjukvård och att samtliga delegeringar som hon har utfört slutar gälla. Hennes efterträdare kan omöjligt kontrollera kunskap, undervisa och ta ställning till all vård- och omsorgspersonal som omgående behöver förnyad delegering och samtidigt följa gällande lagar och författningar. Inte kan hon heller själv hantera arbetsmängden det skulle innebära att utföra dessa uppgifter själv. Intressant är också att sjuksköterskor, i den studie Craftman, et.al (2012) utfört, framför en osäkerhet hur delegering kommer att påverkas av det ökande antalet hemtjänstgrupper och över en ökad arbetsbörda om grupper av vård- och omsorgspersonal beslutar att neka ta emot delegering. Å andra sidan påtalas i samma studie att vård- och omsorgspersonal som inte accepterar en delegering, troligtvis inte kan arbeta inom den kommunala vården. En del sjuksköterskor upplever också att det är svårt att neka delegering. Den lagstadgade frivilligheten ifrågasätts därför starkt. Detta trots att socialstyrelsens författning (SOSFS 1997:14) anger att överlåtande av en arbetsuppgift inte får ske mot någons vilja. Frivilligheten upplevs av oss som verksamma sjuksköterskor bestå i att om vård- och omsorgspersonalen har accepterat en anställning inom kommunen har man också accepterat mottagande av delegeringar och det ansvar som följer detta.

Slutsats

Delegering till vård- och omsorgspersonal är en arbetsuppgift som för sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård ingår i arbetsbeskrivningen. Utan delegering skulle hon inte hinna med arbetsbördan. Sjuksköterskor är positiva till delegering men upplever dåligt stöd i gällande lagar och författningar och att delegering sätter sjuksköterskan under ett betydande ansvar och krav för bedömning, utbildning och förmåga av vård- och omsorgspersonal. Den kommunala vården måste säkerställa att sjuksköterskor ges möjlighet att utföra säkra delegeringar och att följa upp dessa, så att de motsvarar god och säker vård. Patientsäkerheten är av yttersta vikt. För att kunna uppfylla detta krav behöver sjuksköterskan tid för bedömningar av patienter, möjlighet att utföra tydliga vårdplaner, tid att utbilda och handleda vård- och omsorgspersonal samt en arbetsmiljö vilken stödjer förbättringsarbeten.

REFERENSER

Alcorn, J., & Topping, A. (2009). Registered nurses' attitudes towards the role of the healthcare assistant. *Nursing Standard*, 23(42), 39-45.

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. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. Ingår i E. Drevenhorn, (red.), *Hemsjukvård* (s. 91-107). Lund: Studentlitteratur.

Corazzini, K., Anderson, R., Rapp, C., Mueller, C., McConnell, E., & Lekan, D. (2010). Delegation in long-term care: scope of practice or job description?. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 15(2), 4. doi:10.3912/OJIN.Vol15No02Man04

Craftman, AG., von Strauss, E., Rudberg SL. & 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*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04262.x

Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.). (2009) *Omvårdnadens grunder – ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur

Friberg, F.(2006) Att göra en litteraturoversikt. Ingår i F. Friberg, (red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s115-124). Lund: Studentlitteratur.

Hellström, I., & Carlander, I. (2010). Närstående i hemsjukvård. Ingår i E. Drevenhorn, (red.), *Hemsjukvård* (s. 75 -90). Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, K., & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvård. Ingår i E. Drevenhorn, (red.), *Hemsjukvård* (s. 15-30). Lund: Studentlitteratur.

Kærnsted B, Bragadóttir H. Delegation of registered nurses revisited: attitudes towards delegation and preparedness to delegate effectively. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* [serial online]. March 2012;32(1):10-15. Available from: CINAHL, Ipswich, MA. Accessed September 18, 2012.

Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H., & Gillen, P. (2005). Nurses', midwives' and patients' perceptions of trained health care assistants. *Journal Of Advanced Nursing*, 50(4), 345-355. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03399.x

Nationalencyklopedin [NE]. (2012). *Autonomi*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/autonomi/120960>, hämtad 2012-12-09.

