

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.: 19/3077-

Vår ref: HSAK201900459

Dato: 27.09.2019

Høring – Innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie

Vi viser til departementets høringsbrev av 3. juli 2019.

Departementet har sendt på høring et forslag om innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie (heretter AKS) rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

Forslaget har vært til intern høring i Legeforeningen. Høringsuttalelsen er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Innføringen av spesialistutdanning henger sammen med forslaget til *forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie*, som Kunnskapsdepartementet sendte på høring tidligere i år. Vi vil derfor i vårt høringssvar både kommentere spørsmål knyttet til forslaget til forskrift om masterutdanning og til forslaget om å innføre spesialistgodkjenning.

Legeforeningen støtter opprettelse av masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie

Legeforeningen er i utgangspunktet positiv til opprettelse av nasjonal masterutdanning for sykepleiere i AKS.

Pasientbehandling er lagspill. Alle pasientforløp forutsetter at helsepersonellet samarbeider godt. Alle helseprofesjonene har en verdifull og viktig kompetanse i pasientbehandlingen. Legeforeningen ønsker et bedre samarbeid i hele kommunehelsetjenesten, og ønsker økt kompetanse hos sykepleiere i kommunehelsetjenesten velkommen. Vi ser mange muligheter for samarbeid og felles videreutvikling av et helhetlig tverrfaglig helsetilbud.

Norge har en velutviklet primærhelsetjeneste med god geografisk spredning og høy kompetanse. Mange ulike faggrupper utgjør grunnstammen i førstelinjetjenesten. Klar rolle- og ansvarsfordeling er ikke bare nødvendig, men avgjørende for å gi et helhetlig og sammenhengende tilbud. En masterutdanning for sykepleiere som gir økt sykepleiefaglig bredde- koordinerings- og samhandlingskompetanse vil kunne styrke dette fundamentet, forutsatt at innholdet i utdanningen er tilpasset behovene i helsetjenesten. Slike sykepleiere vil være særlig velkommen inn i team med leger, helsesekretærer og annet helsepersonell på fastlegekontorene (i og utenfor primærhelseteam).

Kompetanseheving av sykepleiere som er godt tilpasset oppgavene i kommunehelsetjenesten vil kunne øke kvaliteten på helsetjenesten, spesielt for kronisk syke og pasienter med store og sammensatte behov. Sykepleierne kan for eksempel dekke større deler av opplæring og veiledning av pasienter og pårørende, vurdere pasientens tilstand og avdekke om det er behov for vurdering av en lege.

Fastlegeordningen i Norge er organisert slik at hver fastlege har personlig ansvar for å yte allmennmedisinske tjenester til pasientene på sin liste, og at alle innbyggere har krav på å stå på en

fastlegeliste. Fastlegene i Norge har også en definert portnerfunksjon til andre offentlige helsetjenester, til forskjell fra de fleste andre land. Fastleger samarbeider nært med sykepleiere og andre fagfolk i pleie- og omsorgstjenesten, kommunal rus- og psykiatritjeneste, rehabiliteringstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og i svangerskaps- og barselomsorgen.

Godt samarbeid er basert på klar rolle-, oppgave- og ansvarsfordeling, god dialog og velfungerende elektronisk kommunikasjon. Gjennom fastlegen får pasientene medisinsk utredning, behandling og oppfølging gjennom hele livet. Mange pasienter har i tillegg behov for andre helse-, sosial- og omsorgstjenester, f.eks. fysioterapi, pleie, oppfølging fra psykiatri/rustjeneste, familiesenter, NAV, osv.

Et helhetlig primærhelsetilbud består derfor av mange profesjoner med ulike roller og ansvarsoppgaver. Fastleger, sykehjemsleger og helsestasjonsleger har det medisinske fagansvaret, sykepleiere har det sykepleiefaglige ansvaret, fysioterapeuter står for fysikalsk behandling osv.

Som regel er oppgaver og ansvar klart fordelt og profesjonene utfyller hverandre. Tjenesteutvikling og innovasjon medfører kontinuerlig endringer i oppgaver og ansvar mellom faggruppene. Noen ganger kan oppgavegrensene bli utydelige. Så lenge dialogen mellom fagfolkene er god, og oppgaveoverlappingen kun gjelder små områder, kan dette gi dette en hensiktsmessig og forsvarlig fleksibilitet overfor pasientene. Dersom overlappingen i oppgaver og ansvar blir for stor kan det føre til ansvarspulverisering, overbehandling, dårlig ressursutnyttelse, dårligere kvalitet og redusert pasientsikkerhet.

