

Høringsuttalelse fra Hjernerådet

«Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning»

Hjernerådet er en paraplyorganisasjon som samler brukerorganisasjoner og fagmiljø fra hjernefeltene i Norge. Vi har nå 63 medlemsorganisasjoner, 26 brukerorganisasjoner og 37 fagmedlemmer. Fagmedlemmene er faglige foreninger, forsknings- og kompetansemiljøer, samt behandlingsinstitusjoner som også ofte har forskningsoppgaver. Hjernerådets brukerorganisasjoner har totalt over 170 000 mennesker som medlemmer hos seg. Hjernerådets fagmedlemmer har knyttet til seg ca. 4 000 fagpersoner med høy og allsidig kompetanse om hjernen.

Målgruppen for intensivsykepleiernes arbeid er kritisk akuttstykke mennesker som har behov for kontinuerlig behandling, overvåking og pleie. Det kan være pasienter med akutt sykdom, eller pasienter som har en akutt forverring av en kronisk sykdom. Målgruppen omfatter også pasienter som har behov for overvåking ved gjenopprettelse av vitale funksjoner etter anestesi, kirurgi og traumer.

Regjeringen har satt i gang to tiltak som kan bidra til et bedre og mer helhetlig kompetanseløft for et område som Hjernerådet synes er mangelfullt i dag, nemlig hjerneovervåking. De to tiltakene er flere studieplasser for intensivsykepleiere og Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024). Et kompetanseløft innen hjerneovervåking i intensivsykepleierutdanningen vil bidra til bedre oppfølging av pasienter med nevrologiske lidelser. Disse får i dag ikke god nok oppfølging. Høyere kompetanse på nevrologi hos intensivsykepleiere vil få betydning for hele landet, særlig der det ikke er nevrologiske eller nevrokirurgiske avdelinger. På slike steder blir disse pasientene i dag gjerne fulgt opp av intensivavdelingene. Derfor er det viktig at nettopp intensivsykepleierne har god kompetanse om nevrologi og hjerneovervåking.

Hjerneinfarkt/ hjerneslag er eksempel på sykdom som krever nevro-intensiv oppfølging og god hjerneovervåking. Uavhengig av størrelsen på intensivavdelingen og sykehuset vil håndteringen av mistenkt akutt hjerneslag og «en ustabil hjerne» kreve nevro-intensivt kunnskapsnivå. Det er svært viktig å forhindre gjentatte slag med fare for gradvis kognitiv reduksjon og etter hvert demensutvikling. Antall mennesker som dør av hjerneslag er heldigvis på vei ned, men hvert år dør likevel ca. 3 500 mennesker av hjerneslag her i landet. Det er mer enn en fjerdedel av slagtilfellene.

Det kan også nevnes at hvert år er det ca. 10-12000 tilfelle av hjerneslag, omtrent like mange som tilfellene av hjerteinfarkt. Vi regner det som selvsagt at det er god hjerneovervåking. Det må bli like selvsagt at det er god hjerneovervåking, slik at tilbudene til ulike pasientgrupper blir mer likeverdige.

Andre akutte hjernediagnoser der hjerneovervåking kan ha avgjørende betydning er traumatiske hodeskader, alvorlig epilepsi, akutte ryggmargsskader, infeksjoner, meningitt, hjernesvulster, alvorlige nervebetennelser m.m.

De fleste steder som vi i Norge liker å sammenligne oss med, har kommet mye lenger når det gjelder hjerneovervåking enn vi har. Og enda et paradoks: Norge er det første landet i Europa

og kanskje i verden, som har en egen nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024). Da burde nettopp hjerneovervåkning vært et viktig tema i Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning.

Under kommenterer Hjerneverrådet de høringsspørsmålene som vi vurderer som særlig relevante ut fra vårt ståsted:

Høringsspørsmål nr. 1: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?

De norske tallene fra Global Burden of Disease (GBD) viser høye tall for sykdomsbyrde knyttet til sykdommer og skader i hjernen og nervesystemet. Professor Lars Jacob Stovner ved NTNU har i mange år arbeidet med de norske GBD-tallene. Han har ryddet i statistikkene og samlet det som har med hjernen og nervesystemet å gjøre i en samlekategori for hjernesykdom. Dette tilsvarer samlekategorier for andre store sykdomsgrupper som kreft, hjerte-kar osv. Stovners arbeid viser at sykdomsbyrden knyttet til hjernesykdom er 26 prosent, fordelt på 14 prosent for hjerne/ nevrologiske lidelser og 12 prosent for hjernen/ psykiske lidelser. Dette er høyere enn for andre store sykdomsgrupper. En del av disse tilstandene kan være akutte. I noen situasjoner kan pasientene få irreversible skader på nervesystemet dersom de ikke får hjelp i tide. Stovner fant at det norske tallet i GBD for YLD (Years Lived with Disability) er 29 prosent for hjernediagnoser. Dette tallet kunne blitt lavere dersom tilbudet i akuttfasen ble bedre, se eksempler på diagnoser over.

Allerede i dag er det for lite fokus på det behovet som hjernepasienter har for hjerneovervåkning i akutte situasjoner. Det er lite kjennskap til nevrologiske problemstillinger hos intensivsykepleiere, og for så vidt også hos annet helsepersonell. Det kommer stadig ny og oppdatert kunnskap fra hjerneforskningen. Feltet er i rivende utvikling. Derfor må også intensivsykepleierne holde seg oppdatert på dette feltet, til beste for pasientene.

