

Generelt

Arbeidet med utviklingsplaner er sykehusets mulighet til å påvirke helsepolitikken og prioriteringene framover. Høringsutkastet har mye godt innhold. St Olav beskrives i positive ordelag og med høye faglige ambisjoner. Men - det er mye prosatekst og en del gjentakelser. Dersom St Olav sin utviklingsplan skal bidra til en konkret Regional utviklingsplan, for så å sette spor i ny Nasjonal helse og samhandlingsplan, må det jobbes mer med målbildene i starten av kapitlene og med prioriteringene (kulepunktene) i slutten av kapitlene. 4-årsperspektivet er viktigst.

I 2019 var det Helse Sør-Øst sin utviklingsplan som var den mest konkrete, basert på analyser, og som satte mest preg på gjeldene Nasjonal helse og sykehusplan (2020 – 2023).

Begreper/formuleringer:

Vi bør som hovedregel bruke begrepet *utdanning* framfor undervisning. Helsefaglig utdanning er en lovpålagt hovedoppgave som brukes sammen med forskning og innovasjon, i synergi (se side 10).

Utdanning skal være *forskningsbasert*, jfr lov om universitet og høyskoler. På side 46 står det at vi har kunnskapsbasert utdanning av våre helsearbeidere. Det bør rettes opp.

På side 15: «Det er en lederoppgave å organisere virksomheten slik at ansatte kan yte forsvarlig helsehjelp og omsorgsfull pleie». Det er mer vanlig å skrive i tråd med lovteksten i helsepersonellovens § 4: (...) *faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp*

Innledningsvis på side 36 beskrives målet med digitalisering. Det er ok. På side 37 står det at økt digitalisering og bruk av teknologi kan gi mer plass til *omsorg og varme hender*. Det er vel mer tid til direkte pasientrettet arbeid som menes, håper jeg. Skriv det.

Litt uklart hva som menes med *god rekrutteringskompetanse* (s 47) og setningen «Rekruttering handler om å ivareta bærekraft i det totale helsepersonellbehovet i vår region».

S 48: Også andre fakultet ved NTNU er viktige samarbeidspartnere, likedan *fagskoler* og videregående skoler (stryk kommunene). Våre utdanningskandidater tilhører mange *utdanningsretninger* (stryk disipliner)

S 49: Bytt ut ordet praksisplasser (x 2) med *veiledningskapasitet*.

Begrepet *oppgavdeling* bør i de fleste sammenhenger benyttes framfor oppgaveglidning (eks s 51)

Kap 4.2.1 Forskning

Støtter at sykehuset bør ha en egen forskningsstrategi. Den vi har er utdatert. Sykehuset bør også ha en utdannings- og rekrutteringsstrategi, herunder en strategi for å bygge/rekruttere forskningskompetanse.

Kap 4.3.1. Utdanning

Som regionssykehus og integrert universitetssykehus står det innledningsvis at vi skal være i faglig front og integrert med NTNU. Dette bør følges opp og konkretiseres i dette kapitlet.

Kompetansesammensettingsprosjektet nevnes mange ganger, og det hentes mye tekst fra prosjektplanene, som ikke trengs å gjentas i en utviklingsplan. Foreslår derfor å fjerne tabellen på s 48, og heller finne igjen målsettingene i de prioriterte kulepunktene.

St Olav må utvikle gode fagmiljø og ha synlige karriereveier for å rekruttere, beholde og utvikle gode fagfolk. Studenter er vår viktigste rekrutteringskilde, så vi må også utvikle *gode læringsmiljø*.

Forslag til endringer/ny tekst s 49, som er delvis i tråd med innspill som nylig er sendt Spekter ifm Helsepersonellkommisjonen sitt arbeid (Forutsetter at avsnittet om LIS flyttes litt)

Regjeringen annonserte høsten 2021 500 nye studieplasser innen sykepleie/spesialsykepleie. Dette kommer i tillegg til økning i studieplasser fom 2020. Hver nye studieplass genererer et behov for inntil 30 uker veiledet praksis i spesialisthelsetjenesten, hvor veiledningskompetanse og –kapasitet allerede er en begrensning.

