

Oslo universitetssykehus HF. I dag, i morgen og i fremtiden

Innspill til Utviklingsplan 2035 fra OsloMet – storbyuniversitetet

Vi takker for muligheten til å komme med innspill til Oslo universitetssykehus HF – Utviklingsplan 2035. Vi har gode og lange samarbeidstradisjoner med OUS og opplever at vi er gjensidig avhengig av hverandre gjennom samarbeid om praksisstudier og forskning. OsloMet bidrar med den største andel nyutdannede kandidatene til OUS og samarbeider om spesialistutdanning av sykepleiere. OsloMet er representert i Utdannings- og Forskningsutvalget på OUS.

Utkast til utviklingsplan er basert på et grundig arbeid og er velskrevet. Vi har lest denne med stor interesse. Vårt hovedinntrykk er at utviklingsplanen har stor vekt på medisin, Universitetet i Oslo og tilhørende utdanning av leger. Det samme gjelder forskning og innovasjon. Både utdanning av leger og medisinsk forskning er avgjørende for drift og kvalitet i helsetjenesten, men tjenesten driftes i dag av en mengde helsearbeidere som alle bidrar til dette. OsloMet – storbyuniversitetet har en sentral rolle i utdanning av helsepersonell, både på bachelor, master og doktorgradsnivå. OsloMet – storbyuniversitetet står for en større andel av studenter i praksis og ferdige kandidater til OUS enn UiO. Vi viser her for eksempel til tabell 23 Utdanningsvirksomhet OUS 2016, i delkapittel 2.7.1 Utdanning. I inneværende studieår har OsloMet nærmere 1200 studenter i praksisstudier ved OsloMet og vi estimerer at dette står for ca 80% av helsefagstudentene ved OUS fra OsloMet.

Planen understreker at utdanning og rekruttering av spesialsykepleiere er den største utfordringen for OUS når det gjelder personell, sammen med noen få legespesialiteter. OsloMet er den viktigste samarbeidspartneren for OUS for utdanning av nettopp spesialsykepleiere. Men OUS og OsloMet har, og har hatt tett samarbeid om andre programmer slik som bachelor i paramedikk.

Når det gjelder helseforskning (merk av vi bruker begrepet helseforskning som en samlebeskrivelse for medisinsk og helsefaglig forskning i tråd med helseprogrammene i Forskningsrådet og begrepsbruken i NSG (Nasjonalt Samarbeidsgruppe for helseforskning) har OsloMet en ekspansiv utvikling med over 120 stipendiater på vårt doktorgradsprogram i helsevitenskap. Våre publikasjoner de siste årene viser at OUS er en av våre viktigste samarbeidspartnere, og vi ønsker å videreutvikle samarbeidet for å styrke både undervisningen og forskningen ved våre to virksomheter. I utviklingsplanen fremheves det at OUS er tett koordinerte med UiO i hele bredden av helseforskningen. OsloMet, som er den største aktøren i Oslo innen helseforskning, med unntak av medisin, nevnes ikke som en viktig samarbeidspartner i helseforskning til tross for at vi samarbeider tett med OUS i forskning. Planen fremhever at OUS skal satse på å bygge fremragende forskningsmiljøer i nært samarbeid med OUS og i tett samarbeid med brukere. Mer brukerinitiert forskning kan få konsekvenser for hva det skal forskes på i fremtiden, noe planen i liten grad problematiserer. Planen fremhever gjentatte ganger behovet for tverrfaglig forskning. Behovet for å bygge forskningskompetanse og løfte forskning innen de øvrige helsefagene synliggjøres lite i planen. Det kan stilles spørsmål ved om UiO bør være den primære (eller den ene) samarbeidspartner for OUS når det gjelder å heve forskningskompetansen i hele bredden av helsefagene, noe som er nødvendig for å bygge fremragende forskningsmiljøer også innenfor andre fagområder enn medisin. Her vil et tettere samarbeid med OsloMet kunne styrke helseforskningen ved UiO.

Vi registrerer at OsloMet nevnes en gang i planen, - i avsnittet om interessenter der vi listes som en av 20 andre.

