

Was können APN in der Grundversorgung bewirken und welchen Einfluss hat die Gesundheitspolitik?

Dr. Claudia B. Maier

MSc. (Public Health), Dipl.-Pflegerin (FH) ^{1,2,3}

¹Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

²University of Pennsylvania, Center for Health Outcomes and Policy Research, USA

³European Observatory on Health Systems and Policies

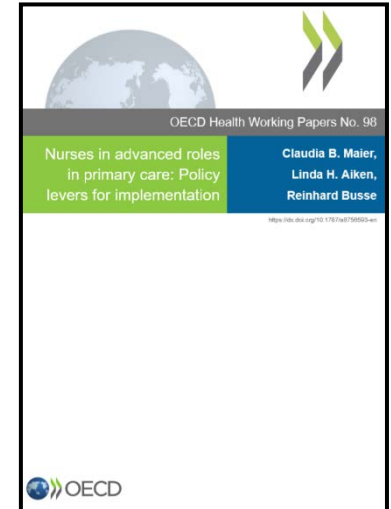
Aufbau des Vortrags und Methodik

1. Was bewirken APN in der Grundversorgung?

- Expertensurvey: 93 LänderexpertInnen (Rücklaufquote: 85%)
- 39 Länder in Europa, USA, Kanada, Neuseeland, Australien
- Registerdaten: Zahl der “Nurse Practitioners” in 6 Ländern, Vergleich zu Ärzten/Pflegekräften

2. Welche Rolle hat die Gesundheitspolitik? Länderfallstudien (OECD Studie)

Länderkontext -> Rolle von Politikgestaltung, Regulierung, Finanzierung



International?

- **ICN Definition: NP/APN:** *“A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for **expanded practice** [..]. A **Master’s degree** is **recommended** for entry level”* (ICN 2002)
- **Pflegekräfte in erweiterten Rollen:** *“Nurses working in advanced roles **beyond the traditional registered nurses’ (RN) scope of practice**, after **additional training**”* (Maier, Aiken, Busse 2017)
- Titel/Namen, offizielles Tätigkeitsspektrum (Scope-of-Practice, SoP), Ausbildung/Studium

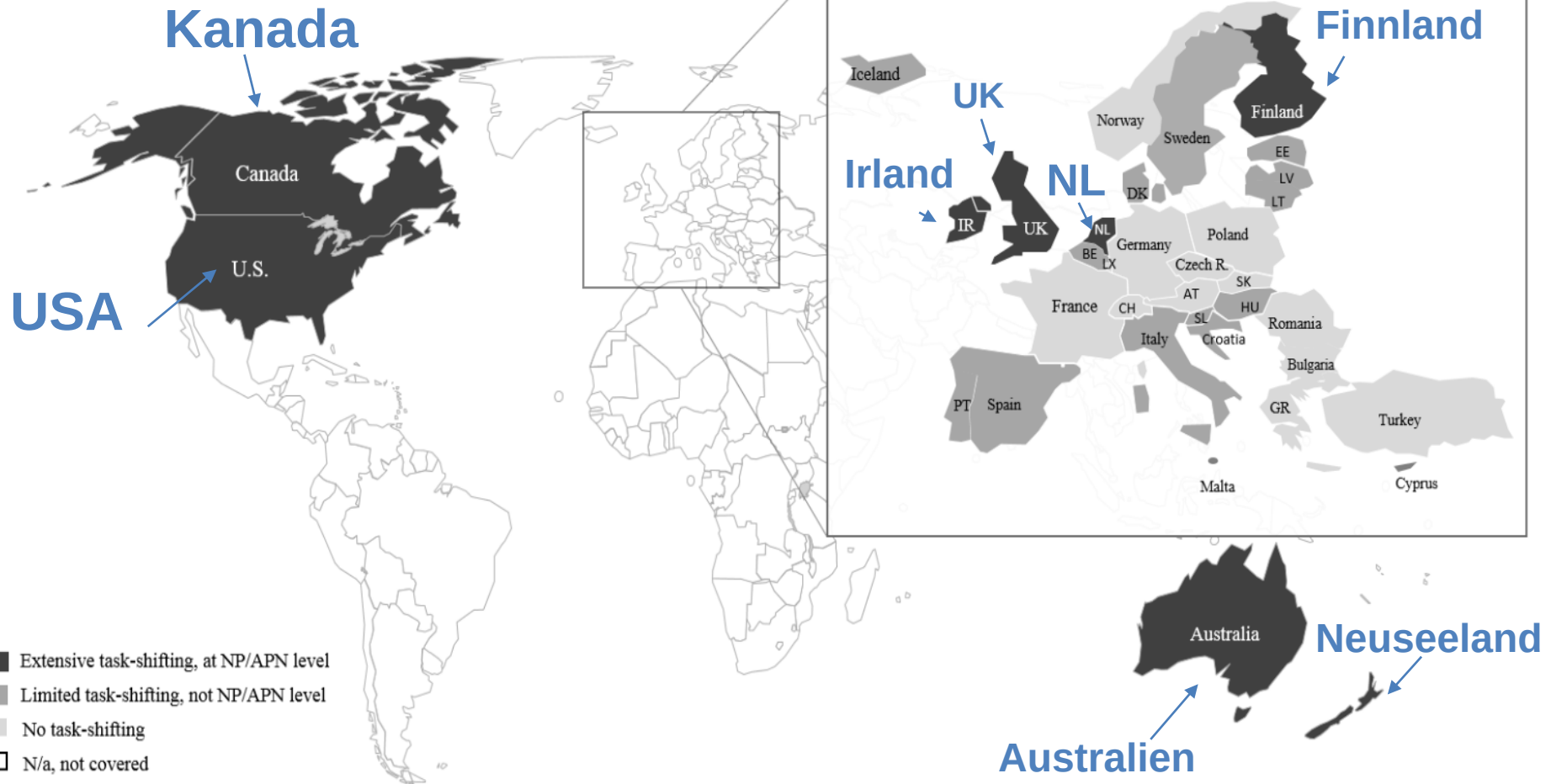
NP/APN: Was ist “expanded practice”?

