

Kunnskapsdepartementet

Høring - Grimstadutvalgets utredning: Studieplasser i medisin i Norge - behov, modeller og muligheter. Svar fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) viser til mottatt høring om Grimstadutvalgets utredning og takker for muligheten til å gi innspill til denne viktige saken som Kunnskapsdepartementet har satt i gang utredning av.

Om anbefalingene i Grimstadutvalgets anbefaling

NTNU støtter i all hovedsak anbefalingene i Grimstadutvalgets utredning. I de anbefalingene hvor utvalget er delt, det vil si anbefaling F, I og L, støtter NTNU anbefalingene til medlemmene Grimstad, Hunskår og Straume.

Sammenfattet mener NTNU at Norge, i tråd med WHO-koden, bør utvide kapasiteten i studieplasser i medisin til å dekke landets legebehov, og på kort sikt øke kapasiteten til 80% av de legene landet trenger. Dette bør skje gjennom å øke antallet studieplasser ved de allerede etablerte medisinske fakultetene og i en 6-årig studiemodell der teoretisk kunnskap og klinisk undervisning/praksis er integrert gjennom hele studieløpet. Dette vil være i tråd med krav til robuste fagmiljø, moderne legeutdanning og den nylig kunngjorde Forskrift for nasjonal retningslinje for medisinutdanning (RETHOS).

1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet

1a) Hvilke fordeler er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?
I Norge er, og har det alltid vært, et relativt stort innslag av utenlandsutdannede leger, noe som er en nødvendighet i og med at Norge har behov for langt flere leger enn utdanningskapasiteten man har ved de medisinske fakultetene per i dag. Å gi støtte til utdanning av leger i utlandet har vært en rimeligere løsning for Norge enn å utdanne legene selv ved norske universiteter.

Samtidig har dette tilført den norske helsetjenesten faglige impulser fra den internasjonale

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Saksbehandler
7491 Trondheim Norway	postmottak@ntnu.no www.ntnu.no	Høgskoleringen 1 Hovedbygningen	+47 73595000	Ragnhild Sand Kalkvik

Adresser korrespondanse til saksbehandlerenhet. Husk å oppgi referanse.

medisinske verden, da disse legene har brakt med seg kompetanse tilbake om hvordan både helsevesen og medisinutdanning i andre deler av verden fungerer. Den norske helsetjenesten har hatt en større diversitet av leger i og med tilgangen på leger utdannet under andre faglige tradisjoner enn den norske, og dette har også gitt muligheter til å etablere nettverk på tvers av landegrensler.

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

Den største ulempen med at en så stor del av medisinstudentene utdannes i utlandet er at dette ikke møter behovet for å kunne tilpasse undervisningen til helsetilstanden, helsetjenesten og befolkningen i Norge. Velferdsstaten og det særegne ved at det er primærhelsetjenesten som er fundamentet i den norske helsetjenesten får medisinstudentene i utlandet ingen opplæring i eller erfaring med i løpet av studiet.

Dette vil bli ytterligere aktualisert når de nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) og Forskrift for nasjonal retningslinje for medisinutdanning skal innføres ved alle landets medisinutdanninger. Forskriften skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon. Imidlertid vil Norge ha meget begrensede muligheter til å påvirke og kontrollere de utenlandske utdanningsinstitusjonene hvor bortimot halvparten av landets leger utdannes. Når kravene til de legene som skal utdannes innenlands nå skjerpes, kan dette medføre at forskjellen i relevant kunnskap og klinisk praksis mellom de to studentgruppene øker ytterligere.

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

Det er sannsynlig at NTNU vil bli bedt om å utdanne flere leger dersom en større andel medisinstudenter skal få sin utdanning i Norge. Dette er noe NTNU i tilfelle vil stille seg positiv til. Vi har i våre anslag til Grimstadutvalget anslått at vi har mulighet til, gitt studieplassfinansiering, å øke med 15 studieplasser umiddelbart. Dette grunnet at St. Olavs hospital allerede er dimensjonert utfra et opptak på 150 studenter. NTNU kan deretter øke til 200 studieplasser innen 2027, som er utvalgets anbefaling for når opptrappingen av studieplasser bør være fullført.