Vårt hoved innspill er derfor at OUS i større grad bør understreke OsloMet sin rolle som viktig samarbeidspartner i dag, i morgen og i framtiden, både når det gjelder utdanning, forskning og innovasjon.

OsloMet som samarbeidspartner

I tillegg til vårt overordnede samarbeid om praksisstudiene som nevnt over vil vi nevne noen områder som kunne vært løftet frem i planen.

Vi samarbeider med OUS om utlysningen av kliniske stipendiatstillinger, finansiert via samarbeidsmidler. Videre er simulering også et svært aktuelt område for videreutvikling av samarbeid. OsloMet har sin egen simuleringsenhet der blant annet medisinstudentene trener akuttmedisinske situasjoner sammen med sykepleiere i samarbeidsprosjektet «Stud Best». Simulering som metode for å trene tverrfaglig teamarbeid er vel dokumentert og kan, slik utviklingsplanen understreker, brukes mer av alle helsefag, både i grunnutdanning og for etterutdanning av helsepersonell. Nye områder for slik bruk er også medvirkning, samvalg og bruk av beslutningstøtte. Innen simulering bør helsefagene og samarbeidsprosjekter nevnes. I tillegg kan en tenke seg bruk og utnyttning av simulerings enheter på tvers av institusjonene, noe som kan sikre en mer tverrfaglig og effektiv utnyttelse av simuleringsenhetene både på OUS og OsloMet.

Arealer er omtalt noen steder i planen, vi viser spesielt til tabellen på side 124. Vi anbefaler å styrke samarbeidet med OsloMet når det gjelder arealer for alle våre studenter i praksisstudier og vil understreke at arealer har betydning for kvalitet i praksisundervisningen, særlig når det gjelder gruppeveiledning. For noen av våre studenter, for eksempel i sykepleie er manglende arealer og rom til veiledning en begrensning for god praksis. Veilederkompetanse er et tilvarende viktig område for å sikre kvalitet i praksisundervisningen. Her viser vi til det omfattende arbeidet som er gjort vedrørende utredning av praksisveiledning av Universitet- og høgskolerådet (UHR) http://www.uhr.no/aktuelt_fra_uhr/veiledende_retningslinjer_for_uttanning_og_kompetansevurderi.

Jobbglidning/oppgavedeling

Generelt i helsetjenesten sees økende grad av jobbglidning/oppgavedeling. En utredning fra Helsedirektoratet (2013) tar for seg dette i spesialisthelsetjenesten og inkluderer bl annet en kunnskapsoppsummering om effekt av oppgaveglidning på ventetider og mer effektiv pasientbehandling når det gjelder glidning mellom:

Operasjonsteknikere/operasjonssykepleiere, Radiografer/radiologer, Patologassistenter/patologer, Sykepleiere/leger til skopier (fiberoptiske undersøkelser), Fysioterapeuter og sykepleiere /leger i oppfølging og kontroll på poliklinikker ☐ Bruk av helsesekretærer og annet merkantilt personell i nye og endrede roller.

Rapportens foreløpige konklusjon basert på forskning, erfaringer og opplevd effekt, viser at endret oppgavedeling mellom helsepersonell kan føre til kortere ventetid og bedre pasientbehandling. Det er imidlertid behov for mer forskning for å få bekreftet dette vitenskapelig.

Generelt etterlyser vi en nærmere omtale av oppgaveglidning mellom helsepersonell i planen.

Teknologi og helse

Den teknologiske utviklingen skjer fort og vi ser allerede store konsekvenser for helsetjenesten, for den enkelte pasient og for de som jobber der. Helsepersonell må derfor ha kompetanse innen teknologi og digitalisering. Dette gjelder alle helsefagene, ikke bare medisin. I møtene mellom pasienter og teknologi vil alle helsefag være tilstede og alle må kunne identifisere behov for teknologi, samt veilede og støtte i bruken av dette. Man må også kunne samarbeide godt med teknologer. Et samarbeid med universiteter herunder OsloMet og OUS vil kunne gi gode resultater. Dette bør med i rapporten *I dag, i morgen og i framtiden*. Et samarbeidet bør omfatte både utvikling av nye retninger innenfor bildediagnostikk og behandling, samt forskning. Dette gjelder både innen medisin og helsefagene. Fakultet for helsevitenskap har for eksempel en felles forskningsgruppe med fakultet for teknologi, kunst og design. Avsnitt 3.7 Medisinskfaglig og – teknologisk utvikling bør breddes og endres til Medisin og helsefaglig, - eller bare Helsefaglig.

