

NOTAT

På anmodning af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har Sundhedsstyrelsen udarbejdet dette notat om opgaveglidning og sygeplejersker. Notatet skal afdække mulighederne for at overdrage traditionelle lægelige opgaver til sygeplejersker, uden at opgavevaretagelsen sker som følge af delegation. Sundhedsstyrelsen er blevet anmodet om at inddrage internationale erfaringer på området.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at opgaveglidning på nuværende tidspunkt i stor udstrækning foregår i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at fastholde muligheden for fleksibilitet i opgavevaretagelsen og opgaveglidning både internt i faggrupperne og tværfagligt imellem de sundhedsfaglige professioner. Indførelse af yderligere forbeholdt virksomhed i autorisationsloven kan utilsigtet betyde yderligere barrierer for opgaveglidning i sundhedsvæsenet. Opgaveglidning er i vid udstrækning muligt med en fleksibel opgavevaretagelse efter lokal efteruddannelse af de involverede sundhedspersoner. Videndeling om de gode erfaringer er en væsentlig faktor for, at opgaveglidning kan komme til at foregå i endnu større omfang i det danske sundhedsvæsen, end det sker i dag.

Sundhedsstyrelsen lægger vægt på, at det sundhedsfaglige personales uddannelser generelt passer til befolkningens behov. Hvis sygeplejersker i endnu større omfang end i dag skal overtage opgaver fra lægerne, er det vigtigt, at de besidder de faglige kompetencer, der matcher opgaverne. Det er i den forbindelse Sundhedsstyrelsens opfattelse, at man for at sikre kvaliteten inden for sygeplejen må overveje, hvorledes sygeplejerskers kompetencer bedst løftes. Det bør drøftes, om det mest hensigtsmæssigt foregår lokalt, således at der kan ske en lokal behovstilpasning, eller om der skal være tale om formel uddannelse. Såfremt sygeplejerskers kompetencer øges, vil læger i større udstrækning også kunne overdrage flere af de traditionelle lægeopgaver til sygeplejerskerne. Sygeplejersker vil få mulighed for at varetage flere selvstændige opgaver med lægen som overordnet ansvarlig og som koordinator for behandlingsforløbet.

1. Sygeplejerskers arbejdsområder og videreuddannelse i Danmark

Den danske sundhedsplejerskeuddannelse er den ældste formaliserede videreuddannelse for sygeplejersker (1937). Den opstod på baggrund af et konkret behov inden for sundhedsvæsenet, nemlig at nedbringe spædbørnsdødeligheden og fremme børns sundhed.

4. februar 2010
j.nr. 7-703-01-43/4/ANM

Tilsyn
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7400
Fax 7222 7414
E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 7222 7728
E-post eft@sst.dk

I 1977 blev den første specialuddannelse (inden for anæstesi) for sygeplejersker iværksat på baggrund af mangel på anæstesilæger. Efterfølgende er der etableret specialuddannelser i infektionshygiejne (hygiejnesygeplejerske), intensiv sygepleje, psykiatrisk sygepleje og i kræftsygepleje. Baggrunden for specialuddannelserne var, at der på disse områder var behov for kompetencer, der lå udover det, sygeplejerskeuddannelsen kvalificerede til. Etablering af de danske specialuddannelser har været baseret på et grundigt analysearbejde bl.a. med beskrivelse af de udvidede arbejdsområder.

Der findes endvidere sygeplejersker, der har gennemført en formel akademisk uddannelse kombineret med klinisk erfaring inden for et specifikt område af sygeplejen (cand.cur. eller en mastergrad i klinisk sygepleje). Den kliniske sygeplejespecialist varetager udviklingsopgaver med fokus på den kliniske sygepleje, fungerer som rollemodel for god klinisk praksis samt yder supervision og vejledning i forhold til særligt vanskelige patientforløb. Det er heller ikke for disse sygeplejersker nærmere defineret i lovgivningen, hvilken virksomhed eller hvilke arbejdsområder de arbejder med, men der foreligger oftest stillingsbeskrivelser på ansættelsesstedet.