Manglende rolleavklaring

Legeforeningen finner det oppsiktsvekkende at departementet introduserer en ny rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten uten å beskrive tydelig hva den nye rollen skal være, og uten å foreta en nærmere avgrensning av ansvaret og oppgaver opp mot leger og andre aktører i helsetjenesten.

Hva som vil være de nye sykepleiernes rolle ved endt utdanning er uklart beskrevet i forskriften om masterutdanningen. Grensene opp mot legers utdanning og rolle er ikke nevnt i høringsnotatene eller bakgrunnsdokumentene. Dette er også noe som er trukket fram i høringsuttalelsene til Helsedirektoratet og flere av utdanningsinstitusjonene som utdanner sykepleiere på bachelor- og masternivå i dag, som Universitetet i Tromsø. Beskrivelsen av oppgavene som en spesialist i AKS skal kunne beherske er nærmest grenseløs og gir inntrykk av at sykepleieren alene skal kunne tilby et helhetlig primærhelsetilbud. Det er det ingen av profesjonene som kan. Det er nødvendig med en tydeligere beskrivelse av hvordan denne sykepleierspesialiteten skal utfylle og forsterke primærhelsetjenesten i samarbeid med andre profesjoner. Spesielt gjelder dette samarbeidet med fastlegene. Roller, ansvar og samhandling med leger og annet helsepersonell må være en sentral del av utdanningen.

Det er særlig uklart om denne gruppen sykepleiere er ment å ha et selvstendig behandlingsansvar på medisinske spørsmål som i dag ligger hos allmennlegene. Beskrivelsen av målene for læringsutbytte for masterutdanningen i forskriften om masterutdanningen kan tyde på det. Kapittel 2 i forskriften, som regulerer læringsutbytte for kompetanseområdet klinisk vurderings-, handling- og beslutningskompetanse, beskriver kompetanseområder og arbeidsoppgaver som langt på vei er sammenfallende med det fastlegene gjør i dag. Vi legger til grunn at det ikke er ment at den nye gruppen skal ha et selvstendig ansvar for å diagnostisere og behandle medisinske tilstander. Dette ville bryte med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven.

Etter vår vurdering er to års masterutdanning på heltid for sykepleiere ikke nok til å oppnå de svært ambisiøse læringsmålene som er beskrevet i forslag til forskriften som regulerer innholdet i utdanningen. Dette er oppgaver som langt på vei krever medisinsk utdanning, i tillegg til praksis og kontinuerlig etterutdanning. Diagnostisering av sykdommer, utredning og behandling av uavklarte tilstander er en oppgave som skal og bør utføres av leger.

Etter vår vurdering kan det ikke være opp til den enkelte kommune å bestemme hvilke oppgaver, ansvar og roller en sykepleier med masterutdanning i AKS skal ha. Selv om helsepersonellovens regler setter rammer for helsepersonellens utøvelse av yrket, vil uklarheten om grensene for sykepleiernes selvstendige beslutningskompetanse i medisinske spørsmål kunne skape unødvendig uklarhet i krevende beslutningsprosesser der sykepleiere, leger og andre typer helsepersonell samarbeider.

Departementet må gjøre det klart hva som vil være de nye sykepleiernes rolle og ansvar etter endt utdanning, herunder foreta tydelige avgrensinger mot andre tilgrensende fagutdanninger.

Vi forventer at videre arbeid med masterutdanningen og innholdet i sykepleierspesialiteten skjer i nært samarbeid med andre faggrupper der hvor grensesnittet mot andre profesjoner berøres, spesielt de allmennmedisinske miljøene.

Forskning og erfaring fra andre land med "nurse practitioners"

Det er svært viktig at innføringen av masterutdanningen og spesialistgodkjenningen ikke fører til en utvikling der sykepleiere erstatter fastlegene i kommuner det er vanskelig å rekruttere leger til. Dette vil i så fall redusere graden av likeverdige helsetjenester i landet. Man trenger ikke å gå lenger enn til Sverige, der sykepleiere har erstattet leger i mange distriktskommuner. Vi viser her til høringsvaret til Norsk senter for distriktsmedisin om forslaget til forskriften om masterutdanning.