I Forskrift om felles rammeplan for alle helse- og sosialfagutdanninger som ble vedtatt av Kunnskapsministeren i 2017 er et av tolv felles læringsmål følgende «*Kandidaten har digital kompetanse og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ- og systemnivå.*». Dette skal altså dekkes i alle 13 bachelorutdanningene OsloMet har ansvar for og legges nå inn i programplanene. Helsetjenesten har en sentral rolle i utformingen av læringsutbyttene for alle helseutdanningene i Kunnskapsdepartementets prosjekt RETHOS som er en oppfølging av forskrift om felles rammeplan.

I tillegg til at dette tematisk skal inn i alle utdanninger har OsloMet satt i gang et utredningsarbeid for å vurdere behov og innhold i ett nytt bachelorprogram/masterprogram evt en videreutdanning innen helseteknologi. Vi stiller spørsmålet «er det behov for en ny profesjon? En helseteknolog?»

4.3.2 Bruk av ny teknologi og digitalisering

Planen nämner att teknologiutvecklingen vill styra den medicinska utvecklingen och att huvudmotorn i denna utveckling är forskning. Vi är av uppfattningen att man tydligare bör framhäva att det är det medicinska behovet som styr utvecklingen av teknologin i huvudskap och ej tvärtom såsom det är skrivet nu.

De ekonomiska konsekvenserna av investering i ny teknologisk utrustning bör undersökas om de kan lösas genom leasing av utrustning istället för inköp och därmed höga avskrivningskostnader. Det bör finnas ekonomiskt-administrativa lösningar för både traditionell investering och "leasing" vad gäller ny teknologisk utrustning.

Vi är eniga i att teknologiändringarna bör återspeglas i ny organisering där MTU och IKT ej har rigida gränser utan istället är sammanvävda. Vi vill dock påpeka om viktigheten att generellt höja hela personalstyrkans generella teknologiskakompetens. Det nämns i planen ett ökat behov för teknologer och vi är eniga i detta. Men vi menar även att dessa teknologer samt befintlig personal bör bereddast en mer helseteknologisk kompetens. Det betyder att helsepersonal skall ha så pass hög teknologisk förståelse att de kan betjäna utrustningen utan bistånd av rena teknologer. Om så inte sker riskerar teknologin bli en flaskhals i den dagliga produktionen. Det är väsentligt att helsepersonal är väl skaffade att betjäna utrustningen (produktion) och att genom sin kunnskap bedriva innovation (R&D) runt använd utrustning.

Vi er enige i planens beskrivelse av konsekvenser for infrastruktur og viktighet av fleksibilitet gjennom delvis overdimensjonering av kritiske parametere i teknologimassor for å lettere kunne møte teknologiforandringens infrastrukturbehov.

De fem punktene som sammenfattar teknologens viktighet er vi enige i. Vi vil dock en gang poängtere at løsningen ikke endelig ligger i å rekruttere flere teknologer og annen personal med realfaglig bakgrunn uten at helsepersonell allerede har mulighet til å gjøre enda bedre arbeid i fremtidens helse teknologiske miljø. Teknologien er et verktøy og hjelpemiddel men kommer ikke til å løse utfordringene. Det er derfor viktig at hele organisasjonen forstår og involveres i utviklingen og bruken av fremtidens teknologi. Det i sin tur betyr at sykehusets rekrutterings strategi bør integreres i teknologiutviklingsplanen.

For å fullt ut forstå "veikart for digitaliserings tiltak" og dermed kunne kommentere kreves en tydeligere beskrivelse av figuren på side 61 i høringsutkastet.

