



# HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Kunnskapsdepartementet  
Postboks 8119 Dep

0032 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2019/2194 3 OFU

17. februar 2020

## Høringsuttalelse på Grimstadutvalgets utredning - studieplasser i medisin

Det vises til Kunnskapsdepartementets høring om Grimstadutvalgets utredning om «*Studieplasser i medisin i Norge – behov, modeller og muligheter*» med høringsfrist 15. februar 2020. Departementet har bedt høringsinstansene besvare spørsmålene etter nummereringen av spørsmål i høringsnotatet. Statens helsetilsyns har i hovedsak uttalt seg til de punktene som kan være relevante ut fra vårt tilsynsperspektiv:

### 1. Utdanning av leger i Norge og utlandet

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

Mulige fordeler er at det bidrar til økt utdanningskapasitet for Norge, og til utveksling av kunnskaper om det som skjer internasjonalt i forhold til medisinsk forskning, utdanning og behandling. Begge deler kan bidra til pasientsikkerhet for Norge gjennom å sikre landet flere leger og ved å sikre internasjonal kunnskapsutveksling.

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

Det kan være uheldig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv: Vi viser til Helsedirektoratets rapport *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell* (2007) hvor det står at i Norge får en (sitat) «stor andel av nordmenn sin medisinske utdanning i Øst-Europa. Mange av disse utdanningene har en lavere standard enn den norske, og er preget av lite klinisk undervisning og språkmessige problemer som vanskeliggjør pasientkontakt».

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

Fra et tilsynsperspektiv på bakgrunn av et begrenset antall saker kan det være indikasjoner på slike forskjeller, jf. oven- og nedenstående.

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

Den norske helsetjenesten er tydelig på at leger, øvrig helsepersonell og pasienter er mer likestilt. Forskjellen går særlig på det som gjelder samarbeid mellom lege og pasient, og det som gjelder samarbeid med annet helsepersonell (særlig sykepleiere) og pasienter, der medisinstudenter utdannet i utlandet kan mangle innsikt i og erfaring med denne type samarbeid og samhandling som er vanlig i Norge, og som forventes her.

*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?*

Ut fra et tilsynsmessig og pasientsikkerhetsmessig perspektiv vurderes det både ønskelig og hensiktsmessig at studiemodellen for utdanning av medisinstudenter i Norge, benytter en modell der teoretisk kunnskap og klinisk undervisning/praksis er integrert gjennom hele studieforløpet; særlig i lys av at kravet til turnustjeneste for å få autorisasjon er bortfalt, og fordi spesialiseringstiden er redusert som følge av endret spesialistutdanning av leger. Dette gjør det desto viktigere å sikre tidligere integrasjon av klinisk undervisning/praksis, jf. også det som er angitt under pkt. 5.

#### **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 medisinutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?*

En slik modell kan bidra til en rask opptrapping av utdanningskapasiteten. I lys av at Norge har en forholdsvis stor andel norske medisinstudenter i utlandet, vil et slik tiltak således kunne være en måte å sikre at flere norske medisinstudenter får deler av sin utdanning i Norge, noe som vil kunne være en fordel ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv samt at studentene vil få bedre kunnskap om organisering og drift av norsk helsetjeneste.

*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 modell der norske studenter fullfører 3 år i utlandet, for så å fullføre de siste 3 årene i Stavanger, kan bidra til flere utenlandsstudenter får en utdanning som er bedre tilpasset norsk helsetjeneste; noe som vil kunne være en fordel ut fra en pasientsikkerhetsperspektiv. Samtidig vil en slik modell med 3 år preklinikk i utlandet og 3 års klinisk utdanning i Stavanger, ikke være i helt i tråd med prinsippene om en moderne, integrert medisinutdanning.

#### **5. Andre innspill til høringen**

Avslutningsvis vil Statens helsetilsyn kommentere på følgende:

*Er det hensiktsmessig med en stor økning av studieplasser på medisin?*

Som det påpekes i Grimstad-utvalgets kapittel 2, har Norge en høy legedekning- og tetthet, sammenliknet med andre OECD-land: I 2018 hadde Norge 4,8 leger per 1000 innbyggere. Ut fra de sist innrapporterte tall, var det kun Østerrike som hadde høyere legedekning enn Norge (5,2 leger per 1000 innbyggere) mens land som Sverige, Sveits og Tyskland lå på sammenliknbart nivå med Norge. Videre angir *Rapport 2019/11* fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) at det forventes omtrent balanse mellom tilbud og etterspørsel, eller en lett overproduksjon av leger i årene fremover, hvis utviklingen

fortsetter slik den har gjort de siste årene. Grimstad-utredningen angir endog på side 20 at det ut fra Helsemod, er (sitat) «mye som kan tyde på en viss overproduksjon av leger i det nærmeste tiåret». Norges høye legedekning og Statistisk Sentralbyrås forventede balanse mellom tilbud og etterspørsel, gjør at det kan stilles spørsmål ved hvorvidt det ikke vil være mer hensiktsmessig å gjøre noe med spesialistutdanningen for å sikre flere relevante spesialister enn en stor økning av antall studieplasser på medisin. Den omtalte høye legedekningen kan gi grunnlag for å tematisere en annen utfordring i norsk helsevesen nemlig fordelingen av ansvar, roller og oppgaver mellom ulike grupper av helsepersonell.

***Betydningen av å se økning av antall studieplasser i sammenheng med antall LIS-1-stillinger***

Som det påpekes i kapitel 2 i Grimstad- utvalgets rapport, er det begrenset tilgang på lege i spesialisering (LIS)-1-stillinger (det som tidligere ble kalt turnuslegestillinger) i Norge i dag. Kun 1/3 av de som søkte på LIS-1-stilling fikk dette våren 2019. Dette har medført at det (sitat) «har oppstått en ny gruppe autoriserte leger; de som er ferdige med grunnutdanningen og ikke får LIS1-stilling i første søknadsrunde. De kommer i en ventefase som oppleves som uforutsigbar, og situasjonen har medvirket til at fremvekst av et alternativt legemarked som leverer tjenester på siden av tilbudene i de offentlige helsetjenestene, og av «grå», ikke meritterende stillinger i den offentlige helsetjenesten». Dette er en utvikling som er uheldig for pasientsikkerheten. Det er derfor viktig at man ser på en eventuell økning av antall studieplasser på medisin i sammenheng med økning av antall LIS-1-stillinger.

***Betydningen av å se mangel på spesialister i sammenheng med økt behov for LIS-2- og 3-stillinger***

Dette er viktig å også se mangel på spesialister i sammenheng med økt behov for LIS-2- og 3-stillinger i lys av evt. økt antall studieplasser på medisin. Det bør vurderes om ikke økningen i antall LIS2- og LIS3-stillinger bør være innenfor f.eks. allmenmedisin, patologi, klinisk mikrobiologi m.v. som er de områdene man har særskilt mangel på spesialister.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen  
direktør

Ole Kristian H. Furulund  
seniorrådgiver

*Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift*

Saksbehandler: Ole Kristian Haug Furulund, tlf. 21 52 99 24