

Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA

Michael 2013; 10: 350–6.

I USA er Nurse Practitioner en spesialutdannet sykepleier som har en utvidet og selvstendig rolle i arbeidet med diagnose og behandling av pasienter. Det er en yrkesgruppe som finnes også i andre land, og det kan være aktuelt å vurdere om den vil kunne være et nyttig tilskudd til det norske helsevesenet, blant annet på grunn av det økende kapasitetspress på primærlegene.

Bakgrunn

I deler av 2012 hadde jeg et forskningsopphold ved Kansas University Medical Center School of Nursing, Kansas City, KS for å få innsikt i yrkesrollen *Family Nurse Practitioner*, inkludert deres utdanning og arbeidsoppgaver, samt for å kunne reflektere over hvorvidt denne yrkesrollen ville utgjøre et aktuelt tilskudd til norsk primærhelsetjeneste.

Kapasitetsproblemer i norsk primærhelsetjeneste

Befolkningens bruk av legetjenester øker (1). Samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften har målsetninger om økt fokus på forebygging og sykdomsoppfølging (2-3), noe som sannsynligvis vil medføre ytterligere økning i antall konsultasjoner i primærhelsetjenesten. Wesnes og medarbeidere uttrykte våren 2012 at fastlegeordningen trenger flere leger og det er behov for bedre rekrutteringstiltak i primærhelsetjenesten (4).

Et av alternativene for å avhjelpe kapasitetspresset er å benytte seg av spesialutdannede sykepleiere, *Nurse Practitioners* eller *Advanced Practice Nurses*, til legeoppgaver i primærhelsetjenesten. En tilsvarende yrkesgruppe på mellomnivå har eksistert i mange år i land som USA, Storbritannia, Australia, New Zealand og Canada, og det estimeres at omkring 70 land på verdensbasis har eller er i ferd med å etablere denne yrkesrollen (5). I Norge er jordmødre, helsesøstre og psykiatriske sykepleiere eksempler på

bruk av spesialutdannede sykepleiere som utfører individrettede konsultasjoner i primærhelsetjenesten.

Hva er en *Nurse Practitioner*?

En av utfordringene med å forstå yrkesrollen *Nurse Practitioner* er begrepsforvirringen relatert til rollen, da begrepene *Advanced Practice Nurse* (APN) og *Nurse Practitioner* (NP) til dels brukes om hverandre i litteraturen.

International Council of Nurses definerer APN som en autorisert sykepleier med kunnskapsgrunnlag, beslutningsevner og klinisk kompetanse til utvidet praksis. Typen praksis avhenger av situasjon og land der personen praktiserer. De anbefaler mastergrad som inngangsnivå for tittelen (6).

I USA brukes begrepet *Nurse Practitioner* vanligvis om en APN som arbeider selvstendig eller sammen med en lege med direkte klinisk arbeid som anamnese, undersøkelse, diagnose og behandling, samt forskrivning av medikamenter og henvisning til spesialistvurdering.

Det finnes flere ulike undergrupper av *Nurse Practitioners*. Fokuset i denne artikkelen er på *Family Nurse Practitioners*, som vanligvis arbeider sammen med eller tilsvarende en allmennlege. *Family Nurse Practitioners* kan praktisere helt selvstendig i 16 amerikanske stater. En del stater krever at en NP har samarbeidsavtale med lege i forbindelse med forskrivning av legemidler, mens de øvrige statene krever et tettere samarbeid (7).

Personlige opplevelser og refleksjoner

Under oppholdet mitt ved KUMC School of Nursing fikk jeg anledning til å delta som observatør i det kliniske arbeidet til enkelte *Nurse Practitioners* ansatt ved universitetet. Som allmennleger i primærhelsetjenesten i Norge arbeidet de i flere ulike settinger med varierende pasientpopulasjoner.

Kansas University Family Medicine Clinic (KUMC) hadde mange likhetstrekk med norsk allmennpraksis, om enn i mye større omfang.