I Sundhedsstyrelsens redegørelse om specialisering i sygeplejen, bilag 8, beskrives de forskellige former for kliniske specialiseringer. Det er såvel dem, der har baggrund i formelle uddannelser, som andre der bygger på klinisk erfaring med lokal oplæring, efteruddannelseskurser, deltagelse i konferencer m.v.

Sygeplejersker har gennem årene fået udvidet deres arbejdsområder til at omfatte virksomhed, som grunduddannelsen ikke umiddelbart kvalificerer til. Sygeplejersker varetager selvstændigt f.eks. arbejdsopgaver på skadestuer, ambulatorier, almen eller speciallægepraksis inden for AK-behandling, diabetes, smertebehandling, på den behandlingsansvarlige læges ansvar. Opgaverne omfatter undersøgelse af patienter, ordination af undersøgelser, behandling med medicin, herunder medicinjustering. Opgaverne er typisk begrænset til afgrænsede lidelser og fastsatte behandlinger.

Der er i henhold til sundhedslovgivningen mange opgaver, som sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen kan varetage på en læges delegation, jf. autorisationslovens §§ 17 og 74 samt Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoner benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt virksomhed) og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt virksomhed). Nogle af de arbejdsopgaver, som sygeplejersker landet over ofte varetager, er behandling med receptpligtigt medicin, f.eks. på rammedelegation fra en overlæge eller en praktiserende læge. Det kan dreje sig om justeringer af sukkersygepatienters insulin i diabetesambulatorier, justeringer af hjertepatienters blodfortyndende AK-medicin eller børnevaccinationer og influenzavaccination af ældre hos den praktiserende læge.

Et eksempel på en meget velfungerende opgaveglidning i sygehusvæsenet er anæstesi- og intensivområdet. Før 1970'eren var det udelukkende læger, som foretog bedøvelsen af patienter. Grundet mangel på anæstesilæger blev anæstesisygeplejerskeuddannelsen formaliseret i 1977. Anæstesisygeplejersker

arbejder selvstændigt med bedøvelse af patienter ligesom intensivsygeplejersker arbejder selvstændigt med behandling af meget intensivt syge patienter, herunder behandling med en lang række receptpligtige midler. Det ligger i ansættelsesforholdet, hvad enten det er på en sygehusafdeling eller i en praksis, at arbejdet altid sker henholdsvis under en administrerende læges overordnede ansvar eller i samarbejde med en ansvarlig læge. Hermed arbejdes inden for autorisationslovens rammer.

Side 3
4. februar 2010
Sundhedsstyrelsen

2. International erfaring

Udviklingen med opgaveglidning internationalt svarer stort set til den danske udvikling, men begyndte dog en del år tidligere. Begrundelsen internationalt for udviklingen har været lokale forhold så som lægemangel, geografiske forhold med lange afstande samt sundhedsvæsenets struktur og ændringer heraf, herunder ændret finansieringen af ydelser. I nogle lande har sygeplejersker, der har en specialuddannelse eller udfører en ekspertfunktion, en autorisation. Andre lande kræver alene særlig autorisation til udførelse af specifikke opgaver, f.eks. medicinordination.

I udlandet bruges ofte titlen ”Advanced Nurse Practitioner” (ANP) eller ”Nurse Practitioner” (NP) om sygeplejersker, der har specialiseret sig inden for et bestemt fagligt område af sygepleje. Deres uddannelsesmæssige baggrund er forskellig, afhængig af det lokale uddannelsessystem og uddannelsesmuligheder. Der er således ikke internationalt en entydig opfattelse af, hvad en ANP/NPs rolle er, eller hvilke funktioner en ANP/NP varetager.

I 2002 udarbejdede The International Council of Nurses (ICN) et forslag til en definition på ANP/NP. Der er tale om en ”registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice”. ICN foreslog endvidere, at man skulle have en masteruddannelse for at kunne uddanne sig som en ANP/NP. Internationalt er en masteruddannelse en forskningsbaseret uddannelse ved et universitet. ICN beskriver i øvrigt, at der i nogle lande er en lang række tilvalgte kompetencer som ANP kan have, herunder mulighed for at ordinere medicin.

En definition som den ovenstående vil ikke kræve en ændring af den danske lovgivning.