Nationalencyklopedin [NE]. (2012). *Delegering*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/delegering?type=THES>, hämtad 2012-10-28

Nationalencyklopedin [NE]. (2013). *Omvårdnad*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/omv%C3%A5rdnad>, hämtad 2013-01-11

Potter, P., Deshields, T., & Kuhrik, M. (2010). Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *Journal Of Nursing Management*, 18(2), 157-165. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01062.x

Reinhard, S., Young, H., Kane, R., & Quinn, W. (2006). Nurse delegation of medication administration for older adults in assisted living. *Nursing Outlook*, 54(2), 74-80.

Saccomano, S. J., & Pinto-Zipp, G. (2011). Registered nurse leadership style and confidence in delegation. *Journal Of Nursing Management*, 19(4), 522-533. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01189.x

SFS 1982:763 Uppdaterad t.o.m. SFS 2011:1576 *Hälso- och sjukvårdslag* Stockholm: Socialdepartementet Hämtad 12-09-24 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM>

SFS 2010:659 Ändring införd t.o.m. SFS 2012:310 *Patientsäkerhetslag* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 12-09-22 från [http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?\\$procent7BHTMLprocent7D=sfst_1st&\\$procent7BHTMLprocent7D=sfst_dok&\\$procent7BSNHTMLprocent7D=sfst_err&\\$procent7BBASEprocent7D=SFST&\\$procent7BTRIPSHOWprocent7D=format=THW&BET=2010:659](http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?$procent7BHTMLprocent7D=sfst_1st&$procent7BHTMLprocent7D=sfst_dok&$procent7BSNHTMLprocent7D=sfst_err&$procent7BBASEprocent7D=SFST&$procent7BTRIPSHOWprocent7D=format=THW&BET=2010:659)

SKL (2011) *Statistik om hälso- och sjukvårdsamt regional utveckling 2011 Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting Hämtad 2012-10-22 från http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc40239_1.pdf

Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer* Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12-10-28 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf

Socialstyrelsen (2009) *Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 2012-10-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen (2011a) *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka och äldre* Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 121028 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18534/2011-12-19.pdf>

Socialstyrelsen (2011b) *Tillsynsrapport 2011 Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. (s. 55-56) Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12-09-19 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18321/2011-5-4.pdf>

SOSFS 1997:14 *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. (Tredje tryckningen 2011) Stockholm: Socialstyrelsen [Electronic version] Hämtad 12-09-21 från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1997-14/Documents/1997_14.pdf

SOSFS 1997:10 *Socialstyrelsens allmänna råd; Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård* Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12-09-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1997-10>

SOSFS 2000:1 Ändring införd t.o.m. SOSFS 2012:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12-09-24 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

SOSFS 2009:6 Ändring införd t.o.m. SOSFS 2012:10 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12-09-30 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>

Standing, T., & Anthony, M. (2008). Delegation: what it means to acute care nurses. *Applied Nursing Research*, 21(1), 8-14

Svensk sjuksköterskeförening (2009) *Svensk sjuksköterskeförening om Omvårdnad och god vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening Hämtad 2013-01-09 från http://www.swenurse.se/PageFiles/5959/OM_Omvardnad.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2012) *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening Hämtad 2013-01-09 från <http://www.swenurse.se/PageFiles/8810/Vardegrund.2012.webb.pdf>

Wahlandt, A., Bjarsch, C., & Prell, H. *Apa – Lathunden En snabbguide till referensskrivning för Utbildningsvetenskapliga fakulteten* Hämtad: 12-10-24, från <http://www.ub.gu.se/skriva/referensstilar/Apa-lathunden.pdf>

White, M., Gutierrez, A., Davis, K., Olson, R., & McLaughlin, C. (2011). Delegation knowledge and practice among rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*, 36(1), 16-24.

Willman, A., & Stoltz, P. (2002) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk praktik* Lund: Studentlitteratur