Tätigkeitsbereiche (ICN):

- Verschreiben von Medikamenten
- Diagnostik & erweiterte klinische Untersuchung
- Tests & bildgeb. Verfahren anordnen
- Therapieentscheidungen
- Zuständigkeit für Gruppe v. Patienten
- Überweisungen
- Erstkontakt

1. In welchen Ländern existieren APN, die in erweiterten Rollen arbeiten?

NP/APN Titel, Ausbildung und erweiterte Tätigkeitsbereiche



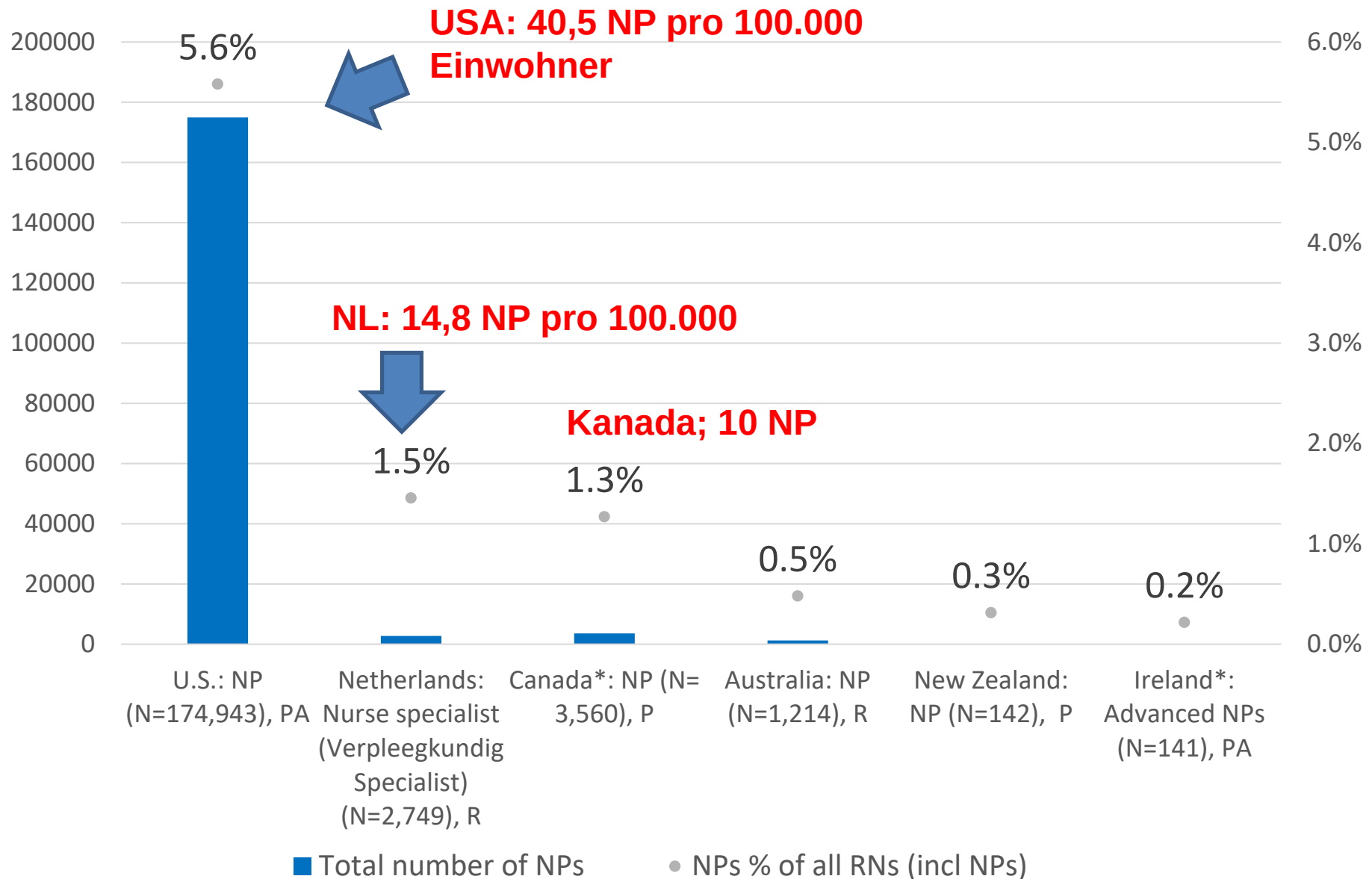
Maier & Aiken 2016

Länder mit NP/APN Master und erweiterten Rollen nehmen zu

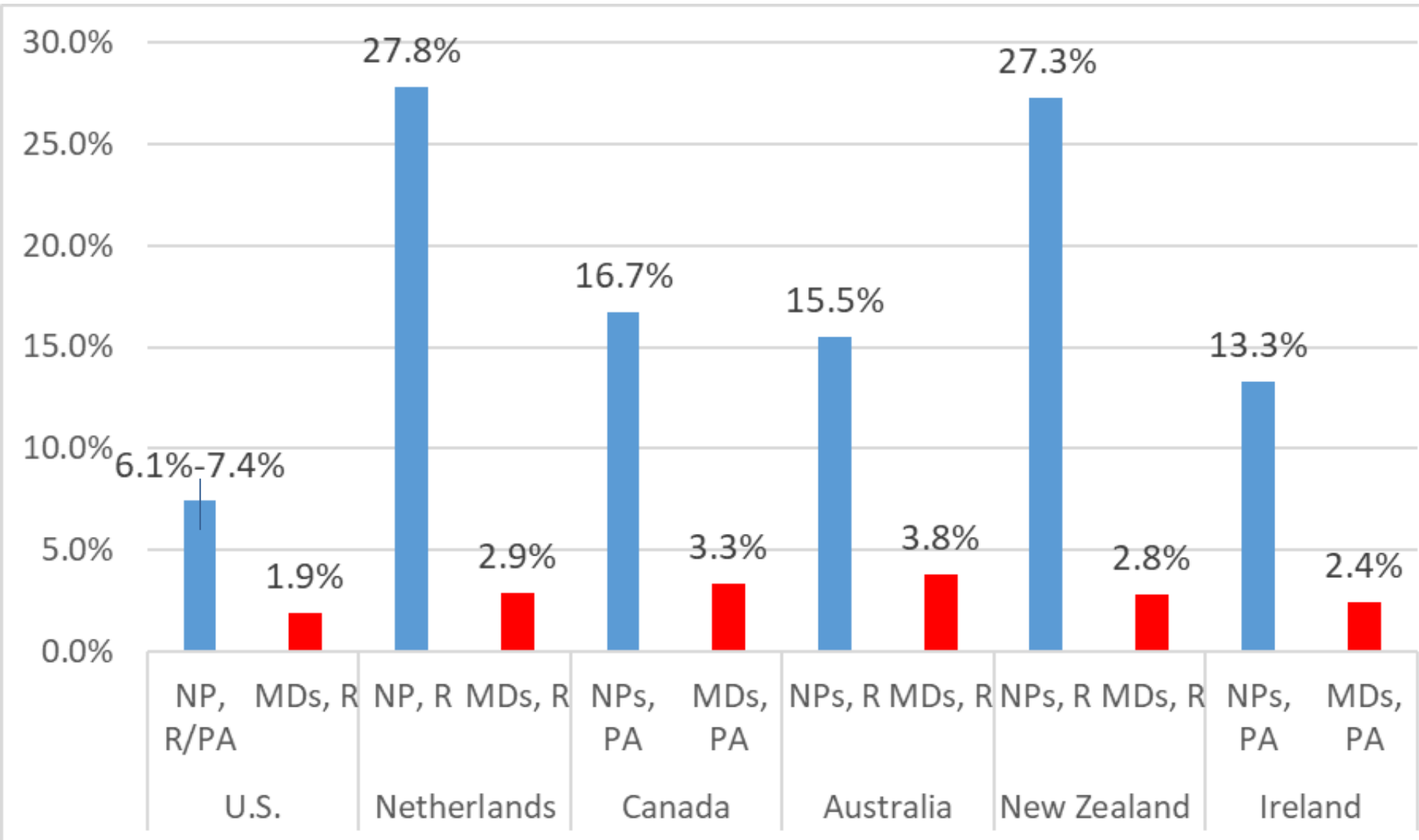
	Länder	NP/APN Ausbildung	Tätigkeitsbereich (Primärversorgung)