Nogle undersøgelser fra udlandet har vist, at sygeplejersker i selvstændig praksis i visse tilfælde giver større patienttilfredshed. Det gør sig som regel gældende i de situationer, hvor sygeplejerskerne har en meget aktiv rolle i behandling, idet de selv kontakter patienterne eller planlægger konsultationer hver 4 – 6 uge.

Når de udenlandske regler vurderes, skal det også lægges til grund, at der i lovgivningen kan være begrænsninger i, hvilke opgaver læger kan delegere, i modsætning til Danmark, hvor mulighederne er ganske vide.

Sundhedsstyrelsen vil i det følgende beskrive nogle udenlandske sygeplejerskers rettigheder og pligter i forbindelse med behandling med medicin. Sundhedsstyrelsen skal henvise til den vedlagte bilagsliste mht. kilder.

Side 4
4. februar 2010
Sundhedsstyrelsen

2.1 Sverige

I Sverige har man for distriktssygeplejersker indført ordinationsret til nogle nærmere bestemte lægemidler. Distriktssygeplejersker er sygeplejerske med specialuddannelse til distriktssygepleje, og er en mellemting mellem en dansk hjemmesygeplejerske og en sundhedsplejerske. Distriktssygeplejerskers ordinationsret er knyttet til den enkelte sygeplejerske og varer så længe sygeplejersken virker som distriktssygeplejerske. Ordinationsretten er med andre ord afhængig af ansættelsesforholdet.

I Sverige har man i få tilfælde givet ordinationsret til sygeplejersker, der har en anden specialuddannelse, og som arbejder inden for den primære sundhedstjeneste.

Der er hovedsagelig tale om ordinationsret til forbindingsmateriale og medicin, som i Sverige er håndkøbsmedicin, der bliver tilskudsberettiget, hvis sygeplejersker skriver en recept på materialet/medicinen. Der foreligger en liste over, hvilke lægemidler sygeplejersker kan ordinere og på hvilke indikationer.

Ordinationsretten gives af Socialstyrelsen. Det kræves, at sygeplejersken har gennemgået et specifikt videreuddannelseskursus i farmakologi og sygdomslære. Udbredelsen af ordinationsretten er ikke så stor. I 2004 havde således alene 583 sygeplejersker fået ordinationsret af de ca. 12.000 sygeplejersker, der arbejder inden for det primærkommunale område (ca. 5 %).

2.2 England

I England blev det for 10 år siden muligt for nogle sygeplejersker at udskrive medicin som Nurse Prescribers. Det drejer sig om 13 receptpligtige præparater efter særlig liste og en række håndkøbspræparater og forbindsstoffer. I 2002 blev det yderligere muligt at udskrive flere præparater med en efteruddannelse som Extended Formulary Nurse Prescriber, og i 2003 blev Supplementary Nurse Prescribing muligt. Jordemødre, farmaceuter, fysioterapeuter, kiropraktorer og radiografer fik ved samme lejlighed ordinationsret til nogle nærmere afgrænsede lægemidler, som led i en klinisk behandlingsplan. Med en regelforenkling i 2006 omtales nu 3 typer af ordinationsret til medicin for sygeplejersker, som beskrives i det følgende.

Nurse Prescriber (Community Nurse): Kan udskrive 13 receptpligtige præparater selvstændigt efter særlig liste og en række håndkøbspræparater og forbindsstoffer. Er hyppigst ansat i praksis.

Supplementary Nurse Prescriber: Kan udskrive recepter inden for en aftalt ramme med præparater, der fremgår af en skriftlig behandlingsplan for den enkelte patient. Foregår i et tæt samarbejde med den behandlende læge. Svarer næsten til det danske begreb rammeordination med den forskel, at sygeplejersker rent faktisk kan udskrive recepter.

