

**Kunnskapsdepartementet**

Postboks 8119 Dep  
0032 OSLO

Vår ref.  
2020/272 - 10097/2020

Deres ref.  
19/4959

Saksbehandler  
Ruben Angell

Dato  
14.02.2020

**Hørings svar vedrørende Grimstadutvalgets utredning om studie plasser i medisin**

Vi viser til høringsnotat datert 14. november 2019 og takker for muligheten til å komme med innspill til utredningen.

I tråd med anmodningen har vi organisert vår uttalelse etter nummereringen av spørsmål i høringsnotatet, og supplert med konkrete vurderinger av anbefalingene og potensielle effekter der hvor vi har funnet det hensiktsmessig.

Vi gjør for ordens skyld oppmerksom på at noen av våre helseforetak avgir egne høringsuttalelser, og vi viser i det følgende til disse der dette er særlig relevant. Helseforetakene i vår region står for øvrig samlet bak dette hørings svaret.

**Utdanning av leger i Norge og i utlandet**

***1a) Hvilke fordeler er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?***

Det er et uttalt politisk mål i Norge at en betydelig andel norske studenter skal ha et studieopphold i utlandet. Gjennom Bologna-prosessen er Norge forpliktet til en målsetning om at dette skal gjelde 20 prosent av studentene, og man signaliserte i stortingsmeldingen «Kultur for kvalitet i høyere utdanning» et langsiktig mål om at halvparten skal reise ut i løpet av studietiden.

Selv om dette gjelder studenter ved norske institusjoner, og ikke studenter som tar en hel grad i utlandet, er bakgrunnen for motivasjonen en sammenfallende vurdering av at internasjonalisering er en forutsetning for global kunnskapsutvikling, og at utdanning i utlandet beriker studentene og tilfører verdifulle dem internasjonale perspektiver. Faglige impulser fra velrennomerte læresteder utenlands gir merverdi for det norske arbeidslivet. Dette er i høyeste grad også tilfelle for medisinstudenter, og utvalget peker selv på at det er lang tradisjon for at norske studenter tar medisinsk utdanning i utlandet.

**1b) Hvilke ulemper er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?**

Vi stiller oss bak utvalgets vurdering av at WHO-koden for internasjonal rekruttering av helsepersonell bør legges til grunn for utdanningskapasiteten i medisin. De etiske sidene ved dette er betydelige.

Vi mener også det er uheldig at et stor andel medisinstudenter investerer betydelige ressurser i å ta utdanningen utenlands, herunder ved å betale skolepenger, og at gjeldsbyrden for nyutdannede medisinstudenter blir svært høy.

Helse Midt-Norge vil også bemerke at den høye andelen medisinstudenter som utdannes i utlandet legger beslag på betydelige praksisressurser i norske helseforetak. Dette er ikke udelt negativt, men vi vurderer likevel at dagens praksis er uheldig i den forstand at helseforetakene ikke har overordnet oversikt og kontroll på ressursbruk eller prosedyrer for å gi slik praksis/hospitering.

**1c) Hvordan blir din organisasjon berørt hvis en større andel blir utdannet i Norge?**

Helseforetakene i Helse Midt-Norge vil måtte legge til rette for en større andel medisinstudenter i praksis. Vi går nærmere inn på konsekvenser og handlingsrom i punkt 3a.

Vi mener også at en økning i *andelen* medisinstudenter ikke nødvendigvis vil bli direkte sammenfallende med *antallet* medisinstudenter i Norge. Selv om man legger utvalgets vurderinger til grunn når det gjelder den potensielle effekten av å omlegge dagens studiestøttesystem for medisinstudenter utenlands, er det vanskelig å tallfeste denne effekten. Konsekvensene for helseforetakene dersom andelen medisinstudenter som utdannes i Norge ikke øker i like høy grad som kandidatmåltallene, vil være økt praksisbelastning. I tillegg vil dette medføre en økning i antallet leger som er avhengige av en LIS1-stilling for å påbegynne sitt spesialiseringssløp.

**1d) Dersom din organisasjon har erfaring med nyutdannede leger fra utdanningsinstitusjoner både i utlandet og Norge, er det noen forskjeller i kompetanse mellom disse?**

Vi viser til høringssvarene fra våre helseforetak på dette punktet.

Utover dette bemerker vi at det i sakens natur vil være slik at nyutdannede leger fra utdanningsinstitusjoner i Norge har større kjennskap til norske forhold. LIS1-utdanningen er ment å sikre et kompetansenivå på dette området også for utenlandsk utdannede studenter.