En tydelig praktisk forskjell fra normen ved fastlegekontor i Norge var at leger og NPs ikke gjennomførte konsultasjoner på eget kontor. Klinikken hadde i stedet en rekke konsultasjonsrom der pasienten ble tatt imot av sykepleier som noterte de nødvendige vitale data og hovedårsaken for besøket, samt sørget for at pasienten var avkledd dersom det var relevant for undersøkelsen før NP eller lege kom inn. Dette sparte selvsagt noe tid for behandleren, men iblant fikk jeg følelsen av at det var utfordrende for pasienten å være helt komfortabel i anamnesedelen av konsultasjonen når hun var ferdig avkledd til både gynekologisk undersøkelse og brystundersøkelse, og kun tildekket av en papirkjortel gjennom hele samtalen. I tillegg

ble en del av innspart tid tapt ved at behandleren måtte logge seg på data-systemet i hvert rom, og i tillegg ofte valgte å gå til arbeidsstasjon i et kontorrom for å fullføre notater etter konsultasjonen, og dermed hadde enda en påloggingsprosess.

Den NP jeg fulgte, hadde en pasientliste med hovedsakelig helsekontroller og oppfølging av kjente tilstander. Øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner ble likevel tilbudt på klinikken alle dager, men ble håndtert av andre behandlere enn den NP jeg hospiterte med.

Medisinsk sett var konsultasjonen mellom pasient og NP ganske lik det man ville forvente hos en norsk allmennlege. Det ble benyttet elektronisk pasientjournal og elektronisk reseptløsning. Pasientpopulasjonen var variert i både alder og etnisitet, men det var få barn under 18 år, fordi det i USA er vanlig at barnas primærhelsetilbud ivaretas på egne pediatrike legekontor. NP hadde selvstendige konsultasjoner, men i tett samarbeid med lege, og denne legen kom innom i de fleste konsultasjonene for å hilse på pasienten, være tilgjengelig for spørsmål, og noen ganger gjøre deler av den kliniske undersøkelsen. Denne formen for uformell supervisjon var behagelig, men medførte i en del tilfeller at deler av pasientkonsultasjonen ble gjort dobbelt. Generelt var flere av konsultasjonene relativt lange i varighet, oftest over 30 min. Det var uttalt fokus på forebygging, med gjennomgang av status for vaksinasjoner og aktuelle screeningundersøkelser som mammografi og kolonoskopi.

En betydelig forskjell fra norsk allmennpraksis oppsto når pasientene ved denne klinikken ble innlagt i sykehus. Klinikken beholdt nemlig deler av behandleransvaret, og gikk selv visitttrunde hos de innlagte pasientene. De samarbeidet om pasientbehandlingen med sykehuslegene på den aktuelle avdelingen, og de kunne bestille tilsyn fra andre avdelinger. Ansvar for å gå visitt på sykehuset ble fordelt mellom leger og Nurse Practitioners på klinikken i en vaktturnus. Dessverre ble det ikke anledning for meg å delta på en slik visitttrunde, men konseptet virket spennende, og behandlerne jeg snakket med, poengterte at det var lærerikt og gjorde det enklere å videreføre behandlingsopplegg etter sykehusopphold. Ulike klinikker har ulik praksis på dette området, og det er heller ikke uvanlig med ordninger tilsvarende i Norge, der sykehuslegene har ansvaret for pasienten når denne er innlagt.

Community Living Opportunities Wellness Clinic, Lenexa, KS

er et helsetilbud til pasienter med varierende grader av psykisk utviklingshemming. De fleste pasientene bor i ulike former for bofellesskap og gruppeboliger med hjelp fra ofte ufaglærte assistenter, mens noen av de med mer

omfattende hjelpebehov bor i døgninstitusjon med helsepersonell. Klinikken var bemannet av to Family Nurse Practitioners og hjelpepersonell. I tillegg var det legestudent og NP-student til stede ved konsultasjonene. Klinikken hadde samarbeidende lege som var tilgjengelig på telefon ved behov, men som aldri selv var til stede. Medisinsk sett var konsultasjonene som annet allmennlegearbeid med fokus på en bestemt problemstilling brakt frem av pasienten eller personale fra pasientens bolig. Begge Nurse Practitioners så alle pasientene sammen, og dannet et team sammen med studentene der man delte på anamneseopptak og undersøkelse, før man diskuterte og kom frem til behandlingsstrategi i samarbeid. De tok seg god tid til pasientene og viste mye omsorg. Klinikken fremsto som en glimrende læringsarena for studentene som var til stede, da de fikk mulighet til å trene på anamnese og kliniske undersøkelser og diskutere de ulike kasusene i teamet etterpå. Arbeidsmetoden var sosial og nyttig i situasjoner der det var tvil om vurderinger, men samtidig kunne nok samme jobb blitt utført av én person, og dermed fremsto ordningen som noe ineffektiv.