Independent Nurse Prescriber: Med yderligere efteruddannelse, kan sygeplejersker opnå fuld ordinationsret. Ordinationsretten omfatter "any licensed medicine for any medical condition within their competence, including some Controlled Drugs." De må ikke udskrive lægemidler til sig selv eller nære pårørende. Uddannelsen er afhængig af et ansættelsessted, som vil varetage den kliniske supervision ved en læge i uddannelsesperioden, og uddannelsen vil være specifik inden for det pågældende fagområde. Sygeplejersken bliver pålagt kun at udskrive medicin til de tilstande, som vedkommende har klinisk erfaring med, men får reelt ordinationsret til næsten alle præparater. Det fremgår af beskrivelsen fra Department of Health, at INP ikke bør behandle komplekse tilstande eller patienter med commorbiditet. Også farmaceuter kan videreuddanne sig til Independent Precriber.

Baggrunden for den omfattende udvidelse af mulighederne for at ordinere medicin, er den relativt store lægemangel, ændret opgavefordeling mellem primær og sekundær sundhedstjeneste samt en ændret finansiering i sundhedsvæsenet. Herudover er der i England ikke lovgivningsmæssig mulighed for delegation af forbeholdte lægefaglige opgaver, og det er kun muligt at lave rammeordinationer til navngivne autoriserede sundhedspersoner. En rammeordination skal være underskrevet af både den ledende overlæge, den ledende farmaceut og hospitalsdirektionen.

Der gives alene særskilt autorisation/registrering til de sygeplejersker, der skal ordinere medicin. Det er således ikke alle NP, der ordinerer medicin, idet det afhænger af ansættelsesforholdet. Det er først og fremmest sygeplejersker i den primære sundhedstjeneste, som har fået udvidet deres arbejdsopgaver til også at ordinere medicin. Men der er også ved at ske en udvikling inden for akutområdet i sygehusvæsenet.

Sygeplejerskerne skal registreres til at ordinere medicin, og i forbindelse med deres tilbagevendende re-certificering skal der redegøres for efteruddannelse o. lign. Arbejdsgiveren er inddraget i og medansvarlig for udvælgelsen af de sygeplejersker, der skal efteruddannes, deres efteruddannelse, supervision, mentorordning, audit, risikohåndteringsplaner, m.v. Der er meget detaljerede og strikse regler for receptudfyldelse og -håndtering mv., hvilket arbejdsgiveren også involveres i.

England opererer således med flere niveauer af ordinationsret alt efter uddannelse og ansættelse. Alle forudgås af en relevant længerevarende erfaring, en superviseret efteruddannelsesperiode og udtrykkelige krav til løbende faglig opfølgning, supervision mv., som påses overholdt i forbindelse med den løbende re-certificering.

2.3 Holland

I Holland indførtes for ca. 9 år siden begrebet kronikersygeplejersker i almen praksis. Disse skulle primært have fokus på specielle forløb på baggrund af protokoller/forløbsprogrammer. Kronikersygeplejersker blev indført for at aflaste den praktiserende læge med det formål at imødekomme behov hos det stigende antal kroniske patienter, knytte sygeplejersker mere til al-

men praksis samt medvirke til at øge samarbejdet mellem forskellige praksis. Ordningen har imidlertid kun ledt til en begrænset aflastning af lægerne.

De har en 1-årig deltids specialuddannelse i behandling og kontrol af kronisk syge. Der stilles en række krav til de praksis, der ønsker ansættelse af kronikersygeplejersker, såfremt de skal have tilskud fra forsikringsselskaberne til ansættelserne. Disse krav skal også virke som incitament til at ansætte disse sygeplejersker. Der er ingen ret til at ordinere lægemidler forbundet med funktionen og lægen har fortsat det overordnede ansvar. Det vil sige, at kronikersygeplejerskerne arbejder efter delegation fra lægen.

Der er vedtaget en lovændring, som i fremtiden vil gøre det muligt at implementere en ordinationsret af visse præparater til disse sygeplejersker. Hvordan ordningen eksakt kommer til at se ud, om den kommer til at svare til de engelske Supplementary Nurse Prescriber, vides endnu ikke. Sundhedsstyrelsen har af det hollandske sundhedsministerium i efteråret 2009 fået oplyst, at arbejdet med de nye regler stadig pågår. Af en oversættelse, som DSR har fremsendt til Sundhedsstyrelsen af hollandsk nye lægemiddellov, fremgår, at sygeplejersker får ret til at ordinere receptpligtige lægemidler, som omhandlet i lægemiddellovens artikel 1, i det omfang

- en læge, tandlæge eller jordemor har stillet diagnosen mht. den patient, det pågældende lægemiddel er bestemt for,
- de lægelige retningslinjer og standard mht. ordination af receptpligtige lægemidler overholdes
- og inden for de begrænsninger, der er opstillet ved en nærmere defineret ministeriel bekendtgørelse.

