

Kunnskapsdepartementet

Postboks 8119 Dep
0032 Oslo

Vår referanse
2020/3309/GM
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008

Dato
14.02.2020

Høring

Grimstadutvalgets utredning

Studieplasser i medisin i Norge: Behov, modeller og muligheter

Svar fra St. Olavs hospital

Vi takker for muligheten til å komme med innspill til Grimstadutvalgets rapport, og for at Kunnskapsdepartementet har satt i gang prosessen med å se på utdanning av leger i Norge. Vi har hatt en prosess hvor alle klinikker i vårt helseforetak har fått mulighet til å komme med kommentarer, og vedlagt følger høringssvar fra St. Olavs hospital.

Oppsummert støtter St. Olavs hospital anbefalingene i Grimstadutvalgets utredning, men med noen utfyllende kommentarer til noen av disse. Se tabell tilhørende del 1 av høringssvaret. St. Olavs Hospital er av den oppfatning at Norge bør utvide kapasiteten i antall studieplasser i medisin for å dekke landets legebehov, i henhold til WHO-koden. Vi er det integrerte universitetssykehus i tett samarbeid med fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, og er således som utdanningsinstitusjon positive til å bidra til at denne økningen blir gjennomført. I tråd med den nylig annonserte Forskrift for nasjonal retningslinje for medisinutdanning (RETHOS) har vi et ansvar i å utdanne leger godt rustet til å være med på å styrke kvaliteten i det norske helsevesenet. Vi er også bevisste vårt ansvar i å la kvaliteten følge våre nyutdannede leger idet de går videre i sitt utdanningsløp til å bli ferdige spesialister i henhold til ny spesialistforskrift for leger. Vi mener at den ønskede økningen av utdannede leger i Norge bør skje gjennom de allerede etablerte fire medisinske fakultet for å styrke krav til veletablerte og robuste undervisningsmiljø, og i henhold til RETHOS. Her vil en 6-årig studiemodell være mest hensiktsmessig.

Del 1: 19 anbefalinger fra Grimstadutvalget

St. Olavs hospital støtter de anbefalinger som ikke nevnes i tabellen nedenfor, og har utfyllende kommentarer til høyre i tabellen relatert til noen utvalgte anbefalinger.

Anbefalinger fra utvalget		Kommentarer fra St. Olavs hospital
F.	Utvalget anbefaler at det ikke utvikles varige 3-årige eller 4-årige studiemodeller med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet. Utvalgets medlemmer Braut, Emmersen og Farbu mener likevel at dette kan være hensiktsmessig som en midlertidig ordning.	<i>Utvalgets anbefaling støttes, og det oppfordres til å ikke opprette en midlertidig ordning da denne fort kan bli av lengre karakter enn ønsket om den implementeres i nåværende system</i>
G.	Utvalget anbefaler studiemodeller i medisin som inkluderer en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning. Utvalget anbefaler studiemodeller der studentene er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden, som del av studieplanen ved sitt lærested. I samsvar med dette anbefaler utvalget etablering av nye campuser.	<i>Flere kliniske miljø ved St. Olavs hospital ønsker velkommen desentraliserte modeller for praksisplasser, og ser at det er en god løsning for å kunne få et større pasientgrunnlag til den anbefalte økningen i antall legestudenter. Den varslede evalueringen av slike desentraliserte studiemodeller blir et nyttig verktøy i å påse at dette blir gode undervisningsarenaer for våre studenter. Vitenskapelige stillinger/undervisningsstillinger ved lokale sykehus må opprettes, men ikke på bekostning av behovet for økte ressurser ved universitetssykehusene. Medisin er et akademisk fag, og skal Norge utdanne medisinerer med solid vitenskapelig bakgrunn for utøvelse av faget og grunnleggende kunnskap også i de naturvitenskapelige basalfagene, må de fire sentrale universitetssykehusene og fakultetene være solide.</i>
I.	Utvalgets medlemmer Grimstad, Hunskår og Straume anbefaler at det i den foreslåtte opptrappingen av studieplasser ikke gis gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin til flere universiteter enn dagens fire. Utvalgets medlemmer Braut, Emmersen og Farbu mener at det skal være mulig å tildele gradsrettigheter til andre universiteter.	<i>St. Olavs hospital støtter Grimstad, Hunskår og Straume i deres anbefalinger</i>
M.	Utvalget anbefaler at Lånekassens	<i>Det å ikke gi økonomisk støtte fra</i>

