

Høringsuttalelse til Grimstadrapporten – svar fra Sykehuset Innlandet

Dato:

1) Utdanning av leger i Norge og utlandet

1a) Hvilke fordeler er det ved at omlag 50% av medisinstudentene utdannes i utlandet?

Utdanning av leger i utlandet er i dag et viktig bidrag for å sikre tilstrekkelig tilgang av nye leger i Norge. Muligheten for å studere utenlands gjør nok at flere motiverte søkere kommer inn på førstegangsvitnemålet, uten utsettelse og unødvendig tids- og ressursbruk på å ta opp igjen fag fra videregående. Å forbedre karakterer fra videregående og å utsette oppstart, gjør ikke nødvendigvis kandidatene bedre rustet for medisinstudiet. Nordmenn som tar medisinerutdanning i utlandet tilegner seg mye viktig kunnskap på til dels anerkjente universiteter, får anledning til å utvikle seg personlig ved å være i et ukjent miljø, lærer å bli mer selvstendige og tilegner seg andre språk. De får erfaringer som kan være nyttig for den fremtidige arbeidssituasjon.

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

Medisinerutdanningen i utlandet legger jevnt over mindre vekt på primærhelsetjeneste og allmennmedisin enn i Norge og de som utdannes som leger i utlandet vil derfor ha mindre kompetanse på områder som anses for basale i norsk helsetjeneste som for eksempel samhandling mellom sykehus og primærhelsetjenester, portvokter-rollen, tverrfaglig samarbeid, etc.

Medisinstudenter i Norge vil i større grad få praksis /erfaring med pasientkommunikasjon og tverrfaglig samarbeid. Dette kompenseres i noen grad ved pålagte hospiteringsperioder ved de utenlandske universitetene. Mange av de norske utenlandsstudentene velger å gjennomføre disse i Norge. Dette er en fordel for deres utdanning og gir innsikt i det norske helsesystemet. Ulempen kan være at dette ikke er koordinert med for eksempel praksisperioder for norske studenter og at studenter fra norske universiteter prioriteres i den enkelte avdeling.

Når det gjelder temaer som skal dekkes i felles kompetansemål for LIS1 er det stor variasjon i hva som er undervist i ved norske versus utenlandske universiteter. Det gjør det vanskelig å tilpasse undervisningen i disse temaene for alle. En konsekvens er at de norskutdannede LIS1 opplever at enkelte av læringsmålene til dels er repetisjon fra norsk medisinerutdanning. De må likevel delta på felles opplæring og er da ute av klinisk praksis uten at læringseffekten kanskje er så stor.

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

Sykehuset Innlandet er positivt innstilt til at det vurderes muligheter for klinisk undervisning desentralt samt etablering av desentralt campus. Både NTNU og Universitet i Oslo har initiert dialog med Sykehuset Innlandet om dette. En mer formalisert intensjon om økt samarbeid fremover mellom Sykehuset Innlandet og Universitetet i Oslo, er under utarbeidelse. Mer omtale under pkt 3.

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

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Se 1b. Sykehuset Innlandet sin vurdering er at forskjellen er størst vedrørende erfaring og kompetanse i tverrfaglig- og tverrprofesjonelt samarbeid og pasientkommunikasjon samt kunnskap om primærhelsetjenesten

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?

Sykehuset Innlandet er av den oppfatning at integrering av teori og klinisk praksis er en foretrukket pedagogisk metode. Teorien gir grunnlaget og «knaggene», mens praksis bygger på og nyanserer, utdyper og gir forståelsen av hvordan omsette teori i reell pasientbehandling. Tidlig klinisk praksis og kommunikasjonstrening bidrar til utvikling av den kommende legens profesjonalitet og kompetanse fra tidlig i studiet. Dette samsvarer også med behovene i norsk helsevesen slik helsemyndighetene definerer det. Ved å satse mer på desentrale campus kan denne integreringen styrkes ytterligere.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

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

Sykehuset Innlandet støtter forslaget om økt utdanningskapasitet for leger i Norge slik det fremgår av rapporten. Norge utdanner, sammenliknet med OECD-land, relativt få leger pr innbygger. Det er både riktig og viktig at Norge tar ansvar og øker utdanningskapasiteten. Det vil også sikre at flere får utdanning mer i samsvar med behovene i norsk helsevesen.

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?

Sykehuset Innlandet mener at økningen i antall studieplasser bør fordeles på de fire studiestedene som allerede foreligger. Det vil styrke disse kompetansemiljø, både med lærekrefter og FoU.

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 studieplassfinansiering, ved å utvide kapasiteten i medisინutdanningen, 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.

Helseforetakenes rolle som utdanningsinstitusjoner er styrket gjennom etablering av ny modell for LIS-utdanning. Sykehuset Innlandet er det helseforetak som har flest LIS 1 i Helse Sør-Øst (80 nye LIS 1 årlig), og det er til enhver tid om lag 300 LIS 2/3 i helseforetaket. Sykehuset Innlandet er også det helseforetaket (utenom universitetssykehus) i Helse Sør-Øst som tilbyr flest plasser for medisinerstudenter i sykehuspraksis. Helseforetaket er innstilt på å bistå med økte oppgaver innenfor medisინutdanningen og ser at dette samlet sett kan bidra til at undervisning og veiledning blir en tydeligere og mer verdsatt oppgave i helseforetaket samtidig som helseforetakets FoU-arbeid styrkes gjennom tettere samarbeid med universitetsmiljø.