BILAGA I – SÖKNING I DATABAS CINAHL

Datum	Sökord	Begränsn. (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
12-10-19	Delegation of authority; Nurses; Health Personnel, Unlicensed		234			
12-10-19	Delegation of authority; Nurses; Health Personnel, Unlicensed	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	14	8	4	4
12-10-19	Delegation; Nurses; Health Personnel, Unlicensed		248			
12-10-19	Delegation; Nurses; Health Personnel, Unlicensed	Peer Reviewed 2003-2012	63	16	6	5
12-10-19	Delegation; Nurses; Health Personnel, Unlicensed	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	16	9	5	5
12-10-19	Delegation; Nurses; Health Personnel, Unlicensed	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article All adult Middle aged: 45-64 years Aged: 65+ years	8	3	3	3
12-10-19	Delegation of authority; Nurses	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	63	13	9	9
12-10-19	Delegation of authority; Health Personnel, Unlicensed	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	16	8	4	4
12-10-20	Delegation of authority; Nurses; Home Health Aides	Peer Reviewed 2003-2012	2	2	2	0
12-10-20	Delegation; Nurses; Home Health Aides	Peer Reviewed 2003-2012	2	2	2	0
12-10-20	Delegation of authority; Municipal	Peer Reviewed 2003-2012	1	1	1	1

12-10-20	Delegation of authority; Municipal	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	1	1	1	1
12-10-20	Accountability; Delegation of authority; Nurses	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	5	2	1	1
12-10-20	Accountability; Delegation of authority; Nurses; Health Personnel, Unlicensed	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	2	1	0	0
12-10-20	Quality of care; Delegation of authority; Nurses	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	10	5	3	3
12-10-20	Quality of Health Care; Delegation of authority; Nurses	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	2	1		
12-10-22	Delegation of authority; Nurses; Assisted living	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	2	2	1	1
12-10-22	Delegation of authority; Nurses; Residential	Peer Reviewed 2003-2012 Research Article	2	1	1	1
12-10-22	Delegation of authority; Nurses; Residential Care	Peer Reviewed 2003-2012	3	1	1	0

BILAGA II – SÖKNING I DATABAS PUBMED

Datum	Sökord	Begränsn. (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
12-10-20	Delegation, Professional; Nurses	10 years	238			
12-10-20	Delegation, Professional; Nurses; Nurses' Aides	10 years	73	15	10	5
12-10-20	Delegation, Professional; Nurses; Municipal	10 years	2	1	1	1
12-10-20	Delegation; Nurses; Nurses' Aides	10 years	105			
12-10-20	Delegation; Nurses; Nurses' Aides; Municipal	10 years	1	1	1	1
12-10-20	Delegation; Nurses; Nurses' Aides; Quality of Health Care	10 years	65			
12-10-20	Delegation, Professional; Nurses; Home Health Aides	10 years	3	1	1	1
12-10-20	Delegation; Nurses Nurses' Aides; Geriatric Nursing	10 years	6	4	1	0
12-10-20	Delegation; Nurses; Home Health Aides; Geriatric Nursing	10 years	1	4	0	0
12-10-20	Delegation; Nurses; Home Health Aides	10 years	6	4	3	2
12-10-21	Delegation, Professional; Nurses' Aides	10 years	94			
12-10-21	Delegation, Professional; Nurses' Aides; Geriatric Nursing	10 years	6	4	1	0
12-10-22	Delegation; Home care service		24	3	2	1
12-10-22	Delegation, Professional; Home care service		8	2	1	1
12-10-22	Delegation, Professional; Health services for the aged		21	3	1	0
12-10-22	Delegation, Professional; Community Health Services		61			
12-10-22	Delegation, Professional; Community Health Services; Geriatric Nursing		2	2	0	0
12-10-22	Delegation, Professional; Nurses; Nurses' Aides; Geriatric Nursing	10 years	6	4	1	0
12-10-22	Delegation; Nurses; Nurses' Aides; Geriatric Nursing	10 years	6	4	1	0