	økonomiske støtte til medisinutdanning i utlandet reduseres. Dette må skje parallelt med økning av studiekapasiteten i Norge, for å oppnå en balanse mellom helsetjenestens behov og tilgangen på leger.	<i>Lånekassen til medisinutdanning i utlandet må vurderes grundig slik at ikke satsing på internasjonalisering i både undervisning og forskning nedprioriteres. Dersom den økonomiske støtten likevel reduseres må det ikke få tilbakevirkende kraft for de studenter som allerede har begynt å studere medisin i utlandet.</i>
N.	Utvalget anbefaler at det utredes en ordning der 5–10 % av behovet for studieplasser i medisin dekkes gjennom finansiering fra Lånekassen (inkl. skolepenger) ved nærmere definerte studiesteder i utlandet.	<i>En slik ordning har betydelige utfordringer, og man må ta til etterretning de erfaringer som ble gjort sist en hadde en tilsvarende modell. Viktig med en grundig utredning.</i>
O.	Utvalget anbefaler at det tidlig etableres kommunikasjon med dem som kan bli berørt av endringene i støtteordninger for medisinutdanning i utlandet.	<i>Dette er veldig viktig. Her er det mange studenter som vil bli berørt, og de som allerede studerer i utlandet må få vite at de kan gjennomføre sine studier som planlagt, og med tilhørende finansiering.</i>
P.	Utvalget anbefaler at det etableres gode rutiner og åpne prosesser for utenlandsstudenter som ønsker praksis og hospitering i den norske helsetjenesten som en del av studieløpet.	<i>Dette vil være i tråd med øvrige anbefalinger og en styrke av kompetansen til de utenlandsstudenter dette gjelder. Det er dog pr i dag ikke avsatt relevante ressurser for denne type praksis/hospitering. Enkelte avdelinger har hatt en god del utenlandsstudenter på praksis/hospitering, men har også ofte vært nødt til å avslå forespørslser.</i>
Q.	Utvalget anbefaler at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena i medisinstudiet.	<i>Gjennom de siste årene har det vært en enorm kunnskapsutvikling i de fagområder som undervises i spesialisthelsetjenesten. Økt bruk av kommunehelsetjenesten i legeutdannelsen ønskes velkommen, men må ikke gå ut over spesialisthelsetjenesten som læringsarena.</i>
R.	Utvalget anbefaler at det innføres nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten	<i>Denne anbefalingen må samkjøres med anbefalingen om finansieringsordninger til spesialisthelsetjenesten slik at begge deler styrkes.</i>
S.	Utvalget anbefaler at det gjøres en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten.	<i>Se anbefaling R over. Spesialisthelsetjenesten har utfordringer med ressurser i form av areal og kompetent personell tilknyttet den nye spesialistforskriften for leger. Det samme personell som utdanner leger har ofte også ansvar for utdanning av spesialister. Her er det et stort behov for friske midler inn i tjenesten da driften påvirkes av alle ledd i utdanningen.</i>

Del 2.

1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet Norge

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

Medisinstudenter utdannet i utlandet har ofte gode språkkunnskaper, og god innsikt i hvordan helsevesenet fungerer i andre land. De medisinsk- faglige kunnskapene er gjerne på høyde med det vi ser hos studenter utdannet i Norge, men her er det store variasjoner. Det er berikende å få innblikk i nye tradisjoner og impulser.

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

Det norske helsevesenet har sine særegenheter hva gjelder organisasjon, regelverk og logistikk. NTNU påpeker betydningen av at utdanningen av leger er tilpasset helsetilstanden, helsetjenesten og befolkningen i Norge, og at utdanningen må oppfylle de krav som stilles til norske helseutdanninger, blant annet de nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Ved at en stor andel av medisinstudentene utdannes i utlandet får man begrenset kontroll på om dette oppfylles.