Silver City Health Center, Kansas City, KS er en såkalt «safety net clinic» som gir tilbud om primærhelsetjeneste til vanskeligstilte mennesker som mangler forsikring eller har begrensede statlige eller private helseforsikringsavtaler. Mange av pasientene er illegale innvandrere fra Mexico, og klinikken hadde spansktalende hjelpepersonell som kunne fungere som tolk ved behov. Klinikken hadde Family Nurse Practitioners som arbeidet selvstendig, men det forelå en formell samarbeidsavtale med lege. Medisinsk sett fikk pasientene et fullverdig primærhelsetilbud, men muligheten for henvisning til spesialist var i noen tilfeller begrenset, og man forsøkte i størst mulig grad å kunne håndtere pasientenes medisinske problemer ved klinikken. Det var fokus på helhetsmedisin og tilpasning til pasientenes individuelle livssituasjon. Man valgte i større grad synonympreparater og noen ganger eldre og billigere varianter av medikamenter, og klinikken bisto pasientene i å utnytte ulike private og offentlige programmer for å få billigere medisiner.

Diskusjon

Mine personlige erfaringer med yrkesgruppen Family Nurse Practitioner var svært positive. De Family Nurse Practitioners jeg møtte var dedikerte og grundige i sitt arbeid, og hadde god kommunikasjon med pasientene sine. Jeg opplevde at de hadde stor grad av yrkesstolthet, og at det var viktig for dem at pasientene visste at de ble behandlet av en spesialutdannet sykepleier og ikke av en lege. Faglig sett opplevde jeg ingen klart merkbare forskjeller fra det man ville forvente fra en allmennlege. Det må selvsagt

vektlegges at dette er subjektive opplevelser, og at de ulike Nurse Practitioners jeg observerte var fakultetsansatte, flere av dem med lang utdanning og erfaring. De er dermed ikke nødvendigvis representative for yrkesgruppen som helhet.

Et av de viktigste spørsmålene i forhold til å la andre yrkesgrupper overta oppgaver som tradisjonelt har vært innehatt av leger, er hvorvidt det er faglig forsvarlig. En Cochrane-oversikt konkluderte med at spesialutdannede sykepleiere kan produsere like høy kvalitet og like gode helsemessige utfall for pasientene sammenlignet med allmennleger, men rapporten poengterer også at mange studier på dette området har metodologiske begrensninger og kort oppfølgingstid (8).

Nurse Practitioners oppsto på 1960-tallet i USA, blant annet med bakgrunn i å avhjelpe manglende lege- og helsetilbud til innbyggere i utkantstrøk, og man kan se for seg at dette også kunne være aktuelt i Norge. En vanlig utfordring for norske kommuner er å ha tilstrekkelig antall kjente og allmenntilgjengelige kompetente leger i vaktberedskap. En spesialutdannet sykepleier har gjerne godt nok kunnskapsgrunnlag til selvstendig å kunne håndtere vanlige allmenntilgjengelige problemstillinger på dagtid. Men vil deres mer begrensede utdanning gi tilstrekkelig faglig bredde og trygghet til å håndtere uventede hendelser i en vaksituasjon? Dette virker mer uavklart, og oppholdet mitt ga liten innsikt i dette aspektet, da hendelser utenfor kontortid i stor grad håndteres direkte i akuttmottak i USA.

Dersom man vil benytte spesialutdannede sykepleiere for å avhjelpe kapasitetsutfordringer i primærhelsetjenesten, er det interessant å vite hvilken effekt de har på arbeidsmengden for legene. Et mulig scenario har vært at sykepleiere blir et supplement, snarere enn en substitusjon for leger i primærhelsetjenesten. En randomisert kontrollert studie i Nederland har sett på effekten for legenes arbeidsmengde av å ha en Nurse Practitioner som arbeider med enkelte grupper kroniske lidelser i en legepraksis, og kom frem til at legenes arbeidsbyrde ikke ble redusert (9).