NTNU har allerede etablert et desentralisert studieløp fra tredje studieår ved Sykehuset Levanger. Ved ytterligere økninger i studenttallet vil man utrede muligheten for å etablere flere slike desentraliserte studieløp, og hvor første konkrete plan er i Ålesund, og, hvis nasjonal fordeling av praksisplasser gjør det mulig, deretter i Gjøvik. Dette er en løsning som ikke bare vil øke kapasiteten i medisinutdanningen, men som også potensielt kan bidra til bedre rekruttering av leger til andre deler av landet enn de mest sentrale.

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

NTNU har ingen erfaring med nyutdannede leger fra andre utdanningsinstitusjoner verken i utlandet eller Norge og har ikke forutsetning for å kunne besvare spørsmålet.

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Vi viser til svar på spørsmål 1d).

If) 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? NTNU er tydelig på at Grimstadutvalget har rett i at en studiemodell med integrasjon av teoretisk kunnskap og klinisk undervisning/praksis gjennom hele studieløpet er i tråd med internasjonale anbefalinger. Legeutdanninger som er etablert eller revidert i ulike deler av verden i de siste tiårene har typisk slike integrerte studieløp. De grunnleggende utfordringene som har ført til disse endringene er beskrevet i bredt anlagte vurderinger^{1 2}. Det er flere viktig grunner til at man har forlatt modellen med todelingen med basalfag/prekliniske fag i første halvdel av studiet og kliniske fag i siste halvdel av studiet, og at man også har forlatt modellen med at fag undervises etter hverandre fag for fag, omtalt som blokkundervisning.

Den medisinske kunnskapsbasen øker betydelig. Krav til kompetanse oppnådd i løpet av medisinstudiet og forventinger til leger er i dag mye mer kompleks og omfattende enn for 30-50 år siden. Dette inkluderer erkjennelsen av at legen ikke bare skal være medisinsk ekspert, men også at legen må ha kompetanse i kommunikasjon og samarbeid, folkehelse og samfunnsmedisin, systemforståelse og ledelse, og vitenskapelig og innovativ kompetanse for å kunne arbeide profesjonelt i dagens og morgendagens norske samfunn. Studentene skal altså i dag lære mer på flere ulike områder innenfor de samme seks studieårene sammenlignet med tidligere. Dette tydeliggjøres nå ytterligere i ny Forskrift for nasjonal retningslinje for medisინutdanning. Formålet med forskriften er, som tidligere sagt, at den «skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon».

Et profesjonsstudium i medisin, som andre studieprogram, må bygge på vitenskapelig kunnskap om hvordan studenter lærer. Vitenskapen om læring er omfattende, og det er noen helt sentrale hovedpunkter som er avgjørende for både kortsiktig og varig læring³ og som reflekterer seg i våre norske studieplaner. Studieplaner i Norge er karakterisert ved fagintegrasjon, tidlig pasientkontakt, spirallæring, integrerte langsgående tema som profesjonalitet og kommunikasjon, og studentaktiviserende læringsarenaer, eksempelvis problemløst læring og teambasert læring, gjennom hele studieløpet.

Kunnskap om hva som fremmer læring og sikrer kompetanse viser at det må stilles tydelige krav til løpende og strukturert tilbakemelding, noe studentene etterspør jamfør NOKUTs Studiebarometeret. Eksamener må være kvalitetssikret og etterprøvbare og speile studiets faglige innhold. Det må være sammenheng mellom læringsutbytter, undervisningen som gis og de vurderinger og eksamener som avslutningsvis tester studentene. Ulike praksisarenaer og tverrfaglig læringsarenaer må være en integrert del av hele studieløpet, og dette må videreutvikles.

¹ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923-58

² Cooke M, Irby DM, O'Brian BC. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. New Jersey: Jossey-Bass/Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010

³ Biggs J, Tang C. *Teaching for Quality Learning at University*. New York: McGraw-Hill, 2011

Dette er avgjørende for å utdanne «gode leger» i den betydning at den nyutdannede legen har et kompetansenivå, en kompetansebredde og evne til videre læring slik det forventes i dagens norske samfunn i tråd med Forskrift for nasjonal retningslinje for medisinstudium, og i samsvar med anbefalingene i Samhandlingsreformen (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)) og Samspillmeldingen (Meld. St. 13 (2011-2012)).