Økning i studieplasser som impliserer praksisstudier bør skje etter en felles og langsiktig plan mellom UH og tjenester, som også omfatter finansiering og rapportering. (Kunne har stått under «vårt målbilde»)

Effektiviseringen i spesialisthelsetjenesten med standardiserte forløp, færre senger, kortere liggetid og dreining fra døgn- til dagbehandling, samt mer komplisert behandling også på sengepostene, har påvirket læringsarenaene betydelig. Det har blitt flere læresituasjoner i sum, men læringen må skje gjennom kortere pasientmøter, overfor mer komplekse pasienter, gjerne i uavklarte situasjoner, samtidig som det er en økning i antall studenter. Dette har vært en gradvis utvikling over flere år, men gjennom pandemien har disse faktorene forsterket seg. Mangelen på intensiv- og overvåkningskapasitet gjør at pasientene på sengeposter og dagenheter også har behov for overvåkning og avansert behandling og teknologi. Og mangelen særlig på sykepleiere, ABIO-sykepleiere og jordmødre gjør at veiledningskapasiteten er svært presset nettopp der hvor mangelen og behovet er størst.

Det krever tid, ressurser og samarbeid med UH-sektoren å øke veiledningskapasiteten. Bygging av veiledningskompetanse og –kapasitet må skje i samarbeid med utdanningsinstitusjonene etter en felles plan. Læringsutbyttene, praksismodellene og pedagogikken må tilpasses sykehusets komplekse virksomhet. Lærerne må ha kapasitet til å bistå i pedagogiske spørsmål inkludert planlegging av læringsaktiviteter og veiledningsmetodikk (jfr Forskrift om felles rammeplan for helse og sosialfagutdanninger).

Selv om all høyere utdanning skal være forskningsbasert, finnes det lite utdanningsforskning og systematisk evaluering av hvilke praksismodeller og aktiviteter som faktisk virker i direkte pasientkontakt, i delvis pressede situasjoner. Praksisstudier utgjør en stor andel av studiene, men er et forskningssvakt og pedagogisk krevende område, som det følger lite penger med. Mange modeller er utviklet, men det finnes få kunnskapsoppsummeringer. Dette gjelder de fleste studieretninger med praksisstudier i helsetjenesten. Kun innenfor simulering og ferdighetstrening har det de siste årene kommet en del forskning på læringsutbytter og hvorvidt det kan erstatte eller supplere praksisstudiene.

Det er en utfordring at utdanningsoppgaven taper overfor forskningsoppgaven når det gjelder finansiering, infrastruktur og støttesystemer. Det gjelder både i helseforetakene, i kommunene og ved universitet/høgskoler.

Kombinasjonsstillinger er et viktig tiltak for alle grupper. Her trengs modeller og finansierungsordninger som kan tilpasses flere enn legene. For å kunne tilsettes i kombinert stilling ved Universitetet kreves minimum mastergrad.

Det er i både UH og spesialisthelsetjenestens interesse at en økende andel helsepersonell har akademisk kompetanse tilsvarende master/phd og kan bidra til å utvikle faget, utdanningene og den

kliniske virksomheten. Disse vil i tillegg kunne bidra til at praksisstudiene er kunnskapsbaserte og til at fagmiljøene i UH-sektoren opprettholdes og etter hvert styrkes.

Økt samarbeid om satsningen på stipendiatstillinger kan dekke behovet for førstekompetanse i flere fagmiljøer... osv slik det står på s 50.

Både kombinerte stillinger og frikjøp av stillingsandeler til praksisveiledning vil kunne gi gevinster i rekrutteringsøyemed.

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv (disse kulepunktene kan erstatte kulepunkt 1, 2, 5, 6 og 8). Jeg synes ikke vi skal ha noe 15-årsperspektiv.

- *Utarbeide og en felles plan med NTNU om bygging av veiledningskompetanse og veiledningskapasitet i takt med økningen av studieplasser*
- *Fortsette arbeidet med å utvikle og implementere praksismodeller som har vist gode resultater*
- *Utarbeide en felles plan med NTNU om bygging av akademisk kompetanse, etablering av kombinerte stillinger og stipendiatstillinger særlig innen fagområder hvor det er mangel på kompetanse*
- *Øke aktiviteten innen medisinsk og helsefaglig utdanningsforskning, med særlig fokus på praksisstudier*
- *Vurdere om innholdet i videre-/masterutdanningene for sykepleiere er i tråd med St Olav sitt behov for kompetanse, og om det er behov for å etablere nye utdanningstilbud*

Kap 4.3 Rekruttere, utvikle og beholde personell og kap 4.3.2 bemanning og kompetanse

Rekruttering er tema både i starten av kap 4.3 og i kap 4.3.2; en litt uheldig og plasskrevende redigering. Bør komprimeres.

I sum står det mye bra om rekruttering disse to kapitlene, men det kunne ha vært mye tydeligere og mer ambisiøst, sett i lys av at mangel på helsepersonell *gjennomgående* beskrives som vår største utfordring. F. eks er det et særdeles viktig punkt på s 47 om å jobbe sammen med kommunene om rekruttering, men det følges ikke opp senere, heller ikke under 4.4.1 Helsefelleskap

St Olav må jobbe sammen med kommunene om rekruttering, ikke konkurrere, slik vi gjør nå. Trondheim er en attraktiv studentby, men NTNU utdanner til hele landet. Trondheims arbeidsgivere innen helse bør ha en felles strategi for å beholde studentene også *etter* at de er ferdig utdannet. St Olav må altså ta opp konkurransen med andre sykehus/andre helseregioner, ikke mot vår egne kommuner. Og da slår inn særlig dette med fulle faste stillinger, videre karriereveier etter endt utdanning og *forutsigbar* lønn. Der må vi bli bedre.

Faste fulle stillinger er helt avgjørende for valg av utdanning, yrke og arbeidsplass. Ungdommer er opptatt av dette når de velger utdanning. Det betyr at utlysningstekst = omdømmebygging. Praksisstudier bidrar også omdømmebygging. Studenter er vår viktigste rekrutteringskilde. Praksisstudier har 3 formål. I tillegg til å oppnå læringsutbyttet (1), sosialiseres studentene til yrket (2) og introduseres for en framtidig arbeidsplass (3).

Dette med praksisarenaer som rekrutteringsarenaer bør beskrives nærmere. Videre bør dette med å utvikle personell og sikre etter- og videreutdanning omtales som *karriereveier*, det gjelder *både kliniske og akademiske karriereveier*. Det henger bedre sammen med universitetssykehusets ambisjoner som beskrives innledningsvis i planen.

På side 51 står at pandemien har vist sårbarhet innen intensivmedisin når det gjelder kapasitet og kompetanse. Det samme har for lengst rammet sengepostene som også mangler bemanning og kompetanse. Her mangler i tillegg karriereveier for sykepleiere og helsefagarbeidere. Ikke alle sykepleiere (3-årig bachelor) skal videre til spesialenhet (etter f.eks. videreutdanning i ABIOK-sykepleie), men de fleste bør heve kompetansen til et mer avansert nivå. Det bør være universitetssykehusets uttalte ambisjon (jfr kapitlet om utdanning).

Mye i kap 4.3.2 er hentet fra prosjektbeskrivelsene i Kompetansesammensettingsprosjektet. (Det finnes tekst herfra i andre kapitler av planutkastet også) Selv om dette er aktuelt akkurat nå, trenger det ikke så stå mye i sykehusets utviklingsplan. Tiltakene og prioriteringene i et 4-årspektiv er imidlertid viktige, jfr s 50 og s 53. Husk at det er disse vi ønsker å finne igjen i ny nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Traineestillingene er svært attraktive. Tiltakene i traineeprogrammet bør gjengis fullstendig hvis det skal være noe poeng å nevne det i planen: fast 100 % stilling, kompetanseprogram, mentorordning, sykepleiefaglig veiledning, rotasjon mellom 3 fagområder i løpet av 2 år. Alle nytilsatte sykepleiere bør tilbys de fleste av disse tiltakene. Traineeene skal i tillegg rotere i en 2-årsperiode. Traineeordningen bør også få et kulepunkt på s 53, i tillegg til felles rekrutteringsstrategi med kommunen(e)

Grete Samstad