I og med at Nurse Practitioners er et relativt ukjent begrep i norsk helsevesen, er det lite kunnskap om hvilke holdninger leger og sykepleiere har til idéen om en utvidet yrkesrolle for sykepleiere i primærhelsetjenesten. Det ville være interessant å vite hvorvidt profesjonskamp og egeninteresser ville veie tyngre enn den mulige nytten av tverrfaglighet og samarbeid til beste for pasientene. En studie i Storbritannia viste at leger uten erfaring med samarbeid med Nurse Practitioners hadde flere bekymringer omkring hvordan yrkesrollen ville fungere i allmennpraksis, og at det særlig var usikkerhet omkring kostnader, ansvarsfordeling og arbeidsgiverstruktur (10).

Med dagens system der norske allmennleger i stor grad er selvstendig næringsdrivende vil dette være svært aktuelle problemstillinger også i Norge.

Hvorvidt bruk av Nurse Practitioners er kostnadseffektivt, er et vanskelig spørsmål å besvare. En vanlig hypotese er at en spesialutdannet sykepleier vil utføre oppgaver en lege ellers ville utført, men få en lavere lønn for arbeidet. Dette vil i teorien gi kostnadsinnsparinger, men litteraturen viser at sykepleiere har lengre konsultasjoner og hyppigere kontroller (8), og dette vil kunne spise opp innsparingen. Man må også vurdere etikken i å ta utgangspunkt i at yrkesgruppene skal lønnes ulikt for likt arbeid. Dersom man tar utgangspunkt i at sykepleiere skal være et kompletterende tilskudd som dekker behov som i dag ikke ivaretas tilstrekkelig, vil dette i første omgang gi økte kostnader, men kan ha kvalitetsmessige fordeler og potensielt gi samfunnsmessige innsparinger på sikt, hvis det medfører bedre helse for pasientene.

Konklusjon

Nurse Practitioner er en spesialutdannet sykepleier med utvidet og selvstendig rolle ved diagnose og behandling av pasienter. Under et forskningsopphold i USA tilegnet jeg meg kjennskap til denne rollen både gjennom observasjon og samtaler med Nurse Practitioners, studenter og legene de arbeidet sammen med, og ved gjennomgang av aktuell litteratur.

Nurse Practitioners er en yrkesgruppe som eksisterer i mange land, og det er relevant å vurdere om den vil være et nyttig tilskudd til det norske helsevesenet, og da særlig i primærhelsetjenesten, der man med dagens samfunnsutvikling og politiske føringer vil ha økende kapasitetspress på legene. Det vil være mange utfordringer knyttet til utformingen av en yrkesrolle som er hensiktsmessig for norske forhold. Det vil være behov for nøye vurdering at hvilke helsetjenestebehov rollen bør dekke, hvor selvstendig praksis man ønsker at rollen skal kunne utøve og hvordan kostnader skal dekkes. Man må også tenke over hvorvidt man ved å utnytte sykepleiere i nye roller vil kunne forskyve kapasitetsproblemer til andre deler av helsetjenesten.

Litteratur

1. HELFO-statistikk: <http://www.helfo.no/statistikk/Sider/fire-av-fem-innbyggere-i-kontakt-med-lege.aspx> (12.09.12)
2. *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
3. *Forskrift om fastlegeordning i kommunene.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012
4. Wesnes SL, Kristoffersen ES, Burman RA. Fastlegeordningen trenger flere leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 674-6
5. ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network FA: <http://www.icn-ap-network.org/> (12.09.12)
6. Schober M, Affara F. *International Council of Nurses: Advanced Nursing Practice.* Oxford UK: Blackwell Publishing, 2006.
7. Phillips SJ. APRN consensus model implementation and planning. *Nurse Pract.* 2012 Jan 19; 37(1):22-45.
8. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Cochrane review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271.
9. Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328(7445):927.
10. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. *Family Practice* 2002; 19: 641-6

Elisabeth Mathilde Stura
fastlegevikar, Cort Piil Helsesenter, Bergen
Stongaffjellsvegen 58 Q
N-5301 Kleppestø
elisabeth.stura@gmail.com

(Forfatterens studiereise ble støttet av Det norske medisinske Selskab ved en tildeling fra Medicinerkvartettens Fond.)