I tillegg er det en tilbakemelding fra våre helseforetak om at det unntaksvis er noen enkeltkandidater de opplever ikke tilfredsstillende nivået som forventet. Dette er ikke noe man opplever på gruppenivå, altså opplever de ikke at det har noen betydning om kandidaten har studert i Norge eller i utlandet.

### **1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?**

Vi viser til høringssvarene fra våre helseforetak på dette punktet.

### **1f) Grimstadutvalget fremholder at en studiemodell der teoretisk kunnskap og klinisk undervisning/praksis er integrert gjennom hele studieløpet er i tråd med internasjonale anbefalinger om medisin- og helseutdanning. Hvor viktig vurderes dette å være for utdanningen av gode leger?**

Vi vurderer dette som svært viktig. NTNU har de siste årene etablert et nytt studieløp hvor undervisningen foregår på sykehus og i kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag. Erfaringene vi har gjort oss med dette studieløpet er svært positive, og NTNU vurderer i samråd med Helse Møre og Romsdal en lignende modell i de kommende årene.

Vi peker også på kunnskapsoppsummeringen fra det nasjonale praksisprosjektet

*Det er et læringsprinsipp som er godt forankret i relevant læringsteori for høyere utdanning, og forfekter at læringen får høy kvalitet når læringsutbytte, vurderingsformer og undervisning samsvarer godt med hverandre. Hvis man for eksempel ønsker at studenter skal lære å samhandle med andre yrkesgrupper, bør studentene også vurderes på hvor godt de faktisk samhandler med andre, og undervisningen bør gi studentene god anledning til å trene på slik samhandling.*

*I lys av dette utgjør eksterne praksisstudier viktig undervisning som legger til rette for at studentene kan oppnå ønsket læringsutbytte. Utover tilrettelegging for målrettet læring, gir også eksterne praksisstudier opportunistisk og implisitt læring.*

*Ønskede læringsutbytter for hver enkelt utdanning er først og fremst UH-sektorens ansvar å definere og vedlikeholde, men helse- og velferdstjenesten bør påvirke dette både i form av å stille krav om kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse for de nyutdannede, og i form av inkludering og involvering av studenter i egen profesjonsutøvelse i løpet av studietiden<sup>1</sup>.*

RETHOS-prosjektet er en del av et nytt styringssystem for de helse- og sosialfaglige utdanningene, hvor en av målsetningene er at tjenestenes kompetansebehov i større grad skal være førende for innholdet i utdanningene, herunder medisinstudiet.

Vi vurderer at målsetningene med styringssystemet i større grad lar seg realisere dersom andelen medisinstudenter som utdannes i Norge øker, og hvor helsetjenesten har mulighet for å påvirke hvilke kompetanse studentene skal oppnå, og kravene som stilles til kvaliteten på praksisstudiene.

### **2a) Hva er synspunktene på en økning av studieplasser nasjonalt tilsvarende 80 prosent av nasjonalt behov?**

Vi støtter utvalgets vurderinger om at en andel tilsvarende 80% er en fornuftig målsetning.

---

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921ebe6f4c45d9a2f67fda3e6cae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf>

**2b) Bør det åpnes for at flere enn dagens fire universiteter med gradsrettigheter i medisin kan tilby utdanningen? Bør dette i tilfelle skje gjennom en hel grad eller en fellesgrad?**

Vi støtter utvalgets anbefaling F, om at det ikke utvikles 3-årige eller 4-årige studiemodeller med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet. Våre erfaringer tilsier at studiemodeller som varig inkluderer større deler av helsetjenesten, herunder desentrale utdanninger, er mest hensiktsmessig. Vi poengterer likevel at utviklingen av desentrale utdanninger og ytterligere campus ikke bør gå på bekostning av ressursene som per i dag brukes på universitetssykehusene.

**3a) Grimstadutvalget har samlet inn innspill fra de medisinske lærestedene om mulig kapasitetsøkning i utdanningene. Vi ber de berørte UH-institusjonene, helseforetakene og kommunene gi en vurdering av økt ressursbehov og anslag på kostnader, utover studieplassfinansiering, ved å utvide kapasiteten i medisinutdanningen, blant annet når det gjelder behov for økt kapasitet til undervisning og forskning, studentveiledning, praksis og integrerte universitetsarealer i sykehus og eventuelle andre kostnader. Vi ber om en vurdering av dette behovet både med en økning i antall studieplasser som i forslaget fra Grimstadutvalget og med nedskalering til halvparten og en tredjedel av forslaget til økning i antall studieplasser.**

Når det gjelder behovene for integrerte universitetsarealer i sykehus henviser vi særlig til høringsvaret fra vårt universitetssykehus, St. Olavs hospital HF. Felles for alle helseforetak som skal ivareta flere studenter er et økt behov for eksempelvis laboratorie- og undervisningsfasiliteter, og når nye sykehus tas i bruk som arena for klinisk undervisning vil det være investeringsbehov også ved disse.