Etabliert: NP/APN & Ausbildung & Praxis	Australien, Kanada, Finnland, Irland, Niederlande, Neuseeland, UK, USA	Ja	<u>Alle</u> 7 Tätigkeitsbereiche: • Verschreiben von Medikamenten • Diagnostik & Untersuchung • Tests & bildgeb. Verfahren anordnen • Therapieentscheidungen • Zuständigkeit für Gruppe v. Patienten • Überweisungen • Erstkontakt
In Entwicklung: NP/APN Masterprogramme, aber (noch) nicht vergleichbare erweiterte Praxis	Belgien*, Deutschland, Frankreich, Island, Kroatien, Litauen, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, Zypern	In Entwicklung	Limitiert. mind. <u>eine der sieben</u> klinischen Aktivitäten

Maier, Aiken, Busse, 2017; Notes: *CNS role by law as of 2019

Nurse Practitioners in sechs Ländern



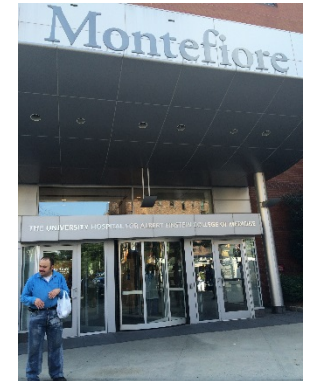
Jährliche Wachstumsrate (NPs, Ärzte), 2005-2015*



Notes: *or years available, NP=Nurse Practitioner, MD=Medical Doctor, P=practicing, PA=prof. active, R=registered, U.S.=United States

Einsatzfelder von APN international in der Primärversorgung ... sehr vielfältig

- In Gesundheitszentren
- NP/Pflegekraft-geleitete Modelle
- Ambulanzen/teilstationäre Modelle
- Integrierte Versorgungsprogramme
- Ambulante Pflegedienste
- Alten- und Pflegeheime
- Schulen
- (andere) innovative Versorgungsmodelle
 - Drogeriemärkte/„Retail clinics“