2.4 Irland

I Irland har man også for nylig indført praktiserende specialist sygeplejersker eller jordemødre (ANP/Midwife Practitioners). De beskrives som sygeplejersker, der fremmer sundhed og en sund livsstil i samarbejde med andre sundhedsprofessionelle i henhold til guidelines, udarbejdet i enighed af de involverede. Senest I 2007 har sygeplejersker også fået mulighed for at udskrive et begrænset antal præparater angivet på en liste efter en nærmere angivet efteruddannelse og udelukkende i visse ansættelser, hvor der er en overordnet lægelig ledelse.

ANP har stor erfaring med hensyn til klinisk behandling og er uddannede på masterniveau eller højere. Som grunduddannelse skal de være sygeplejersker eller jordemødre eller være uddannede på et område, som er relevant for praktiserende specialister. Forberedelse til uddannelsen skal omfatte moduler, hvor der er vægt på kliniske bestanddele fra relevante områder af en praktiserende specialist.

Der ligger også i den irske model en forsknings- og udviklingsforpligtelse. For at få autorisation (alene for en 5-årig periode) skal der foreligge en bestemt stilling, der skal anerkendes af et nationalt råd. Ansøgningen skal endvidere underskrives af chefsygeplejersken for at berigtige ansøgningens indhold.

2.5 USA og Canada

Begrebet NP stammer fra USA, hvor der i 1960'erne var en voldsom lægemangel. Der er stor forskel staterne imellem, hvad der kræves af efteruddannelse for at blive NP, og også stor forskel på de kompetencer, der følger med, herunder om der følger ordinationsret med, og hvorvidt den er afhængig af ansættelsesforholdet.

I Canada kom begrebet ligeledes på banen i 1960'erne, men det blev ikke ligeså udbredt som i USA. Først i 1990erne kom en ændret lovgivning, som gjorde det muligt for efteruddannede sygeplejersker at blive registreret og at udskrive visse former for medicin afhængig af ansættelsesforholdet.

2.6 Australien og New Zealand

I Australien og New Zealand definerer man en NP som en registreret sygeplejerske, der arbejder i et team, og hvis rolle inkluderer avancerede selvstændige kliniske vurderinger, tolkning af diagnostiske tests inklusiv røntgenbilleder og behandling af klienter. Funktionen kan indbefatte direkte henvisning af patienter til andre sundhedsprofessionelle, udskrivning af en liste af definerede lægemidler og bestilling af visse diagnostiske undersøgelser. Registreringen kræver en nærmere beskrevet efteruddannelse på master-niveau.

NP'ere benytter sig af deres færdigheder som sygeplejerske og færdigheder, som de har fået gennem videreuddannelse og klinisk erfaring i et specielt område af sygepleje. Deres virksomhedsområde er begrænset af deres ansættelsesforhold.

I november 2005 blev der i New Zealand indført ordinationsret for NP til nærmere listet lægemidler. Forudsætningerne herfor er godkendelse af et sygeplejerskeråd baseret på særlige kvalifikationer, herunder at vedkommende kan demonstrere viden om at ordinere på sikker vis.

2.7 OECD og WHO overvejelser

Med hensyn til cost-benefit er konsultationer med sygeplejersker ofte længere, og der ordineres flere undersøgelser end ved lægekonsultation. Resultaterne inden for kronikerområdet er uafhængige af, om patienten ser en sygeplejerske eller en læge. Der er imidlertid ikke ifølge OECD og WHO lavet tilstrækkelige cost-benefit analyser til, at man med sikkerhed kan udtale sig om, hvorvidt man med fordel kan anvende sygeplejersker inden for visse områder med henblik på at nedbringe omkostningerne i sundhedsvæsenet.