Forslaget henviser til definisjonen av en avansert klinisk sykepleier i International Council of Nurses (ICN):

«En autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og / eller autorisasjonskrav i det aktuelle land».

Legeforeningen er enig i at det er viktig å innhente erfaringer fra andre land når man ønsker å utvikle sykepleierfaget i møte med fremtiden, men erfaringene må forstås i de sosioøkonomiske og samfunnsmessige kontekster de er blitt til i. Det er ingen selvfølge at de lar seg importere direkte inn i en norsk virkelighet.

Utgangspunktet for bruk av "nurse practitioners" i mange land er en økende organisatorisk fragmentering av primærhelsetjenestene, som henger sammen med økt differensiering og kompleksitet i helsetjenesten generelt, og en lengre periode med liberalisering i etablering av nye tjenester i flere land. Trenden i tiltakene er organisasjonsmodeller og finansielle grep som skal bidra til å knytte tjenestene tettere sammen, gjerne i større organisasjoner, kooperativer eller partnerskap, som muliggjør utvidelse av bemanning og profesjonalisering av både administrativ og faglig ledelse (1).

Etableringen av fastlegeordningen har resultert i høy pasienttilfredshet, men sentrale myndigheter har siden gjort lite for å utvikle ordningen videre. Få kommuner har utnyttet potensialet i avtalesystemet til å involvere og integrere fastlegene med de øvrige kommunale primærhelsetjenestene, utover det som er minimumsløsninger.

På side 37 i Meld. St. 26 (2014-2015) "Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet" kan leses: *"USA er det landet som i lengst tid har brukt sykepleiere i slike roller. Der har «nurse practitioners» rett til selvstendig praksis på linje med legene"*. "På linje med" er en fremstilling som er til å misforstå.

Det finnes områder i USA der det har vært omtrent umulig å rekruttere leger. Der har sykepleiere arbeidet alene i noen tilfeller, særlig i områder dominert av fattige befolkninger uten private helseforsikringer.

Oppretting av tjenester som i stor grad har vært basert på profesjonsutdanninger og ikke på brukernes behov for samordning, har vært en vesentlig årsak til den fragmenteringen som har utviklet seg i primærhelsetjenesten. Dette har kommet mest til syne i land som har lagt til rette for konkurranseutsetting av tjenester som har vært knyttet til en enkelt utdanning. Patient Centered Medical Home (PCMH) modellen, som man satser på i USA, har til hensikt å knytte tjenestene tettere sammen.

Interessant er det også at NHS England, som de siste årene har gjennomført en radikal liberalisering, opplever at fragmenteringen i primærhelsetjenesten har gått for langt og har introdusert House of care modellen (2). I stort ligner modellen på hvordan legekantorene var før tusenårsskiftet.

Legeforeningen vil derfor påpeke at de landene som det er relevant å sammenligne seg med nå forsøker å forankre utvikling av tettere og bedre samarbeid i utvikling av legekantorene. Dette er basert på en erkjennelse av at oppretting av nye virksomheter basert på fremvekst av nye utdanninger eller spesialisering av eksisterende utdanninger vil representere en videreføring og økning av den fragmenteringen i primærhelsetjenesten som man allerede sliter med.

Det er i dette perspektivet at Legeforeningen i 2015 påpekte at Primærhelsemeldingens ulike budskap om selvstendige sykepleierdrevne virksomheter allerede var blitt umoderne i land som hadde forsøkt dette. Det er av samme grunner vi nå med bekymring leser at man i læringsmålene for AKS fortsatt synes å legge opp til en type fragmentering som allerede er forsøkt – og nå forsøkes avvirket – i andre land.

Det finnes flere studier som har undersøkt om, og i tilfelle hvilke, effekter det kan ha, at sykepleiere utfører noen av de samme oppgavene som vanligvis har vært allmennlegenes ansvar. Følgende roller eller oppgaver er blitt systematisk undersøkt (3,4-8):

- Sykepleier med ansvar for uselektert førstekontakt og oppfølging av pasientene ved legekantor
- Sykepleier som uselektert førstekontakt ved pasientoppmøte på vakt utenom kontortid
- Sykepleier med ansvar for oppfølging av utvalgte kroniske sykdommer

