

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Dato: 14.02.2020

Vår ref.: 19/11805
Deres ref.:

Saksbehandler: Kristin Nordseth

Høringssvar: Grimstadutvalgets utredning

OsloMet er Norges største helsefaglige universitet og utdanner flest kandidater til helsetjenesten hvert år. Vi har vært opptatt av pasientens behov og helsetjenestens kompetansekrav til fremtidige helsetjenester og innovative behandlingsformer i utformingen av vårt høringssvar.

Vi mener Grimstadutvalget har gjort et solid arbeidet, og har brukt interessante metodetilnærminger. Forslagene de har utarbeidet har potensiale til å løse noen av helsetjenestens nåværende og fremtidige utfordringer. Under arbeidet med høringsuttalelsen har vi undret oss over at Grimstadutvalgets mandat utelukkende har fokusert på antallet leger og utdanningen av flere leger, uten å vurdere andre helsepersonellgruppers rolle i helsetjenesten. I 2018 fikk over 15 000 personer autorisasjon som helsepersonell i Norge, 12% av disse er leger. Norge har fire ganger så mange sykepleiere som vi har leger, og er den helsepersonellgruppen som samhandler mest med legene. Vi mener samhandlingen mellom leger og øvrig helsepersonell må vurderes før det bevilges midler til å opprette flere studieplasser i medisin i Norge.

Videre mener vi flere forhold bør avklares før det opprettes nye studieplasser i medisin:

- Helsetjenestens plikt til å skaffe praksisplasser.
- Utdanningsinstitusjonenes og helsetjenestens manglende finansiering av praksisplasser.
- Konkurransen om praksisplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Lovfestet krav til praksisundervisning i kommunehelsetjenesten.
- Helsetjenestens kompetansebehov og tverrprofesjonelt samarbeid, herunder oppgaveglidningen i helsetjenesten.

I vårt høringssvar finner departement kommentarer til punktene 1c, 2 og 4. I punkt 5 fremmer vi noen innovative perspektiver for sikre helsetjenesten tilstrekkelig og kompetent helsepersonell for fremtiden.

Postadresse
PB 4. St. Olavs plass, 0130 OSLO

Seksjon for rektors stab

Telefon
67 23 50 00

Besøksadresse
Pilestredet 46

Svar på spørsmål 1c – Hvordan blir din organisasjon berørt hvis en større andel blir utdannet i Norge

Manglende lovkrav om praksisplasser i kommunene og manglende finansiering er en gjensidig utfordring vi kjenner på daglig, i dialog med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Vår erfaring er at det er store utfordringer med å skaffe praksisplasser i Oslo-området, da det er mange universiteter og høyskoler som utdanner helsepersonell i dette området. OsloMet bidrar gjerne med erfaringer, for eksempel må OsloMet redusere antallet studenter til sykepleierutdanningen fordi Helse Sør-Øst RHF har redusert tilbudet om praksisplasser. En ytterligere kapasitetsøkning på medisinerutdanningen i Oslo vil forsterke disse utfordringene.

Svar på spørsmål 2 – Studieplasser og gradsrettigheter

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

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?

OsloMet støtter på et prinsipielt grunnlag at flere enn dagens fire universiteter kan gis gradsrettigheter til flere utdanninger, også gradsrettigheter til medisinerutdanning. Men før departementet beslutter å bevilge midler til å opprette 440 nye studieplasser i medisin vil OsloMet oppfordre til å utvikle innovative medisin- og helseutdanningene ved:

- digitale undervisningsformer
- simulering som videreutvikling av praksisstudiene
- tverrprofesjonelt samarbeid mellom ulike helsefagutdanninger
- helseteknologiske innovasjoner

Ved OsloMet lykkes vi med å utvikle faglig samarbeid på tvers av fakulteter og profesjoner. Med praksistunge helsefagutdanninger har vi mye kunnskap om helsetjenestens behov for samarbeid på tvers av helseprofesjonene. For eksempel har vi samarbeid med medisinerutdanningen ved Universitetet i Oslo gjennom prosjektet Student BEST –Bedre og systematisk traumebehandling, et læringsprogram som bygger på simulering i team og som brukes som treningsmetode i mottak og stabilisering av traumer. Her øver medisin- og sykepleierstudentene i akuttmedisinske situasjoner hvor det er vanskelig å trene på reelle pasienter. Studentene skal lære ledelse, kommunikasjon og tverrprofesjonell samhandling i kritiske situasjoner. Undervisningen scorer høyt på studentevalueringene. Videre vil vi trekke frem forskningssamarbeidet i forskningsgruppen DIAMED (Diagnostisk teknologi for bedre medisiner) hvor forskere fra teknologi- og helsevitenskapelige miljøer jobber sammen om å utvikle nye og effektive løsninger innen diagnostisk teknologi og medisiner.

Svar på spørsmål 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 medisinerutdanningen i utlandet for fullføring av de tre siste årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?

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

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

OsloMet vurderer at studentene best oppnår læringsmålene i medisinerutdanningen gjennom et helhetlig utdanningsløp, fremfor en 3+3 modell, men kan støtte en slik ordning i en overgangsperiode. Dersom denne modellen ikke blir midlertidig, men langsiktig, mener vi at også norske universiteter med betydelig helseutdanningsportefølje også bør vurderes som utdanningsinstitusjon for de første tre årene.

Spørsmål 5 – Andre innspill til høringen

I arbeidet med høringsuttalelsen har vi gått gjennom flere kunnskapsoppsummeringer om oppgaveglidning i pasientbehandling. Referansene oppgis i slutten av høringssvaret. Oppsummering fra internasjonal forskning viser at for mange tilstander, for eksempel håndtering av akutt og kronisk syke i primærhelsetjenesten, er kvaliteten i behandlingen like god og i mange tilfeller bedre når den utføres av trenede sykepleiere eller annet helsepersonell enn leger. Ved flere sykehus i Norge praktiseres det i dag oppgaveglidning for eksempel mellom leger og fysioterapeuter på poliklinikker, mellom radiologer og radiografer og mellom leger og sykepleier, med gode resultater og pasientopplevelser.

Fra KS har vi informasjon om at Norge er på topp i OECD når det gjelder leger per innbyggere i befolkningen. Kartlegging utført for norske kommuner viser at andre profesjoner som vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer har kompetanse som kompletterer medisinkompetansen. I en fremtidig bærekraftig helsetjeneste, hvor befolkningen skal bo hjemme lengre ved hjelp av trening, tilrettelegging og teknologi, representerer disse helsepersonellgruppene, ettertraktet kompetanse. KS dokumenterer også at de regionale helseforetakene trenger spesialsykepleiere (ABIOK) fremfor legespesialister.

Ytterligere argumentasjon for å sette fokus på jobbglidning og innovasjon i utvikling av fremtidens helsepersonell finner vi artikkelen fra Dagens medisin, (1.2.2020) «Bør fastleger avlastes mer også i Norge». Artikkelen dokumenterer at sammenlignet med tilsvarende legegruppe i andre europeiske land benytter fastlegene i Norge seg i liten grad av annet høyt utdannet helsepersonell i sin praksis. Artikkelforfatterne stiller spørsmålet om sykepleierne bør avlaste fastlegene mer også i Norge. Når vi samtidig vet at utdanningen av sykepleiere og andre helsefagprofesjoner med tre-femårige utdanninger er langt mindre kostnadskreven enn utdanningen av medisiner, mener vi dette må tas med i betraktning før opprettelse av flere studieplasser i medisin.

Med hilsen

Curt Rice

Rektor OsloMet

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ingen håndskrevne signaturer.