I OECD's rapport om skill-mix peges der på følgende incitamenter til ændring i rolle- og personalesammensætning:

- Personalemangel,
- omkostningsbegrænsning,
- kvalitetsforbedring,
- teknologisk udvikling og nye medicinske behandlingsformer,
- nye sundhedsprogrammer eller initiativer,
- reform af sundhedssektoren og
- lovændringer.

Såvel OECD som WHO anbefaler, at man nøje overvejer årsager til, at man ønsker, at sygeplejersker skal ændre roller, og analyserer, hvilken indflydelse en eventuel ændring inden for et område har på det øvrige sundhedsvæsen. Herefter kan man tage stilling til ændringerne i skill-mix, herunder ændring af roller for sundhedspersonalet. Det er væsentlig at lægge vægt på konteksten (sundhedsvæsenet), man ønsker at indføre ændringerne i.

Side 8
4. februar 2010
Sundhedsstyrelsen

3. Overvejelser om indførelse af begrebet kliniske ekspertsygeplejersker i det danske sundhedsvæsen

Som tidligere nævnt, er der internationalt for specialuddannede sygeplejersker ikke automatisk hel eller begrænset ordinationsret. I mange af de omtalte lande foregår ordination af medicin inden for en begrænset liste og under supervision af en læge. Mange af de beskrevne ordninger fra udlandet kan efter Sundhedsstyrelsens opfattelse foregå i det danske sundhedsvæsen uden en ændring af lovgivningen, nemlig ved en såkaldt rammeordination, jf. vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt virksomhed) punkt 2.2.

Overvejelser om at indføre begrebet kliniske ekspertsygeplejersker i Danmark skal således vurderes i sammenhæng med det reelle behov for yderligere specialuddannelser for sygeplejersker, som i øjeblikket ikke er klart defineret. Det skal særligt vurderes, om det ville være en uddannelse møntet på primærsektoren eller på sygehusvæsenet, da det ville kræve forskellige kompetencer.

En af de forbeholdte lægelige opgaver, det har været forslået at overdrage til sygeplejersker, er behandling med medicin, herunder ordination af medicin til kronisk syge patienter. Som eksempel på typer af kroniske syge patienter har været nævnt patienter med sukkersyge eller KOL (rygelunger).

Der er i dag flere steder, hvor sygeplejersker foretager justeringer i patienters receptpligtige medicin, f.eks. ved AK-behandling, insulinbehandling m.v., på delegation af en læge, som har udarbejdet en ramme for behandlingen. På samme måde afslutter sygeplejersker i dag også patientbehandlingsforløb på lægelig delegation inden for nærmere definerede områder.

Der er ikke lovgivningsmæssige hindringer for, at sygeplejersker i dag kan henvise til andre sundhedspersoner og til diagnostiske undersøgelser, eller for at sygeplejersker eller andre sundhedspersoner kan afslutte eller udskrive patienter. De overenskomst-mæssige regler og strukturelle aftaler kan imidlertid sætte begrænsninger for henvisningsretten. Såfremt en sygeplejerske har særlige kompetencer inden for et givent område, ser Sundhedsstyrelsen ikke noget til hinder for, at pågældende sygeplejerske kan varetage visitation, henvisning eller udskrivning af patienter.

For at udøve ordinationsretten på en patientsikkerhedsmæssig forsvarlig måde, vil det ofte være nødvendigt at kunne stille patientens diagnose/ diagnoser. Autorisationsloven er ikke en hindring for at andre end læger diagnosticerer, men det at diagnosticere eller stille en differentialdiagnose er andet og

mere end at observere eller konstatere forandringer i en patients tilstand. Det kræver mere end blot dybere kendskab til ét specifikt felt.

Som eksempel kan nævnes, at hvis en læge ordinerer et præparat til en patient, der i forvejen f.eks. får 10 præparater, vil lægen være ansvarlig for at kontrollere, at det, den pågældende ordinerer, passer med den øvrige medicin, patienten får. Det drejer sig både om bivirkninger og interaktioner. Med andre ord, når man ordinerer det 11. præparat, får man ansvaret for at vurdere interaktionen med de 10 øvrige præparater. Det vil derfor være vanskeligt at se, hvorledes man kan opretholde samme patientsikkerhed og samme entydige ansvar i patientbehandlingen med sundhedspersoner, hvis sundhedspersoner med begrænset ordinationsret indgår i behandlingen.