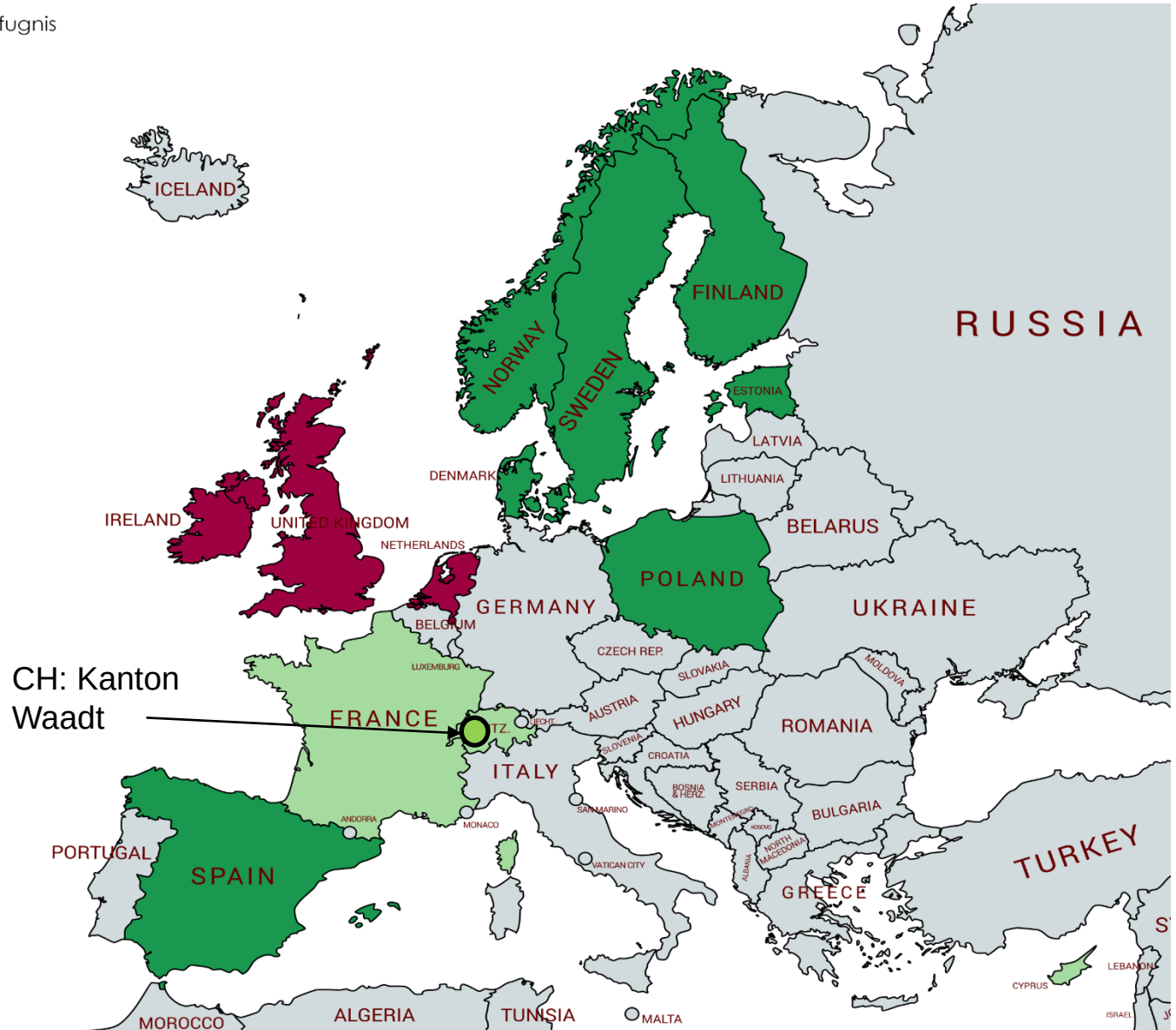
2. Welche Rolle hat die Gesundheitspolitik?

Implementierung: Rolle der Gesetzgebung

- Regulierung APN Titel und Tätigkeitsbereiche (SoP)
 - Nicht-Regulierung: Nachteile: Verantwortung an Arbeitgeber übertragen: z.B. über “collaborative agreements” (UK), haftungsrechtliche Grauzone, unklar was APN darf
 - Gesetzesänderungen: zeitintensiv, kontrovers
- Gesetzgebung (‘vorbehaltene Tätigkeiten’):
 - Externe Begutachtung auf Reformbedarf (NL);
 - ‘Experimentelles Gesetz’ (NL, Kalifornien), landesweite Evaluation (NL)
 - Harmonisierung in dezentralen Ländern (U.S., Australia)
- “Regulierung” durch Organe der Selbstverwaltung (Pflegekammern)
 - Befugnis (teilweise) übertragen an Pflegekammern (Australien, Neuseeland), definieren SoP von NP/CNS