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

St. Olavs hospital stiller seg positiv til at flere legestudenter blir utdannet i Norge. Dette vil påvirke helseforetaket i form av økt behov for ressurser, men vil også resultere i at flere leger med verdifull lokal kompetanse raskt kan komme inn i drift ved endt utdanning. Videre vil dette trolig bedre rekrutteringen av leger til stillinger i Midt-Norge. Økt behov for ressurser vil gjøre seg gjeldende i flere format:

- **Undervisningsareal.** Vi er det integrerte universitetssykehuset, og bygningsmassen på sykehusområdet er 25% eid av Fakultet for medisin og helsevitenskap. Vi deler på bruk av auditorier og andre undervisningsrom, og økt andel legestudenter hos oss kan by på utfordringer i logistikk og plass til både legestudenter og leger som skal ha kurs som følge av sin spesialisering. St Olavs hospital er løsningsorientert, og har et godt samarbeid med NTNU, men friske midler øremerket undervisning til begge parter vil være svært velkommen.
- **Praktisk klinisk uketjeneste for legestudenter krever kompetent undervisningspersonell og gode kliniske veiledere.** St. Olavs hospital ønsker å bemerke at i tillegg til økning av antallet rene undervisere, må også antallet akademiske stillinger øke for å sikre en akademisk forankring inkludert forskning.
- **Flere LIS1-stillinger** er allerede et behov i dag, og dette behovet vil øke
- **Simuleringslaboratorier og ferdighetslaboratorier** brukes mer og mer både i utdanning av leger og i spesialisering av leger. Dette må styrkes i form av økte ressurser både finansielt og i form av kompetent personell.

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

Leger som kommer fra utdanning i utlandet tilpasser seg med tiden når de kommer i jobb i Norge, men her er det individuelle forskjeller. Den største forskjellen i kjennskap til det norske helsevesenet sees på LIS1-nivå, naturlig nok.

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Det kan se ut til å være større variasjon i kompetanse hos de som er utdannet i utlandet enn hos de som er utdannet i Norge med blant annet mindre praktisk erfaring. Teoretisk nivå er ofte høyt, men også her er store variasjoner. Det er faglig spennende å jobbe sammen med kolleger med ulik erfaringsbakgrunn, men kan også være utfordrende. Enkelte utenlandske utdanningsinstitusjoner har for eksempel ikke samme fokus på samhandling og kommunikasjon som norske medisinske fakultet, og det kan i enkelte situasjoner være problematisk. Samtidig kan andre tradisjoner medføre kritisk tenkning og nyttige diskusjoner, og sette søkelys på etablerte rutiner.

Når kravene til de legene som skal utdannes i Norge nå skjerpes gjennom RETHOS, kan dette medføre at forskjellen i relevant kunnskap og klinisk praksis mellom de to studentgruppene blir større.

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?

Legeutdanninger som er etablert eller revidert i ulike deler av verden de siste tiårene, har bortimot alle integrerte studieløp som Grimstadutvalget fremholder. St. Olavs hospital støtter argumentasjonen som Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, utdyper i sitt hørings svar. Integrerte studieløp er også i tråd med RETHOS-standarden som implementeres snarlig.

2. Studieplasser og gradsrettigheter:

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

St. Olavs hospital støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at Norge må ta ansvar for et samfunnsmessig behov i å utdanne 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.

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?

Eksisterende fagmiljøer bør prioriteres, og ressurser økes for å styrke robusthet og kvalitet ved dagens fire gradsgivende universiteter. Dette bør skje gjennom en hel grad.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisinutdanninger:

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 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.