4. Sundhedsstyrelsens konklusion

Fleksibel opgaveglidning er væsentlig af hensyn til opgavevaretagelsen i det moderne sundhedsvæsen. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at der allerede er mange gode eksempler på, hvorledes denne opgaveglidning kan varetages.

På sygehusafdelinger delegerer den behandlingsansvarlig overlæge i forhold til nogle velbeskrevne sygdomme/tilstande i en skriftlig instruks til sygeplejerskerne at udføre bestemte former for behandling, herunder vurdere behovet for behandling. Det drejer sig ofte om, at sygeplejerskerne på egen hånd giver smertebehandling efter en bestemt operation, justerer insulinbehandling efter måling af blodsukker, eller indstiller antikoagulationsbehandling efter blodprøvemåling. Virksomhed der ellers er forbeholdt læger at udføre.

Mange skadestuer er i dag primært bemandede med behandlersygeplejersker, behandler visse veldefinerede sygdomme/tilstande efter en instruks, som f.eks. mindre sår, brandsår, insektstik, forvridninger og fremmedlegemer i hud, øjne, næse og hals, herunder bestiller diagnostiske undersøgelser. Den behandlingsansvarlige overlæge for skadestuen skal i instruksen bl.a. anføre, hvilke symptomer der skal være til stede, inden behandlingen kan iværksættes af personalet på egen hånd, og hvornår behandlingen er kontraindiceret.

Det er endvidere Sundhedsstyrelsens opfattelse, at det i primærsektoren er muligt at lære af sygehusenes erfaringer med rammeordinationer, der muliggør varetagelse af komplicerede, traditionelt lægefaglige opgaver af andre faggrupper. Videndeling både mellem hospitaler og mellem sekundær og primær sektor med den praktiserende læge som omdrejningspunkt vil kunne facilitere mange arbejdsopgaver, også i yderområder.

Det vil også i hjemmeplejen være muligt at arbejde ud fra en rammeordination, udarbejdet af f.eks. områdets praktiserende læger, hvor sygeplejersker f.eks. på nærmere definerede patienter kan måle blodsukker eller lignende uden forudgående lægekontakt. Rammerne vil kunne drøftes lokalt på baggrund af det aktuelle behov. På praksisområdet vil sygeplejersker kunne vurdere og behandle patienter selvstændigt på en lokalitet, f.eks. en anden by,

som ligger et andet sted geografisk end den praktiserende læge, som har ansat dem og har det overordnede faglige ansvar.

Side 10

4. februar 2010

Sundhedsstyrelsen

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Undervisningsministeriet og Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt sammen med Dansk Sygepleje Råd, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening på at afklare og afdække, hvordan sundhedsvæsnet bedst sikrer sygeplejersker den nødvendige efter- og videreuddannelse for herved både at tilgodese befolkningens behov og sygeplejerskernes karrieremuligheder i den patientnære del af sundhedsvæsnet. Det forventes, at samarbejdet udmønter sig i en rapport, som forventes publiceret primo 2010. Hvis det herunder viser sig, at sundhedsvæsnets interessenter finder, at der er behov for nye specialsygeplejeuddannelser, vil Sundhedsstyrelsen tage initiativ til, at disse etableres.

Sammenfattende finder Sundhedsstyrelsen, at der ikke i det danske sundhedsvæsen er grundlag for at foretage en ændring i lovgivningen for, at der kan flyttes traditionelle lægelige opgaver til andre sundhedspersoner, herunder sygeplejersker.

Sammenlignet med andre lande, har vi i Danmark særligt gunstige forhold for opgaveglidning. Vi har en lovgivning, der indenfor ganske vide rammer er åben for opgaveglidning også af lovgivningsmæssigt forbeholdte opgaver, så længe det overordnede ansvar stadig er hos den autoriserede sundhedsperson, som virksomheden er forbeholdt. På denne måde kan både opgaveglidning og patientsikkerhed tilgodeses.

Med venlig hilsen

Birte Obel
Kontorchef, overlæge

Anne Mette Dons
Kontorchef, overlæge