BILAGA III – ARTIKELPRESENTATION

Artikel	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat
Alcorn & Topping (2009)	Kvantitativ studie	Att lyfta fram synsätten för sjuksköterskor, som arbetar på en kirurgisk akutvårdsavdelning, rörande ansvaret för sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal, speciellt i relation till delegering, utvecklande och ansvar.	219 sjuksköterskor anställda på kirurgiska akutvårdsavdelningar. Ett frågeformulär där de fick ange i vilken grad de håller med respektive inte håller med utifrån olika påstående i en sexgradig skala, utvecklades med 24 frågor kring temat delegering, utvecklandet av rollen för vård- och omsorgspersonal samt sjuksköterskornas ansvar som finns beskrivet i litteratur.	Rollerna mellan sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal skiljer sig åt. Sjuksköterskor är medvetna om att de har fortsatt ansvar för delegerad arbetsuppgift men anser att vård- och omsorgspersonalens roll bör bli reglerad och att de bör erhålla utbildning för att sedan hållas ansvariga för sina arbetsuppgifter. Utvecklande av vård- och omsorgspersonalens roll behöver stöttas i syfte att förbättra vårdkvaliteten, sjuksköterskor anser att de stöttar den enskilda vård- och omsorgspersonalen i denna utveckling.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): MEDEL, p.g.a. relativt stort bortfall i studien och inga signifikanta skillnader anges.				
Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson (2011)	Kvalitativ studie	Beskriva hur sjuksköterskor uppfattar delegering till vård- och omsorgspersonalen i den kommunala vården i Sverige.	Djupintervjuer med 12 sjuksköterskor ur en fenomenologisk infallsvinkel. Huvudfrågan var: Hur upplever du delegering till vård- och omsorgspersonal? Därefter ställs individuellt anpassade följdfrågor så som vad? hur? och varför? Frågorna var formulerade så att den fulla omfattningen av delegering inom kommunal hälso- och sjukvård blev diskuterad och beskriven under intervjun.	På grund av bristen på sjuksköterskor ses delegering som en förutsättning för en fungerande organisation. Sjuksköterskornas uppfattning av delegeringar inom kommunal vård har kategoriserats i tre huvudgrupper och totalt 14 undergrupper. Huvudgrupperna är sköterskornas fokus på deras egen arbetsituation, på vård- och omsorgspersonal och på patienter. Inom detta ryms beskrivningar som brist på kontroll, maktlöshet, oklarheter gällande ansvarsfördelningen, uppgivenhet, försök att skapa rättvisa, ifrågasättande av kompetens samt osäkerhet men också underlättande och lindrande, stimulering,

				möjligheter för mentorskap, användande av kompetens, ökad kontinuitet, snabbare behandling samt ökad säkerhet.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): BRA Svensk studie. Hög kvalitet.				
Corazzini, Anderson, Rapp, Mueller, McConnell & Lekan (2010)	Kvalitativ studie	Hur sjuksköterskor i ledande roll inom långvårdsavdelning delegerar vårduppgifter, inkluderat strategier och processer för delegeringen, såväl som deras upplevelse av hinder och möjligheter för delegering.	En beskrivande kvalitativ studie med 33 sjuksköterskor i chefsroll djupintervjuades med fyra öppna frågor; hur tänker du kring delegering på din enhet?; hur utförs delegering av vård på din enhet?; vilken effekt tror du att delegering av vård har på vårdkvaliteten?; tror du att delegering leder till sjuksköterskans kontroll över vården på sjukhem?	Resultatet inkluderar både strategier och processer vid delegering av vård samt sjuksköterskornas uppfattning om hinder och möjligheter för effektiv delegering. Sjuksköterskorna rapporterade två viktiga metoder för delegering: "följa arbetsbeskrivningen" samt "överväga omfattningen av arbetet". Utan delegering skulle sjuksköterskan inte hinna med sitt arbete. Kontroll av utförd uppgift sker via dokumentation men detta visar inte kvaliteten på den utförda arbetsuppgiften. Delegering främjar en positiv arbetsmiljö. Samarbete underlättar delegering och förbättrar teamarbete och ansvarstagande. Känslan av delaktighet i vårdrelaterade beslut ökar. Nästan alla sjuksköterskor upplevde samma hinder vid delegering men kunde beskriva fördelarna med delegering inom långtidsvård.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): BRA. Dock är problemformuleringen inte tydligt avgränsad och artikeln är i sin struktur något svårläst.				
Craftman, von Strauss, Rudberg & Westerbotn (2012)	Kvalitativ studie	Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att delegera administration av läkemedel till vård- och omsorgspersonal inom kommunal hälso- och	Strukturerad intervjustudie av 20 distriktssköterskor för att beskriva distriktssköterskornas uppfattning kring delegering av läkemedelsadministration utförd av vård- och omsorgspersonal.	Tre teman identifierades; organisation och riktlinjer; ansvarstagande och säkerhet; kunskap och utbildning. Sjuksköterskor har för lite tid att delegera säkert och att följa upp given delegering, vård- och omsorgspersonalen har för lite kunskap för delegerade uppgifter.