Den vanligste konklusjonen har vært at man ikke finner noen forskjell når sykepleier og allmennlege sammenlignes. De fleste studiene omfatter sykepleiere knyttet til praksiser eller helsesentre, og som ikke representerer egne selvstendige sykepleierpraksiser. Det er likevel viktig å påpeke noen vesentlige svakheter som gjelder studiene med sykepleiere i rollen som førstekontakt. De har vært relativt små og gått over kort tid. Det som kjennetegner for eksempel vaktarbeid i primærhelsetjenesten er høy forekomst av forbigående ufarlige infeksjonssykdommer. En sentral oppgave er å plukke ut de sjeldne og alvorlige sykdomstilfellene blant voksne og barn med feber og påvirket allmenntilstand. Forekomsten per år er f.eks. to personer med hjernehinnebetennelse (meningitt), og fem med "kjøttetende" bakterier per 100 000 voksne og barn, og blant barn under 14 år omlag fire med akutt blodcellekraft per 100 000.

Den lave forekomsten av alvorlige sykdommer er ikke omtalt i undersøkelsene, og ingen av de identifiserte studiene på dette området har beregnet en statistisk styrke til å teste om det er forskjell mellom legens og sykepleierens evne til å forstå om pasienten feiler alvorlige, sjeldne tilstander. Dette kritiske elementet for pasientsikkerhet i de akutte og alvorlige forløpene er i realiteten ikke undersøkt slik Legeforeningen vurderer litteraturen.

Legeforeningen vil hevde at det, med bakgrunn i svært ulik utdanning, er vesentlig forskjell mellom en allmennleges og en sykepleiers kompetanse til å fange opp de sjeldne, alvorlige sykdommene, selv om sykepleieren har avansert klinisk utdanning. Skal en sykepleier være i rollen som førstekontakt med pasientene, må det derfor foreligge et tett samarbeid mellom lege og sykepleier, slik det også har vært i de fleste undersøkelser (3,7).

Når det gjelder sykepleieroppfølging av pasienter med utvalgte kroniske sykdommer, er også flertallet av disse studiene små og av kort varighet (6). Mange av studiene måler gjennomføring av prosesser basert på faglige retningslinjer for enkeltsykdommer, og flere konkluderer med at sykepleiere i større grad følger retningslinjene. Det er nok riktig og ikke uventet, men et viktig forhold er utelatt. Det store flertallet av pasienter med kronisk sykdom i allmennpraksis har multisykdom. Dette gjelder 2/3 av pasientene over 65 år.

Fare for interaksjoner mellom legemidler er velkjent, og det finnes også god beslutningstøtte som gjør det enkelt å bli oppmerksom på disse. Men multisykdom betyr også interaksjon mellom sykdommer og mellom flere samtidige sykdommer og legemidler. Følger man slavisk retningslinjene for hver enkelt diagnose, fører det ofte til polyfarmasi, økt forekomst av uheldige kombinasjoner og i sum også en betydelig behandlingsbyrde og redusert livskvalitet i tillegg til sykdomsbyrden (9,10).

Pasienter med multisykdom representerer fra et medisinsk ståsted noe av det mest kompliserte og utfordrende å håndtere riktig. Flertallet av de utilsiktede skadene og dødsfallene i helsetjenesten kommer fra denne gruppen. Antallet utilsiktede hendelser øker også betydelig med antallet aktører som forskriver legemidler til hver enkelt pasient (11). En hovedgrunn til at allmennlegene ikke følger retningslinjer for enkeltsykdommer slavisk, skyldes trolig at de foretar en helhetsvurdering av risiko og behandlingsbyrde opp mot hva som kan gagne den enkelte pasienten totalt sett.

Det finnes noe forskning på kvaliteten i henvisninger fra henholdsvis allmennleger og sykepleiere. Det er vist tydelig kvalitetsforskjell på utforming av problemstilling, informasjonsinnhold, undersøkelser og behandling foretatt før henvisningen og færre henvisninger vurdert som "unødvendige" når allmennlege har skrevet henvisningen (12).

Lønnsdifferansen ved å erstatte lege med sykepleier gir i utgangpunktet en utgiftsreduksjon, men blir i praksis helt eller delvis spist opp av at sykepleiere bruker mer tid under konsultasjoner, kontrollerer oftere og i noen tilfeller også tar flere prøver (3). Når sykepleiere blir satt til å utvide tjenestetilbudet som f.eks. utføre hjemmebesøk og lære opp pasienter, viser undersøkelser at utgiftene på legeskontor øker. Da har man imidlertid ikke tatt med i beregningene at for eksempel behovet for pleie- og omsorgstjenester muligens kan utsettes eller at det kan bli færre innleggelser i sykehus som omtalt over. Slike forhold er imidlertid ikke belyst i relevant forskning. Legeforeningen ser imidlertid frem til å få slike avklaringer gjennom evaluering av primærhelseteampiloten

Innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie

Departementet begrunner innføringen av en spesialistgodkjenning med at dette er en viktig utdanning å ta, og at det skal virke rekrutterende og statushevende.