Helseregionene har et særlig ansvar for å sikre en regional utdanningskapasitet i samråd med universitetene. Helse Midt-Norge vil i denne sammenhengen særlig se hen til vurderingene fra NTNU.

Som utvalget selv refererer til har NTNU pekt på at klinisk undervisning i 3. og 4. studieår er en avgjørende begrensning på muligheten for kapasitetsøkning, og hvor studenter og undervisere er tydelige på at gruppestørrelsen ikke kan økes uten at dette vil gå på bekostning av studentenes læringsutbytte.

Ved siste utvidelse av antallet studieplasser på medisin ble det opprettet et desentralisert studietilbud (NTNU Link) ved Sykehuset Levanger, som er en del av Helse Nord-Trøndelag HF («HNT»). HNT peker også på kullstørrelse som en viktig begrensning for å sikre et godt læringsutbytte.

HNT vurderer også at det vil være mulig å tilby sykehuspraksis 5. og 6. studieår til de samme studentene som gjennomfører 3. og 4. studieår i NTNU Link programmet.

NTNU peker i sine to scenarier på en innledende økning på 15 studieplasser utredet i dialog med Helse Møre og Romsdal HF («HMR»), som et desentralisert studieløp i 3. og 4. studieår. Vi vurderer i samråd med HMR dette som et realistisk forslag som kan håndteres

ved Ålesund Sykehus etter modell av NTNU Link, og viser til at det allerede er dialog mellom NTNU og HMR om dette.

Det andre scenariet ser på mulighetene for en utvidelse på ytterligere 50 studieplasser. Helse Midt-Norge RHF vurderer at det kan tenkes å kunne ivaretas en slik økning innad i helseregionen.

HNT har planlagt for en kapasitet på inntil 16 studenter per år for 3. og 4. studieår. Ut fra dagens situasjon er det en restkapasitet på i underkant av 15 studieplasser.

Legger man til grunn etableringen av et desentralisert tilbud på 15 studieplasser i HMR med oppstart fra 2021, vil helseforetaket ta imot det første kullet 3. års studenter i 2024. Det vurderes at helseforetaket vil kunne ivareta en økt utdanningskapasitet utover dette etterhvert som nøkkelpersonell får erfaring med studieløpet. Hvis man i tråd med utvalgets anbefaling legger til grunn en gradvis opptrapping av antallet studieplasser, vil studentkullet som starter høsten 2027 være klar for undervisning som 3. års studenter i år 2030. Dette gir noe tid for å tilpasse ressursbruken til den økte andelen studenter.

Helse Midt-Norge vurderer at den resterende økningen kan ivaretas ved St. Olavs hospital HF. Vi peker særlig på deres eget høringssvar på dette punktet.

Helse Midt-Norge legger det til grunn at det må en økning i rammebevilling til for å håndtere en økning på 15+50 studieplasser i vår region. Arbeidet med å kvalitetssikre den pågående implementeringen av ny LIS-ordning i helseforetakene stiller store samtidige krav. Det må sikres finansiering for et økt antall studenter, både fordi det vil medføre behov for mer kontorplass og poliklinikkapasitet, og supplement av utstyr, merkantilt personell og andre støttefunksjoner. Det vil også kreve veilederkompetanse og -kapasitet langt ut over det vi har i dag.

Vi mener det vil være fordelaktig å holde på prinsippet om at hver helseregion i all hovedsak må fremskaffe praksisplassene utdanningsinstitusjonene i regionen har behov for, og at en økning i antallet studieplasser som krever utstrakt bruk av praksisplasser og/eller desentralisert studieløp utenfor regionen hvor universitetssykehuset har sitt hovedsete bør holdes på et minimum, og ikke etableres som fast ordning.

Helse Midt-Norge har tidligere gjennomført et arbeid for å vurdere hva de reelle omkostningene ved praksisstudier er, men vurderer at det hefter en betydelig usikkerhet til slike vurderinger. En *økning* i antallet medisinstudenter med 15+50 plasser tilsier betydelige merkostnader for våre helseforetak. Vi anser beregningsgrunnlaget i rapporten fra Oslo Economics som usikkert når det gjelder anslått økning i personellkostnader, da tallene anslagene er basert på ikke er oppdaterte. Noen utgifter kan sannsynligvis hentes inn ved å dreie nåværende uformell praksis/hospiteres inn i strukturerte former, men det er lite realistisk å tro at økning i kandidatmåltall ikke vil medføre en høyst reell kostnadsøkning.