Beispiel Rolle der Gesetzgebung: Verschreibungsbefugnis von Medikamenten durch Pflegefachkräfte

- Volle Verschreibungsbefugnis
- Limitierte Verschreibungsbefugnis
- In Entwicklung



Finanzierung

- Finanzierung und Vergütungsstrukturen mit maßgeblichen Einfluss
- Start-up Finanzierung von APN Rollen (Pioniere) und Nachhaltigkeit
- Hemmende Faktoren abbauen: Reformen zur Vergütung
 - **Australien, Neuseeland:** Gesetzesänderung, NPs werden für Leistungen (z.B. Verschreiben von Medikamenten) vergütet
 - **USA:** Höhe der Erstattungsbeträge von der Versicherungen variierte (0%-100% im Vergleich zu Ärzten)
- Finanzielle Anreize schaffen (Estland, Finnland, Litauen)

Implementierung: förderliche Faktoren

- Politikgestaltung: (konzertierte) Entwicklung von Regulierung und Finanzierung, Ausbildung (USA, Kanada, Australien, Finnland)
- Rolle der Akteure: von Anfang an einbeziehen (Finnland), Pilotprojekte, Evaluationen (NL)
- Regulierung: erweiterte Aufgabenbereiche legalisieren oder an Pflegekammern übertragen – von informeller zu gesetzlich anerkannter Praxis
- Finanzierung: wichtiger Faktor -> Von Pilotprojekten zur Übernahme in Routineversorgung



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

c.maier@tu-berlin.de

Twitter: @clamaier

Publikationen

Maier and A
DOI 10.1186

Empiric

The European
European Jour
© The Autho
doi:10.1093/eu

COMI

Expa
reali
pop

Claudia B.

Effe
Pay
Pra
Pra

Hilar
Dani
Linda

Abstrac

Many co
conditio
of nurse
can imp
reforms t
just begi
on the e
from if t
advance
practice
rather th
the futur

Abstr
Increa
provid
practit
varying
limit e
practic

care and practice medical

Task
in 39

Claudia B.

1 Harkness
of Nursin
2 Departm
3 Claire M
Fellow, L
387R, Ph

Correspon
Strasse des
maierc@nu

Background
strategy to
primary ca
national ex
USA, Cana
criteria. Su
methods t
advanced
Three clus
Wales, Fin
no task sh
medical

Nurses in
in prim
levers for

Maier Human Resources for Health (2019) 17:95
https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6

Human Resources for Health

RESEARCH

Open Access

Nurse prescribing of medicines in 13 European countries

Claudia B. Maier^{1,2} 

Abstract

Background: Nurse prescribing of medicines is increasing worldwide, but there is limited research in Europe. The objective of this study was to analyse which countries in Europe have adopted laws on nurse prescribing.

Methods: Cross-country comparative analysis of reforms on nurse prescribing, based on an expert survey (TaskShift2Nurses Survey) and an OECD study. Country experts provided country-specific information, which was complemented with the peer-reviewed and grey literature. The analysis was based on policy and thematic analyses.

Results: In Europe, as of 2019, a total of 13 countries have adopted laws on nurse prescribing, of which 12 apply nationwide (Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Ireland, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, United Kingdom (UK)) and one regionally, to the Canton Vaud (Switzerland). Eight countries adopted laws since 2010. The extent of prescribing rights ranged from nearly all medicines within nurses' specialisations (Ireland for nurse prescribers, Netherlands for nurse specialists, UK for independent nurse prescribers) to a limited set of medicines (Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Norway, Poland, Spain, Sweden). All countries have regulatory and minimum educational requirements in place to ensure patient safety; the majority require some form of physician oversight.

Conclusions: The role of nurses has expanded in Europe over the last decade, as demonstrated by the adoption of new laws on prescribing rights.