2. Studieplasser og gradsrettigheter

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

NTNU er enig i utvalgets anbefaling om at Norge bør ha en utdanningskapasitet i medisin som dekker 80 prosent av nasjonalt legebehov. Som et av verdens rikeste land bør Norge prinsipielt ta ansvar for et samfunnsmessig behov som å utdanne sitt eget helsepersonell. Dette er i tråd med den globale koden for rekruttering av helsepersonell, WHO-koden, som anbefaler at alle land selv må bygge opp en bærekraftig helsepersonellstyrke.

Ved å basere oss i så stor grad på utdanning av leger i utlandet så bidrar vi ikke til utdanning som kunne kommet mindre ressurssterke land til gode. Det bør være et mål at Norge selv skal stå for utdanning av flertallet av de legene vi trenger, og at vi heller bør kunne tilby utdanningsplasser til kandidater fra land med begrensede ressurser.

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?

NTNUs oppfatning er at ikke flere enn dagens fire universiteter bør tildeles gradsrettigheter i medisin eller skal kunne tilby medisinstudium. Derimot vil det være sikrere og mer hensiktsmessig å utvide studentantallet der hvor man allerede har godt etablerte studieprogram med forskningstunge fagmiljø.

Nasjonalt politikk for høyere utdanning styrer også mot større og mer robuste fagmiljø for å styrke kvalitet og robusthet. Dette peker mot at det ikke bør etableres flere studiesteder som skal drifte fullverdige 6-årige løp, da dette vil innebære små og fragmenterte fagmiljø innenfor enkelte medisinske fagområder. Dette gjelder for eksempel for medisinske basalfag hvor rekrutteringen per i dag allerede er problematisk. NTNU mener at økte ressurser heller bør benyttes til å styrke de eksisterende fagmiljøene ved dagens fire gradsgivende universiteter.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisinstudier

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 studieplassefinansiering, ved å utvide kapasiteten i medisinstudiet, 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.

Undervisningsressurser

Ved NTNU foregår undervisningen ved første og andre studieår i Trondheim for alle studentene. Det er mulig å øke kapasiteten fra 135 til 200 studenter uten større kostnad gitt noe nyutvikling og omprioritering av arealer tilgjengelig på campus. Begrensninger og kostnadsøkninger vil i første rekke komme i tredje og fjerde studieår med strukturen for roterende klinisk undervisning (uketjeneste) på St. Olavs Hospital. Her vil gruppestørrelsen ikke kunne økes uten at dette vil gå på bekostning av studentenes oppnådde læringsutbytte. Ved siste økning av studieplasser i Trondheim (15 nye studieplasser fra 2016) ble det derfor opprettet et desentralisert studieløp for inntil 16 studenter ved Sykehuset Levanger fra tredje studieår. Ved eventuelle ytterligere økninger av studieplasser ser man, som tidligere nevnt, desentraliserte løp som den mest aktuelle løsningen. Økte kostnader til undervisningsressurser regner man imidlertid med, i all hovedsak, vil dekkes av økning i studieplassfinansieringen.

Arealer til undervisning

Som tidligere nevnt, så er campus Øya i Trondheim allerede dimensjonert for et opptak på 150 studenter i første og andre studieår. Dersom studenttallet skulle øke til 200 vil det bli knapphet på store nok undervisningsrom til den felles undervisningen i medisinske basalfag i de to første studieårene og en viss nyutvikling og omprioritering av store undervisningsrom vil måtte skje. Det foregår i dag planlegging av et nytt undervisningsbygg i Elgesetergate 10 hvor man ser på muligheten for et stort auditorium med bortimot 200 plasser som kan avhjelpe kapasiteten. Det er imidlertid mulig at andre løsninger for store undervisningsrom også må utredes, og at dette kan medføre kostnadsøkninger. Det vil også være nødvendig med mer areal til ferdighets- og simuleringstilfeller både i Trondheim og ved de andre mulige desentraliserte campus for undervisningen i tredje og fjerde studieår.