Legeforeningen er svært kritisk til å innføre spesialistbegrepet knyttet til en mastergrad og vil påpeke at dette bryter med prinsippene bak profesjonslovgivningen på helseområdet hittil.

Det gis i dag i kun offentlig spesialistgodkjenning til leger og tannleger. Spesialistutdanningen for leger og tannleger er et omfattende strukturert utdanningsløp der målet er å kvalifisere vedkommende til en nærmere definert rolle. Spesialister i allmennmedisin har minst tolv år med omfattende teoretisk skoleing og praktisk trening i bred utrednings- og beslutningskompetanse, og forberedes målrettet til det å være den siste i beslutningsrekken for medisinske avgjørelser. I tillegg må spesialister i allmennmedisin resertifiseres hvert femte år gjennom et omfattende etterutdanningsprogram for å vedlikeholde spesialiteten.

Med innføring av en spesialitet i sykepleierfaget vil omfanget av spesialistutdanningen bli mindre omfattende enn det som har vært vanlig for å oppnå en spesialisttittel. En spesialist i AKS vil baseres på grunnutdanning i tre år og masterutdanning i to år, og er ikke på noen måte "analog til legenes spesialisering i allmennmedisin", som det står i høringsnotatet. Legeforeningen stiller også spørsmål ved begrunnelsen for å innføre spesialistgodkjenning til sykepleierne som fullfører master. At spesialistgodkjenningen skal virke rekrutterende og statushevende er ikke en tilstrekkelig begrunnelse for å bryte med prinsippene bak dagens spesialistregulering. Myndighetene bør bruke andre virkemidler hvis de ønsker å rekruttere sykepleiere til masterutdanningen.

Uklarheten rundt hvilken rolle det er ment at de nye sykepleierne skal ha når de er ferdig utdannet, og hva som skiller den fra for allmennlegenes er ytterligere et motargument mot bruk av spesialistbegrepet. Det vil etter vår vurdering ikke gi pasientene, samarbeidende personell mv. den nødvendige sikkerhet og forutsigbarhet for at de som har tittelen "spesialist" har bestemte kvalifikasjoner. Vi er derfor kritiske til innføring av spesialistgodkjenning slik innholdet i masterutdanningen er beskrevet i forslaget som foreligger.

Involvering av fagmiljøene og forskning

Vi ber om at den nærmere avgrensningen av ansvaret og oppgaver opp mot leger og andre aktører i helsetjenesten gjøres i samarbeid med de tilgrensende fagmiljøene.

Legeforeningen ser det også som ønskelig med følgeforskning på utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og vil oppfordre de allmennmedisinske og sykepleiefaglige forskningsmiljøene til samarbeid om prosjekter.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Kari Jussie Lønning
fagdirektør/lege

Espen Slettmyr
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Litteratur:

1. Smith J, Holder H, Edwards N, Maybin J, Parker H, Rosen R, et al. Securing the future of general practice: new models of primary care. London: Nuffield Trust; 2013. Available from: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/securing-future-general-practice>.
2. Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions. Building the house of care. London: The King's Fund; 2013. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf.
3. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. Paris: OECD Working Papers; 2010. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en.
4. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005(2):CD001271. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846614>.
5. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002 Apr 6;324(7341):819-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11934775>.
6. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. Human Resources for Health. 2015;13:55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493821/>.
7. Fabrellas N, Sanchez C, Juve E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. BMC family practice. 2013;14:61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23679821>.
8. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2009 Feb;65(2):391-401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19191937>.
9. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2005 August 10, 2005;294(6):716-24. Available from: <http://jama.ama-assn.org/content/294/6/716.abstract>.
10. Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. BMJ. 2014;349:g6680. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25385748>.
11. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health affairs. 2005 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W5-509-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269444>.
12. Lohr RH, West CP, Beliveau M, Daniels PR, Nyman MA, Mundell WC, et al. Comparison of the quality of patient referrals from physicians, physician assistants, and nurse practitioners. Mayo Clin Proc. 2013 Nov;88(11):1266-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24119364>.