Keywords: Health professionals, Nurses, Prescribing, Medications, Laws, Reforms, Advanced practice nursing (APN), Task shifting, Scope of practice

Background

The right to prescribe medications has for long been reserved to the medical profession only. This situation has changed, with an increasing number of countries worldwide having introduced reforms to authorise nurses to prescribe certain medications [1–6]. The United States of America (US) and Canada have a long tradition with nurses working in advanced practice roles, which includes the right to prescribe medicines [7–9]. Common drivers that led to nurse prescribing reforms include physician shortages (e.g. in rural areas), the rise in chronic conditions, more interprofessional team work and an increase in nursing education at higher educational institutions [1, 3, 10]. Introducing

new roles for nurses has been referred to as a disruptive innovation in healthcare [11]. Advanced nursing roles have shown to have implications not only for the nurses and the teams in which they practice and are influenced by policies and regulatory mechanisms [12, 13]. For instance, changes to scope-of-practice laws and policies on advanced educational programmes have shown to facilitate the uptake of nurse prescribing and other advanced practice nursing roles [12–14].

Nurse prescribing refers to the official right granted to nurses to prescribe certain medications [4, 15]. The extent of nurse prescribing depends on several factors: first, the groups of nurses authorised to prescribe, which

Verschreibungskompetenz: wer darf was?

‘Wer’- definierte Sub-Gruppen/Spezialisierungen

‘Was’ – (fast) alle Medikamente

- **Australien** (NP)
- **Kanada** (NP)
- **NL** (Nurse Specialist)
- **Neuseeland** (NP)
- **U.S.A.** (NP, andere APRN)

Limitierte Anzahl von Medikamenten

- **Australien** (scheduled medicines RN)
- **Zypern** (Master’s level APN)
- **Niederlande** (diabetes, lung, oncology nurses with Bachelor)

‘Wer’ – alle Pflegefachkräfte, die Bedingungen erfüllen

(Fast) alle Medikamente

- **Irland** (Registered Nurse Prescriber)
- **UK** (Independent Prescribers)

Limitierte Anzahl von Medikamenten

- **Kanada** (in Entw.)
- **Dänemark**
- **UK** (Supplem. Prescribers)
- **Estland**[^]
- **Finnland**
- **Schweiz (Vaud)**[^]
- **Frankreich**[^]
- **Polen**[^] (Master & Bachelor)
- **Spanien**[^]
- **Schweden**
- **Neuseeland**[^]

[^]=laws adopted, implementation in progress

Effektivität? Überblick über RCTs

	Qualität	Reduktion d. Gesamt mortalität	Sekundärprävention	Patientenzufriedenheit
Pflegekräfte mit erweiterten Tätigkeiten vs. Ärzte	↔ (HbA1c, cholesteroll, Syst. RR, und 25 andere Parameter)	↑°		
NPs vs. Ärzte				
Pa...				↑
Her...				
kran...				
...mit		↑°	↑	↑
...mit COPD/Asthma		↑°	↔	↑

- Qualität (mind.) vergleichbar
 - Für einige klinische Parameter -> bessere Qualität
 - Patientenzufriedenheit erhöht
 - Gesamtmortalität reduziert

Legende: ↑ = signifikant verbesserter Effekt, ↑↑ = signifikant verbesserter Effekt, plus deutlich höher als Vergleichsgruppen, +/- = Ergebnisse nicht einheitlich, n/a = Evidenz nicht ausreichend, ° = statist. Effekt in Metaanalysen (10 RCTs) & Subgruppen für kontinuierliche Behandlung (vs. einmaliger Besuch), Routinebesuch (vs. Notfall), >12 M. follow-up

Kosten und Ressourcennutzung?

	Länge der Konsultationen	Häufigkeit der Überweisungen	Verschreibung von Medikamenten	Follow-up	Krankenhaus-einweisungen
Pflegekräfte mit erweiterten Tätigkeiten vs. ...	↑	↔ alle Settings			
NP, physiotherapeuten vs. ...			↔	↑	↓

Evidenz zu Kosten unklar

- Länge der Konsultationen bei Pflegekräften erhöht -> Gründe unklar
- Krankenhauseinweisungen reduziert

Legende: ↓=signifikant reduzierter Effekt, ↑= signifikant verbesserter Effekt, ↔ = kein signifikanter Effekt, +- = Ergebnisse nicht einheitlich, n/a = Evidenz nicht ausreichend

Martinez-Gonzalez et al. 2015a, Martinez-Gonzalez et al. 2015b, Martinez-Gonzalez et al. 2014, Tsiachristas, Wallenburg et al. 2015, Swan et al. 2015