Avtaler med de regionale helseforetakene om praksisplasser

En økning til 200 studieplasser vil, med dagens studiemodell, kreve en økning fra 62 til 100 praksisplasser i sykehus per halvår. Flere studenter i praksis vil utløse økte kostnader knyttet til behovet for flere praksisveiledere ved sykehusene og til dekning av reise og opphold for studentene under praksisoppholdene, som i større grad vil være utenfor Trondheim.

Flere praksisplasser forutsetter også at helseforetakene har mulighet til å sette av ressurser til undervisning og veiledning utført av leger som må få frigjort tid som ellers ville vært forbeholdt drift og pasientbehandling. Dette understreker at det er hensiktsmessig at planlegging og drift av medisinutdanning bør skje mellom universitet og helseforetak i fellesskap, og at Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet bør samarbeide tett om medisinutdanning.

Avtaler med fastleger i primærhelsetjenesten

Ved NTNU har medisinstudentene en praksisperiode ved fastlegekontor i primærhelsetjenesten i studieprogrammets ellefte semester. Det vil være nødvendig å fornye de forpliktende avtalene som

man har med fastleger i primærhelsetjenesten for å sikre nødvendig antall praksisplasser til dette. Gitt dagens hovedmodell med næringsdrivende fastleger er fakultetet avhengig av individuelle avtaler og for å kunne rekruttere nye fastleger til å håndtere et høyere antall studenter vil det sannsynligvis bli nødvendig å øke honorarsatsene noe.

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

NTNU har ikke forutsetning for å kunne besvare dette spørsmålet.

4. Modell med opptak av norske studenter fra utlandet

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)?

NTNU mener at det ikke bør brukes ressurser til å utvikle verken midlertidige eller varige 3-årige eller 4-årige studiemodeller med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet. Hovedargumentet for dette er at den 6-årige integrerte modellen hvor teori og praksis er integrert allerede fra første studieår er den studiemodellen som det bør satses på for fremtiden. Dette vil vanskelig la seg gjøre i en slik løsning. Det kan innvendes at en slik midlertidig ordning vil kunne øke kapasiteten på kort sikt, men synspunktet er at de ressursene som eventuelt vil måtte benyttes til å utvikle denne modellen heller bør brukes til å utvikle flere varige studieplasser i integrerte 6-årige studieløp.

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

NTNU er enig med utvalgets medlemmer som mener at 3+3-årige studiemodeller basert på skille mellom preklinikk og klinikk ikke er i samsvar med moderne legeutdanning og den anbefalte 6-årige integrerte modellen, og heller ikke i overensstemmelse med behovene i norsk helsetjeneste.

5. Andre innspill til høringen

NTNU ønsker å rette oppmerksomheten mot at Grimstadutvalget peker på en skjevfordeling av praksisplasser mellom universitetene. NTNU henstiller til en mer fleksibel fordeling av praksisplasser og støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at bruk av praksissteder, basert på helseregionenes inndeling, bør praktiseres mer fleksibelt mellom universitetene enn i dag, hvor det tilnærmet er en én-til-én overlappning mellom helseregion og medisinsk lærested. Eksempelvis har NTNU en campus på Gjøvik, hvor det også er sykehus, og hvor det vil være høyst aktuelt å se på muligheten for å etablere et desentralisert studieløp fra tredje studieår ved økning i antall studenter.

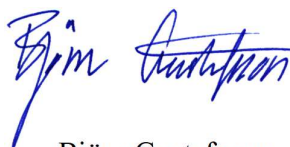
NTNU ønsker også å påpeke at det er viktig at antallet LIS1-stillinger må stå i forhold til antallet studieplasser i medisin i Norge og norskfinansierte studieplasser i utlandet. Nyutdannede leger risikerer i dag å måtte vente i flere år etter endt utdanning på en LIS1-stilling som skal sikre at nyutdannede leger starter sin yrkeskarriere under veiledning av erfarne kolleger og med en fastsatt

plan for videreutdanning. Dette er uheldig både faglig og karrieremessig for legen selv og en dårlig løsning samfunnsøkonomisk i og med at kandidater det er brukt mye ressurser på å utdanne blir gående uten å komme i gang med utøvelsen av legeyrket.

Med vennlig hilsen



Anne Borg
Rektor



Björn Gustafsson
Dekan