		sjukvård.		Sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal har inte personlig kännedom om varandra. Sjuksköterskorna har inte stöd kring ansvarsfrågorna vid delegering. Det upplevs naturligt att delegera läkemedel som ges i samband med mat m.m. Att sjuksköterskan är tillgänglig för vård- och omsorgspersonal ökar säkerheten. Bra kommunikation ger god delegering.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): BRA Svensk studie. Hög kvalitet.				
Kærnsted & Bragadóttir (2012)	Kvantitativ studie	Identifiera sjuksköterskors attityder till delegering, deras beredskap att delegera effektivt och att avgöra om attityder och beredskap är relaterad till ålder, erfarenhet, utbildning i delegering, arbetsbörda och arbetstillfredsställelse.	Frågeformulär riktat till alla 95 sjuksköterskor som arbetar i fem akutvårdsavdelningar på Universitetssjukhuset på Island, 71 personer svarade på ett det frågeformuläret, vilket innehöll omfattande flervalsfrågor gällande sjuksköterskors attityder kring delegering, förberedelsen, demografiska förhållanden, arbetsrelaterade variabler, arbetsbörda, arbetstillfredsställelse.	Resultatet indikerar att majoriteten av sjuksköterskorna har relativt positiva attityder till delegering. Dock finns det utrymme för förbättringar. Majoriteten känner sig otillfredsställda med att arbetsuppgifter inte blir utförda på korrekt sätt trots klara instruktioner. Sjuksköterskor anser att vård- och omsorgspersonal inte visar samma engagemang som sjuksköterskor. Sjuksköterskor upplever att de utför mycket tid på uppgifter som någon annan kan utföra. Vård- och omsorgspersonals färdigheter skulle kunna utnyttjas bättre med mer effektiv delegering. Sjuksköterskor är bekymrade över att betraktas som lata genom att uppgifter delegeras. Förtroende och teamarbete nödvändigt för delegering.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): BRA Tydlig och lättförståelig med tydlig avgränsning.				
Keeney, Hasson, McKenna & Gillen (2005)	Kvalitativ och kvantitativ studie	Syftet med studien var att undersöka vilken syn sjuksköterskor, barnmorskor	I studien utförd på Irland ingick 25 sjuksköterskor och barnmorskor samt sex nyförlösta kvinnor.	Studien visar att de svarande många gånger svarat med flera val och dessutom med motstridiga synpunkter. Det framkommer att kvinnor

		och patienter hade på delegerad och skolad vård- och omsorgspersonal	Sjuksköterskorna och barnmorskorna erhöll frågeformulär med 15 påstående tagna från litteraturen. De svarade sedan på en fem-gradig skala i vilken utsträckning de höll med i dessa påstående. Skalan sträckte sig från "håller med helt" till "håller inte med alls". Frågorna relaterade till personalens arbetsbörda, patientvård, arbetsrelationer delegering och undervisningsfrågor samt vård- och omsorgspersonalens kompetens. Intervjuer genomfördes med de nyförlösta kvinnorna. Intervjun innehöll öppna frågor bl.a. genom att efterfråga vilken roll vård- och omsorgspersonal har.	<p>som är nyförlösta inte har något emot vård av vård- och omsorgspersonal utan anser att de många gånger får snabbare hjälp av dem. Ett fåtal kvinnor ville inte ha hjälp med sjukvårdande uppgifter av vård- och omsorgspersonal, som t.ex. kontroll av stygn perinealt, utan fördrog en sjuksköterska eller barnmorska.</p> <p>Studien visar att vård- och omsorgspersonal var ett värdefullt tillskott genom att ta över icke professionella uppgifter. Det framkom även att vissa ansåg att utbildningen/delegeringsörfarandet av vård- och omsorgspersonal borde ligga på chefssjuksköterskan men samtidigt var det flera som inte ansåg att det var ett problem att utbilda vård- och omsorgspersonal.</p> <p>Det framkom att de flesta kände sig mer trygga när de visste att vård- och omsorgspersonal hade samma sorts utbildning</p>
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ och kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): MEDEL Fåtal inkluderade med tanke på den kvantitativa delen i studien.				
Potter, Deshields & Kuhrik (2010)	Kvalitativ studie	Att förstå sjuksköterskor och undersköterskors uppfattning angående delegeringar i praktiken på en onkologisk vårdavdelning	10 sjuksköterskor och 6 vård- och omsorgspersonal intervjuades i en semistrukturerad intervju i grupp. Varje grupp bestod av 2-3 personer, vård- och omsorgspersonal för sig och sjuksköterskor för sig. Intervjuerna spelades in på band. Intervjun startade med frågan: Hur startar du ditt arbetspass? Ingen definition av delegering gas till deltagarna utan de	<p>Studien lyfter fram kommunikationen mellan de båda arbetsgrupperna. Den beskriver fem rätt angående delegering; Rätt uppgift, rätt omständighet, rätt person, rätt information/kommunikation och rätt undervisning detta är fastställt av The national council of state boards of nursing (1995)</p> <p>Attityder mellan sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal diskuteras i studien och även att det behövs förståelse för varandras</p>

			fick själva beskriva vad det betydde för dem. Deltagarna ombads även att beskriva när delegering fungerade bra för dem samt när delegering inte fungerade väl för dem	arbetsuppgifter. Studien tar även upp svårigheten att vara ny alternativt ung sjuksköterska gentemot äldre erfaren vård- och omsorgspersonal som inte vill underlätta arbetsuppgifterna för sjuksköterskan.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): BRA Tydlig och lättförståelig med tydlig avgränsning.				
Reinhard, Young, Kane & Quinn (2006)	Kvalitativ studie	Syftet var att validera nuvarande policy i olika stater i USA som påverkar delegering och medicinadministration för äldre sjuka människor som har hemtjänst, dvs. Assisted living (AL) samt att utforska synpunkter och eventuella oro som "the state Boards of Nursing" (BON) hade gällande implementering av regelverk och lagar gällande sjuksköterskors delegering av medicinadministration.	Undersökning av "the state Boards of Nursing" (BON) gällande medicinhantering i hemtjänst (Assisted Living) för att återge en lägesrapport angående sjuksköterskors uppgift och nuvarande reglemente. Alla BON-befattningshavare kontaktades med ett brev för introduktion samt analys av de lagar och förordningar, som reglerar sjuksköterskor i den aktuella staten, samt provuppsättning av frågor. Intervjuer genomfördes därefter med en BON verkställande direktör eller utsedd tjänsteman ansvarig för sjukvård. Intervjuerna var designade att få bekräftelse på lagar och förordningar relaterat till sjuksköterskans delegering i varje stat, med fokus på hemtjänst och i vilken utsträckning BON tillåter delegering av medicinhantering till vård- och omsorgspersonal.	Nästan alla stater har lagar och författningar som stödjer att sjuksköterskor delegerar arbetsuppgifter till vård- och omsorgspersonal och de flesta tillät delegering i alla vårdformer. De flesta specificerade inte vilka uppgifter som får delegeras. Skillnader finns mellan olika staters regelverk. Vissa stater tillåter enbart handräckning, dvs. att ta ut medicin ur förpackningen, men inte själva administrationen av läkemedel. Utbildningen av vård- och omsorgspersonal för delegering varierar mycket och flera stater låter sjuksköterskorna avgöra vilken grad av utbildning och träning vård- och omsorgspersonal behöver men indikerar att regleringen av hemtjänst anger mer specifika utbildningskrav. Myndigheten som licensierar hemtjänst beslutar i vilken omfattning sjuksköterskan ska övervaka vård- och omsorgspersonal, ansvaret för delegeringen är sjuksköterskans. Omfattande handlingsutrymme ges till att delegera ADL-uppgifter men allt utöver dessa uppgifter tolkas som vårduppgifter vilka behöver sjuksköterskans

				omdöme och färdigheter.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): BRA men saknar etiskt resonemang.				
Saccomano & Pinto-Zipp (2011)	Kvantitativ studie	Att utforska och beskriva relationen mellan sjuksköterskans ledarroll, demografiska skillnader och tryggheten i att delegera på ett universitetssjukhus	158 sjuksköterskor valdes ut till studien 144 kvinnor och 14 män. Man använde ett kvantitativt mätinstrument Path-Goal Leadership Questionnaire (PGLQ) Studien bestod av 20 frågor som utvärderades med en 7-gradig skala där 1= aldrig och 7= alltid. De här 20 frågorna skulle få fram fyra ledartyper, och deras syn på delegering samt deras vilja att delegera.	Studien kunde inte påvisa en signifikant skillnad vad gällde självförtroende i delegerandet av omvårdnadsuppgifter till vård- och omsorgspersonal när sjuksköterskorna var grupperade i olika dominanta ledarroller. Vidare bröt forskarna ner huvudfrågorna i olika undergrupper gällande ålder och arbetslivserfarenhet för att försöka få en signifikant skillnad i ledarroller men inte heller detta gav någon direkt signifikans. Efter en tredje nedbrytning av ledarrollerna i låg medel och hög stödjande ledartyp kunde man urskilja en signifikans att de med en högt stödjande ledarroll kände sig mer självsäkra vad gällde delegering kontra sjuksköterskor med en låg stödjande ledarroll.
Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): MEDEL. Bortfall och bortfallsanalys är inte beskrivet samt saknar etiskt resonemang.				
Standing & Anthony (2008)	Kvalitativ studie	Att undersöka vad delegering innebär för sjuksköterskor när det gäller karaktär och betydelse vid delegering till vård- och omsorgspersonal.	Undersökning genom djupintervjuer gällande erfarenheten, hos 17 sjuksköterskor med kandidatexamen som lägsta utbildning, arbetande på akutvårdsavdelningar på ett undervisningssjukhus. Djupintervjuer utfördes för att undersöka karaktär av och betydelse av delegering till vård- och omsorgspersonal. Intervjuerna innehöll frågor så som "vad betyder delegering för dig?".	För sjuksköterskorna kännetecknas delegering som struktur och process. Förståelse för delegering inkluderar den personliga definitionen av delegering, förståelsen för ansvaret, vård- och omsorgspersonals förståelse, arbetsgivarens arbetsbeskrivning för vård- och omsorgspersonal samt personliga egenskaperna för sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Struktur inkluderar relationen vid delegering, dvs. attityder och perspektiv på sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal,

				<p>bekräftelse, tillit, följer av avvikelser, ömsesidighet samt relationen till vård- och omsorgspersonal. Kommunikation och relation beskrivs om det centrala och avgörande. Betydelsen av delegering innebär en meningsfullhet som kännetecknas av resultatet för sjuksköterskan och slutligen för patienten. Det framkom också att sjuksköterskor känner frustration över att vård- och omsorgspersonal inte hålls ytterst ansvariga för sin handling då de är delegerade.</p>
<p>Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): BRA Tydlig och lättförståelig med tydlig avgränsning.</p>				
<p>White, Gutierrez, Davis, Olson & McLaughlin (2011)</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Undersökning i syfte att fastställa sjuksköterskors praxis och kunskap om delegeringar till vård- och omsorgspersonal.</p>	<p>Forskningskommittén för "The Association of Rehabilitation Nurses" (ARN) i Texas, USA, utvecklade en enkät för beskrivande statistik. Frågorna sökte avgöra om erfarenhet, certifiering och utbildning ökade sjuksköterskans praxis och kunskap om delegering. Giltigheten har fastställts genom expertgranskning. Enkäten provades på flera ARN-medlemmar med varierande nivå av specialistområden vilket resulterade i justeringar av den slutgiltiga enkäten. E-mailadresser efterfrågades hos den nationella styrelsen för ARN, för samtliga medlemmar i Texas. Presumptiva deltagare erhöll ett brev angående studien. 243 personer sändes en</p>	<p>Kunskap om delegering kan inte nödvändigtvis översättas till praktik, särskilt inte om man bedömer specifika uppgifter som utförs av sjuksköterskor. Sjuksköterskor har ingen klar kunskap om vilka uppgifter som kan och inte kan delegeras och påvisar att det finns ett glapp mellan praxis och kunskap för riktlinjer gällande delegering. Vissa arbetsuppgifter, vilka får delegeras, delegeras inte till vård- och omsorgspersonal. Studien stödjer behovet av fortsatt forskning inom området.</p>

			webbenkät varav 73 svarade (=32,4procent). Forskningsteamet bedömde resultatet för att avgöra signifikanser mellan grupper.	
<p>Bedömning av kvaliteten, enligt bedömningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, enligt Willman & Stoltz (2002): MEDEL Resultatet är inte generaliserbart. Stort bortfall. Författarna har inte kunnat få fram var sjuksköterskorna tjänstgör, dvs. inom sluten- eller öppenvård i samband med analys av data. Inga signifikanta likheter eller skillnader anges.</p>				