I planen framkommer at man ser for seg en del tidsbesparende ved teknologens bruk. Vår oppfatning er at man bør vurdere spart tidsressurs mot sådanne som teknologien ikke kan løse teknisk og menneskelig nærhet hos pasient. Om man klarer det bør kvaliteten på vården kunne økes enda mer enn om man bare fokuserer på teknologisk utvikling.

Kombinerte stillinger

Planen skisserer bruken av kombinerte stillinger mellom OUS og UiO som en bærebjelke for utdanning av leger, og i forskning. Vi savner en refleksjon knyttet til mangelen på slike stillinger innen de øvrige helsefagene og en plan for hvordan dette kan bli en realitet fremover i OUS.

Kompetanseutvikling

OsloMet er en viktig samarbeidspartner for kompetanseutvikling mange grupper helsepersonell på OUS. Dette gjelder både grunn og videreutdanning, herunder spesialistutdanning. OsloMet ønsker også i økende grad å tilby fleksible utdanningsmoduler basert på arbeidsgiverens behov. Et tettere samspill med OUS er ønskelig. Dette store potensiale for kompetansebygging med hovedbidrag fra OsloMet for at en stor andel av helsepersonell på OUS kan tydeliggjøres.

Det er også viktig at utdannings og forskningsorienterte institusjoner som OsloMet i samarbeid med OUS arbeider sammen om løse utfordringer og kompetansebehov knyttet til AI, automatisasjon, peronilpasset medisin mm, slik at dette kommer tidlig inn i utdanningene.

Fremdeles er kapasiteten for lav til tross for sterk vekst de seneste årene. Effektiviteten og kapasiteten kan nok økes ved et felles RIS/PACS, og ny teknologi, men med en eldre pasientpopulasjon og økt krav til kompetanseheving som innføring ny teknologi fordrer vil kreve spisset kompetanse.

Radiografi, radiologi og medisinsk fysikk.

Rapporten tar innover seg at pasientpopulasjonen vil bli eldre og at det dermed vil krevet økte ressurser innen intervensjonsradiologi og at disse vil arbeide mer klinisk. En slik endring i pasientpopulasjon vil også medføre en annen form for pasientinformasjon, omsorg og observasjon. Dette vil være ressurskrevende for både radiologer og radiografer, men først og fremst for radiografer. Hvordan skal OUS sikre dette?

Rapporten bør også ta inn over seg at radiografien vil bli mer komplisert med ny teknologi. Det vil kreve bred kompetanse blant radiografene og kanskje endring i utdanningen. Også her bør utdanningen speile de siste forskningsresultater og internasjonale trender. Det er ikke bare medisinstudiet som er i endring. Det krever også et samarbeid mellom radiografutdanningen og OUS, for å sikre pasienten gode og effektive helsetjenester.

OUS bør være ledende innenfor innovasjon, forskning og utdanning. Rapporten bør ta opp i seg at fremtiden vil kreve at det forskes innenfor gruppene av radiologer, medisinske fysikere og radiografer. OUS bør ha som mål å øke antall phd kandidater innenfor alle fagene innenfor bildediagnostikk og behandling. Det bør også defineres et mål om flerfaglig forskning mellom radiograf, radiolog og fysiker.

Oppdragsdokumentets krav om kunnskapsbasert praksis må i varetas og radiografene har formell kompetanse på dette og er dermed en verdifull ressurs.

For å møte fremtidens utfordringer må det forskes fram til de gode metodene innenfor radiografi, radiologi og medisinsk fysikk.

Endringer i bildediagnostikk og behandling vil være i stor endring fram mot 2035 og det vil kreve et økt samarbeid og forskning med universiteter som utdanner helsepersonell innenfor bildediagnostikk og behandling.

Endring i radiologrollen vil medføre endring i radiografrollen. Radiologrollen vil innebære mer intervensjon, kirurgi og annen behandling og det vil derfor bli en økt *oppgavedeling* mellom radiograf, radiolog og medisinske fysikere.

Det bør legges tydeligere til rette for Drgradsforløp, spesialisering også for andre profesjoner en legeutdanningen.

Oslo, 8.april 2018

Gro Jamtvedt

Dekan

Fakultet for helsevitenskap

OsloMet - storbyuniversitetet