Å få utnyttet andre læringsarenaer enn universitetssykehusene slik vi i vår region har gjort gjennom NTNU Link vil imidlertid spre oppgavene, sikre nærhet og personlig oppfølging og bidra til kontinuitet og læring som ser ut til å bidra både til god kvalitet og sikrer lite påvirkning av kapasiteten på pasientbehandlingen. Hvor smertegrensen går, er

vanskelig å tallfeste, men innenfor de rammene som Grimstadutvalget peker på for vår region, vurderer vi at det bør være mulig å klare det.

Vår svar må ses i sammenheng med svaret i punkt 3b, da det må være et ufravikelig premiss at økningen i praksisbelastning dreies over fra det «uregulerte» segmentet nåværende utenlandsstudenter inn i ordnede former.

Utdanning er en av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, men det likevel viktig å understreke at finansieringsinsentivene for helseforetakene er de motsatte av hva de er for utdanningssektoren. Det er avgjørende å få på plass finanseringsmekanismer som etablerer en sammenheng mellom praksis-/klinisk undervisningsbelastning og finansieringen av denne virksomheten.

Vi støtter derfor anbefaling «S» om at det snarlig gjøres en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten.

Som nevnt i vårt svar til punkt 1c, er det mulig at en økning som har som formål å øke *andelen* medisinstudenter i Norge i realiteten resulterer i en økning i *antallet* norske leger generelt. Dette vil isolert sett øke etterspørselen for antall LIS1-stillinger.

Samtidig vil mer klinisk undervisning i sykehusene beslaglegge flere ressurser fra legespesialister, og flere medisinstudenter i praksis fordrer også større veiledningskapasitet. Dette er utfordringer helseforetakene også skal håndtere den nye LIS-ordningen.

Antallet LIS1-ordninger er per i dag en «flaskehals» for stadig flere nyutdannede leger, og en økning i antallet ferdigutdannede leger vil forsterke denne effekten. Helse Midt-Norge vurderer derfor at det vil være behov for å utnytte praksiskapasiteten i kommunehelsetjenesten i større grad, og det vil oppstå behov for å revurdere hvorvidt et krav om ettårig sykehustjeneste som innledende LIS1-tjeneste er hensiktsmessig på lengere sikt.

***3b) Hvis antall utenlandsstudenter reduseres og etterspørselen etter hospitering, arbeidsutveksling, mv., dermed blir mindre, vil det kunne frigjøre praksisplasser for studenter fra norske utdanningsinstitusjoner?***

Som Helse Midt-Norge tidligere har spilt inn til utvalgets arbeid, er det i dag et betydelig antall norske utenlandsstudenter som får praksis/hospitering ved helseforetakene i vår region.

Ressurser som i dag benyttes på praksis og/eller hospitering for denne gruppen må etter vårt syn prioriteres til studentene fra norske utdanningsinstitusjoner.

Vi støtter utvalgets anbefaling «P» om etablering av gode rutiner og åpne prosesser for utenlandsstudenter som ønsker praksis og hospitering i den norske helsetjenesten. Disse rutinene bør være nasjonalt ensartede og håndheves likt av alle landets helseforetak. Det bør tilstrebes at alle som har praksis/hospitering ved norske sykehus får dette registrert og godkjent. Uavhengig av forslagene fra utvalget mener Helse Midt-Norge at en

profesjonalisering av den hittidige praksisen er nødvendig, og at dette også vil bidra til å synliggjøre den reelle restkapasiteten til veiledning og undervisning av studenter.

**4a) Bør det etableres en modell med opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisnutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?**

Vi viser til vår vurdering av det er ønskelig med integrerte studier som sikrer godt samarbeid med praksisfeltet, og at tjenestenes kompetansebehov best kan ivaretas gjennom det nye styringssystemet for høyere utdanning. Utover dette ser vi det som mest hensiktsmessig å bruke ressurser på desentrale tilbud med utspring i de fire universitetene som i dag tilbyr medisnutdanning.

**4b) Vil en slik 3+3-modell gi den ønskede legekompertansen, i tråd med behovene i norsk helsetjeneste, og i samsvar med moderne legeutdanning?**

Se vårt svar til pkt. 4a

**4c) Hva er synspunktene på eventuell varighet for en slik ordning?**

Se vårt svar til pkt. 4a

Med vennlig hilsen

Anne Katarina Cartgjord  
HR-direktør

Ruben Angell  
Rådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer*