



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Kunnskapsdepartementet
postmottak@kd.dep.no

Sendt kun pr. e-post

Deres ref.: 22/4033-57

Vår ref.: SAK2023003381

Dato: 14-06-2023

Legeforeningens foreløpige innspill til Profesjonsmeldingen

Det vises til brev av 28. april vedrørende invitasjon til å gi innspill til den kommende profesjonsmeldingen.

Vedlagt følger Legeforeningens foreløpige innspill. Det er tatt utgangspunkt i vedlegg «Grunnlag for innspel til melding til Stortinget om profesjonsutdanningane (profesjonsmeldinga)».

Generelle innspill

Mangelen på leger er økende, og det setter helsetjenesten under press. Utviklingen i antall studieplasser i medisnutdanningen i Norge følger ikke det økende behovet for leger i arbeidsmarkedet.

Dimensjonering av studieplasser i medisin må ses i forhold til nasjonale behov for leger og internasjonale forpliktelser. I dag er det mange unge som tar sin medisinske utdanning utenfor Norge. Norge utpeker seg ved at et stort antall norske studenter tar sin medisinske grunnutdanning i utlandet, nær 50 %, blant dagens medisinstudenter. Legeforeningen støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at Norge skal utdanne 80 % av våre egne leger ¹.

I tillegg har Norge internasjonale forpliktelser. WHO-koden oppfordrer alle land til å ta ansvar for å utdanne sitt eget helsepersonell ².

Legeforeningen understreker at evt. økninger i studieplasser betinger et solid akademisk grunnlag og robuste økonomiske rammebetingelser, herunder at rammevilkårene for klinisk undervisning og praksis i primærhelsetjenesten er ivaretatt. Opptrappinger må ikke ramme det akademiske grunnlaget ved allerede etablerte studiesteder.

¹ [Høring Grimstadutvalgets utredning Studieplasser i medisin i Norge Behov modeller og muligheter - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/horing-grimstadutvalgets-utredning-studieplasser-i-medisin-i-norge-behov-modeller-og-muligheter)

² https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70525/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf;jsessionid=A749A5F13D704C51FA10C3F3D96642FF?sequence=1

En økning i antallet studieplasser forutsetter også flere LIS1-stillinger. I dagens situasjon utdanner vi til arbeidsledighet til tross for helsetjenestens behov for flere spesialister. Det vises til at MENON i Grimstadutvalget har beregnet det samfunnsøkonomiske tapet ved at nyutdannede kommer forsinket ut i arbeidslivet til å være i underkant av 125 millioner kroner ³.

Kvalitet

Legeforeningen mener at medisinstudiet skal være et integrert studieløp som følger internasjonale, kunnskapsbaserte anbefalinger for helsefaglige profesjonsutdanninger. Dette lar seg best realisere gjennom hele grader.

Å utdanne leger i en norsk kontekst er forsterket med innføringen av RETHOS; Retningslinjer og minstekrav for hva for eksempel en lege skal kunne etter endt studie ⁴.

Undervisningsformene i studiet må være kunnskapsbaserte og stimulere til livslang læring. I dag er det imidlertid en utfordring å skaffe til veie nok leger som undervisere. Medisinstudentene møter færre og færre leger som undervisere. Det kan føre til at undervisningen ikke oppleves som relevant eller settes inn i en relevant kontekst, og med risiko at det som undervises forsvinner og at kunnskap kan gå tapt.

For å kunne utdanne gode leger, er det essensielt at faglig innhold i utdanningene er forskningsbasert og i kunnskapsfronten. Det må tilrettelegges for forskning innenfor profesjonen. En tydelig kobling til forskning er viktig for å holde undervisning og praksislæring relevant og oppdatert.

Under kapittelet om kvalitet beskrives behov for endringer som følge av digitalisering og innføring av ny teknologi. Men det beskrives ikke noe i teksten om hvordan utdanningene fremover skal stimulere til utvikling av nye diagnostiske hjelpemidler eller behandling. En slik kompetanse er nødvendig for å stimulere til videre utvikling av legetjenesten. Entreprenørskap bør få en større plass for å stimulere til dette i fremtiden, og foreningen håper at dette kan belyses nærmere i profesjonsmeldingen.

Kapasitet og praksis

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, EU – direktivet, Artikkel 24; [uoffisiell oversettelse direktiv 305L0036 \(regjeringen.no\)](#) ⁵ har bestemmelser for ulike utdanningers lengde. En legeutdanning er for eksempel seks år eller 5500 timer. Det er utdanningsinstitusjonenes ansvar å følge opp dette.

Utfordringen med flere studieplasser er tilgangen på praksisplasser. Praksisplasser er krevende i utdanningen.

Bruk av campus/desentraliserte utdanningssteder muliggjør flere studieplasser i medisin, som en del av studieplanen ved lærestedet. Men en slik løsning må ivareta universitetstilknytning og tilhørighet, slik at campusløsningen ikke medfører fragmentering av studiemiljøer. NTNU ved fagmiljøet LINK, Universitetet i Tromsø med Finnmarkslegen, Vestlandslegen ved Universitetet i Bergen og Campus Sør i Kristiansand tilknyttet Universitetet i Oslo (UiO), har allerede erfaringer med desentraliserte studieløp.

³ [11745900 rapport utredning fra grimstadutvalget.pdf \(regjeringen.no\)](#)

⁴ [Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene \(RETHOS\) - regjeringen.no](#)

⁵ [uoffisiell oversettelse direktiv 305L0036 \(regjeringen.no\)](#)

I løpet av studiet har også studentene lengre perioder med utplassering i allmenntidisin, der studentene under supervisjon og veiledning skal fylle legerollen så selvstendig som mulig. Det er viktig at praksisplasser er tilgjengelige, og at helsepersonell som bidrar til dette kompenseres tilstrekkelig for både tiden og ressursene som kreves i forbindelse med veiledning av studenter. For å få dette til er det essensielt at det kommer på plass nasjonale ordninger for finansiering av studieplasser i kommune- og spesialisthelsetjenesten for å sikre undervisning av god kvalitet. Dagens fastlegeordning er under stort press. Det må kompenseres for reell tapt arbeidsfortjeneste, nødvendige nye ressurser og veiledning, samt at andre kommunale oppgaver må reduseres/avlastes for å gi tid til undervisning og veiledning for de legene som inngår avtaler om undervisning/praksis med kommunen. Legeforeningen støtter innføring av nasjonale finansieringsordninger, og vil igjen henstille til at det gjøres en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten. Videre må kommunene og de allmenntidisiske avdelingene gis en økonomi som muliggjør ansettelse av tilstrekkelig antall praksislærere.

Krisen i fastlegeordningen gjør at det er enda vanskeligere enn tidligere for de allmenntidisiske universitetsavdelingene å rekruttere og beholde allmenntidiser som praksislærere. Svak finansiering av denne ordningen gjør at fastleger som tar på seg oppdrag som praksislærere for universitetene ender med å tape inntekter sammenliknet med det de gjør i klinisk praksis. På sikt vil dette føre til at den praksisnære delen av den allmenntidisiske utdanningen blir dårligere. En bedret finansiering av de allmenntidisiske avdelingene ved de medisinske fakultetene ville kunne bedre denne situasjonen. RETHOS- forskriften har også ført til et økt krav om praksis i allmenntidisin.

Mangfold

Per i dag er det vel 70 prosent kvinneandel på medisinstudiet. Dette er ikke en ønsket utvikling. Legeforeningen går inn for kjønnskvoltering. Kjønnen med lavest andel søkere bør kvoterer inn med 40 prosent av studiepllassene.

Ifm. høring NOU 2022: 17 Veier inn - ny modell for opptak til universiteter og høyskoler av 1. desember 2022 ⁶[hoeringsuttalelse felles-opptaksutvalget-feb.-2023.pdf \(legeforeningen.no\)](#) gikk Legeforeningen inn for videreføring av samisk kvote og nord- norsk kvote. Imidlertid mener Legeforeningen at det bør være en grense for hvor stor (karaktersnitt)forskjellen kan være mellom dem som kommer inn på ordinært grunnlag, og dem som kommer inn i spesielle kvoter bør være.

Andre minoriteter har ikke tilsvarende prioriteringer. Det er en sosial gradient i helse. Språklig og kulturell kjennskap er viktig når sårbare mennesker møter leger. Meldingen bør inneholde tanker om hvordan disse behov er tenkt dekket fremover.

Foreningen ba også ifm. ovennevnte høringssvar departementet om å vurdere behovet for distrikts kvoter i kommuner/områder med utfordringer knyttet til rekruttering av leger.

Avsluttende kommentarer knyttet til finansieringskategoriene

Legeforeningen gav nylig innspill til Stortingskomitehøring om Utsynsmeldingen⁷ når det gjelder spørsmål knyttet til finansieringskategoriene for universitet og høyskoler. I den anledning påpekte Legeforeningen viktigheten av at finansieringssystemet må være forståelig, transparent og sikre

⁶ [hoeringsuttalelse felles-opptaksutvalget-feb.-2023.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

⁷ [Meld. St. 14 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#)

langsiktigheten for utdanningsinstitusjonene. Undervisningssystemet må kunne ha tilstrekkelige ressurser for en forskningsbasert medisinutdanning av høy kvalitet. Å redusere antall finansieringskategorier fra seks til tre, bidrar til usikkerhet om den fremtidige medisinutdanningen i Norge.

Legeforeningen uttrykker bekymring for at et finansieringssystem med færre finansieringskategorier vil kunne føre til uformell omfordeling av ressurser internt, og ta nødvendige ressurser bort fra utdanningene. Medisin skiller seg fra andre studier bl.a. ved at studenter er avhengig av klinisk mengdetrening under kyndig veiledning.

Konsekvensene av dette kan bli et svekket undervisningstilbud, og vil hindre rekruttering av leger som undervisere. Det vises også til nylige tall fra Kunnskapsdepartementet⁸ som viser at kostnadene knyttet til profesjonsutdanningen i medisin ikke er redusert.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Øydis Rinde Jarandsen
spesialrådgiver

⁸ [Økning av utdanningskapasiteten i medisinutdanningen i Norge \(regjeringen.no\)](#)