Grimstadutvalget anbefaler en økning til 200 studieplasser ved NTNU. Dette vil i henhold til dagens modell kreve en økning fra 62 til 100 praksisplasser per halvår med dertil forpliktende avtaler med de regionale helseforetakene som inkluderer St. Olavs hospital og helseforetak nord i Trøndelag samt i Møre og Romsdal tilhørende eventuelle desentraliserte campuser. Undervisning og veiledningsressurser vil være kompetente leger som må få frigjort tid som ellers ville være forbeholdt drift og pasientbehandling. Flere desentraliserte praksisplasser blir nødvendig. Det vil bli stilt krav om vitenskapelig kompetanse og undervisningskompetanse også hos kliniske undervisere ved praksisstedet. Økte ressurser i form av stillinger til lokalsykehusene må dog ikke gå på bekostning av behovet for styrket kompetanse ved universitetssykehusene. Et anslag av kostnader her vil være vanskelig å anslå, men omfatter samme punkter som omtalt under spørsmål 1c. St. Olavs hospital er tett integrert med fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, og således en samlet utdanningsinstitusjon. Flere av underviserne har kombinerte stillinger hvor de både er ansatt i helseforetaket og ved universitetet, og vi er også fysisk integrert i våre bygningsmasser og arealer. St. Olavs Hospital støtter de vurderinger som er gjort av NTNU her.

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

Det er i dag i liten grad er avsatt ressurser til praksis/hospitering for utenlandsstudenter, jamfør anbefaling P, og kanskje er utbyttet noe varierende for de som har praksis/hospiterer. Det er vanskelig å si om redusert antall utenlandsstudenter vil frigjøre ressurser og praksisplasser for norske medisinstudenter da det er klinikkvis forskjeller i hvor stor arbeidsbelastning utenlandsstudentene utgjør. Mange studiesteder i utlandet krever for eksempel lite praksis fra fag som ØNH og Øye, intet fra kjeve- og ansiktskirurgi. Derfor må en anta at økt antall studenter i norske utdanningsinstitusjoner vil medføre en netto økt mengde studenter i noen klinikker, og behov for større rekruttering av pasienter til uketjeneste og annen relevant praksis enn man har i dag. Andre klinikker kan få frigjort praksisplasser, og vi kan dermed ikke forutsi det endelige resultatet.

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 medisინutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?

*Ved NTNU får studentene pasientkontakt allerede i sitt første år ved legestudiet, og har en integrert modell som kobler klinikk til basalfagene de første årene, og basalfag til klinikk i de siste årene. En slik helhetlig integrert 6-årig modell ønsker St. Olavs hospital å satse på sammen med NTNU. Et 3+3-løp med utdanning i utlandet først, og deretter klinikk i Stavanger anbefales dermed **ikke** etablert. St. Olavs hospital støtter den delen av utvalget som anbefaler et styrket fagmiljø ved Universitetet i Bergen og Haukeland universitetssykehus hvor studentene starter sin utdannelse i Bergen, og deler av studentene får praktisk klinisk tjeneste i Stavanger.*

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

En slik modell vil bare delvis kunne gi den ønskede legekompentansen, og er ikke i tråd med anbefalingen i RETHOS om at norsk medisnutdanning skal være et 6-årig integrert studium. Den er heller ikke i samsvar med moderne legeutdanning.

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

I utgangspunktet støttes ikke en slik ordning, men dersom den igangsettes må den være av midlertidig art inntil et fullverdig løp er på plass i samarbeid med UiB

5. Andre innspill til høringen

St. Olavs hospital ønsker å presisere at utdanning av leger i Norge går parallelt med utdanning av legespesialister jamfør den nye spesialistforskriften for leger. Antallet LIS1-stillinger må stå i forhold til antall studieplasser. Norge har behov for flere leger med spesialistkompetanse, og det er uheldig å la nyutdannede leger vente med å komme i gang med sin spesialistutdannelse.

Ved alle helseforetak er det et økt krav til kvalitet og kompetanse i utdanningen i alle ledd, og dette krever frigjort tid til undervisning og veiledning. Det er viktig å tilføre friske midler til både helseforetak og universitet slik at faglig kompetanse vedlikeholdes og kvalitet opprettholdes. Et slikt løft vil så komme pasientene til gode.

Med vennlig hilsen

Gunnar Morken (sign.)
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning
St. Olavs hospital HF