Høringsspørsmål nr. 2: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenesten?

Spørsmål 1 og 2 henger sammen. Helsepersonell har behov for økt hjernekompetanse for at ikke pasientene skal få en sykdomsutvikling som skader dem. Hjernen er vårt uerstattelige organ. Skader her får store og fatale konsekvenser for den enkeltes liv – ofte for resten av livet. Eksempler er hjerneslag, alvorlige hodeskader, alvorlige epileptiske anfall m.m.

Høringsspørsmål nr. 3: Hvordan vurderes graden av detaljering sett i forhold til utdanningsinstitusjonens rett til autonomi og lokal tilpasning?

Hjerneverrådet ser viktigheten av autonomi og lokal tilpasning i de ulike utdanningsinstitusjonene. Samtidig ønsker vi å løfte opp brukernes behov som et viktig moment her. I Norge er det store geografiske avstander. Dette gir stor variasjon for brukerne for å få lik og likeverdig behandling. Det er store lokale forskjeller. Hjerneverrådet er opptatt av at det skal være likeverdig behandling uavhengig av hvor du bor. Det er viktig at utdanningsinstitusjonene har kunnskap om hjernehelse og konsekvensene dersom rask og nødvendig behandling ikke iverksettes.

Høringsspørsmål nr. 6: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Hjernerådet mener at hjernehelse og nevrologiske sykdommer bør ha et kompetanseløft i utdanningen til intensivsykepleierne. Irreversible skader og tilstander kan være konsekvensen dersom behandling ikke gis på rett tidspunkt og på rett sted. Reduksjonen av hjerneslag de siste årene har vist oss viktigheten av satsing på kompetanseløft. Skader på hjernen kan unngås dersom pasienter får rask og riktig behandling og oppfølging. Dette har store konsekvenser både for brukerne og for deres pårørende, i tillegg til at det har stor samfunnsøkonomisk betydning. Hjernerådet ønsker at det skal bli en tilsvarende utvikling også for andre hjernediagnoser som krever overvåking i akuttfasen for å forhindre utvikling av skader som pasienten må leve med. Eksempler på diagnoser er: traumatiske hodeskader, alvorlig epilepsi, akutte ryggmargsskader, infeksjoner, meningitt, hjernesvulster, alvorlige nervebetennelser m.m.

Høringsspørsmål nr. 7: Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbart?

Hjernerådet mener det bør tilbys praksis, eller være mulighet til å gjennomføre praksis, på etablerte nevrokirurgiske overvåkningsenheter/ nevrointensive avdelinger.

Høringsspørsmål nr. 8: Bør retningslinjen definere tidsbruk til simulering og ferdighetstrening?

Erfaringer fra slagteam viser stor effekt på respons og behandling der simuleringstrening er gjennomført regelmessig. Simuleringstrening vil bidra til at intensivsykepleierne til enhver tid behersker nødvendige prosedyrer. Hjernerådet anbefaler et minimum av definert tidsbruk til simulering.

Høringsspørsmål nr. 9: Er fordelingen mellom praksisstudier og simulering/ ferdighetstrening hensiktsmessig og gjennomførbart?

Hjernerådet vil løfte opp telemedisinsk kompetanse, samt e-opplæringsmuligheter til bruk i mindre sykehus for læring, rådgivning og kunnskapsoverføring. Små sykehus bør få hospitere/ ha praksis ved større sykehus for å bygge faglig ekspertise.

Høringsspørsmål nr. 10: Er felles temaer/innhold for ABIOK-utdanningene, som nevnt ovenfor, ivaretatt i retningslinjene.

Hjernerådets høringssvar uttrykker tydelig at vi ser behov for at intensivsykepleiere har god kompetanse innen hjerneovervåking. For at samfunnet skal kunne nå hjernehelsestrategiens mål, må sykepleiernes masterløp innen nevrologi og hjernehelse være mer inkludert i denne retningslinjen.

Høringsspørsmål nr. 10 tar opp ABIOK-utdanningene. Hvorfor ikke ta med en N for nevo inn i denne retningslinjen? Slik at det blir ABINOK. Hjernen er uerstattelig. N-en har betydning for alle de andre bokstavene i forkortelsen. Skader i hjernen og nervesystemet har ofte alvorlige, langsiktige og varige konsekvenser. Derfor må intensivsykepleierne ha kunnskapen og kompetansen klar i de akutte situasjonene der det går an å begrense skadeomfanget på hjernen.

Sykepleierne har fra høsten 2021 et mastertilbud i klinisk sykepleie innen nevrosykepleie. Dette er et selvfinansiert studium og få vil få dette dekket av sine arbeidsgivere. Så langt er meldingen at tilbudet ikke blir vurdert som aktuelt for personer som ønsker økt nevrointensiv kunnskap. De velger da heller anestesi og intensiv masterløp uten nevneverdig tema innenfor hjerneovervåking. I lys av

dette bør regjeringen sette fokus på flere områder med behov for kompetanseheving enn det som kommer til uttrykk i forslag til Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning.

Bergen/Oslo 25. februar 2021

For Hjerneverket

Annbjørg Hausken, leder av Nevrosykepleierne, faggruppe i NSF, og medlem av Hjerneverket

Aud Kvalbein, generalsekretær i Hjerneverket