Sykehuset Innlandet vil, som utvalget, påpeke betydningen av å utrede finansierungsordningene for spesialisthelsetjenestene vedr praksisstudier og klinisk undervisning. Meroppgaver og investering i infrastruktur som følge av økte utdanningsoppgaver i helseforetakene må fullfinansieres. Dette gjelder uavhengig av størrelsen på økningen i antall studieplasser.

Sykehuset Innlandet støtter utvalgets forslag til etablering av desentraliserte campus som ledd i oppbygging av studiekapasitet, etter lignende modeller som Finmarks-modellen og NTNU-Link i Trøndelag. Dette vil styrke mulighetene for at teoretisk kunnskap og klinisk undervisning/praksis integreres gjennom hele studieløpet – både med praksis i sykehus og i primærhelsetjenesten. Det vil også kunne bedre mulighetene for medisinerstudentene til å lære samhandling med andre profesjoner i helsevesenet. Den kompetansen som studentene vil få ved en slik studiemodell samsvarer godt med behovet for kompetanse i den moderne helsetjenesten.

Universitetet i Oslo har tatt initiativet til dialog med Sykehuset Innlandet om dette.

Helse Sør-Øst er den helseregion med lavest antall studieplasser per innbyggertall, samt lavest kapasitetsutnyttelse og omfang av praksis og klinisk undervisning i helseforetakene. Dette skulle tilsi et potensiale for å kunne bidra inn i økning av utdanningskapasiteten, der også primærhelsetjenesten kan inngå som en institusjonell partner i samarbeidet.

Som en del av målbildet for Sykehuset Innlandet skal det etableres et nytt Mjøssykehus som samler alle spesialiteter, i tillegg til en satsning på utvikling av prehospitale tjenester og samarbeid med primærhelsetjenesten om integrerte tjenester og helhetlige pasientforløp.

I samarbeid med kommunene skal det, i tillegg til allerede etablerte lokalmedisinske sentre, utvikles nye desentraliserte og tverrfaglige tjenesteløsninger som ambulante team, digitale

og virtuelle tjenester og annet som vil kunne utgjøre en fremtidsrettet læringsarena for morgendagens leger og annet helsepersonell.

Sykehuset Innlandet har i dag 57 ansatte i doktorgradsløp, en rekke ansatte med PhD- og professorkompetanse og har samlet forskningsaktiviteten i 11 etablerte forskningsgrupper. Sykehuset Innlandet er i dag det ikke-universitetssykehuset som har høyest forskningspoengsproduksjon av ikke-universitetssykehusene i Helse Sør-Øst. Dette forskningsmiljøet vil utgjøre en integrert del av klinisk praksis i et nytt Mjøssykehus. Sammen med annen forskningsinfrastruktur som biobankfasiliteter, klinisk forskningspost, bibliotekjeneste og annet vil det legges til rette for sentral infrastruktur i et desentralisert universitets-campus som skal bidra inn i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning.

Utvikling av en modell med desentralisert campus under Universitet i Oslo for medisinerutdanning ved Mjøssykehuset vil kunne gå parallelt med de allerede pågående prosessene mot utvikling av ny sykehusstruktur i Innlandet. Sykehuset Innlandet samarbeider i dag med NTNU i Gjøvik og Høgskolen i Innlandet om bachelor-utdanninger i sykepleie, ergoterapi, radiografi, vernepleie, og masterutdanning av sykepleiere spesielt, men også med sosialfaglige bachelorutdanninger i barnevern og sosialt arbeid. Dette vil kunne legge til rette for tverrprofesjonell samarbeidslæring, som er et uttalt mål i utdannings av fremtidens helsepersonell.

Dersom Sykehuset Innlandet skal etablere en desentral campusmodell vil det bli økte kostnader til undervisning, veiledning og oppfølging av medisinstudentene samt etablering av nødvendig infrastruktur. Det er viktig å opprettholde premisset om at undervisere skal ha forskningskompetanse, og at det avsettes tid til forskning. Helseforetaket vil aktivt bidra i rekruttering til kombinerte stillinger som klinikere/undervisere. Dette må utredes nærmere og inngås avtaler om.

Desentrale campus må utrustes som en «miniatyr» av hovedcampus dvs. undervisningslokaler, lesesal, lokaler for ferdighetstrening og simulering m.m. Hvorvidt økt aktivitet som følge av desentralt campus vil få konsekvenser i form av redusert pasientbehandling må eventuelt utredes nærmere.

Det er noe erfaring fra oppbygging av de desentrale studiemodellene ved Universitet i Tromsø og NTNU som kan være nyttige i en videre kostnadsberegning av dette.

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

Sykehuset Innlandet har i denne sammenhengen ikke gjort en systematisk optelling av antall utenlandsstudenter som hospiterer i foretaket til enhver tid, men et bortfall av en stor andel disse vil kunne frigjøre plass til studenter fra norske universiteter. Det er imidlertid verdt å nevne at studentene fra de utenlandske universitetene er i stor grad selvstendige og krever lite tilrettelegging for å gjennomføre pålagt program. Dersom Sykehuset Innlandet skal ta imot flere studenter fra Norge, vil det kreve mer ressurser for tilrettelegging og undervisning.

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)?

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

Sykehuset Innlandet mener at ressursene bør brukes på å bygge opp varig økt kapasitet ved de eksisterende lærestedene. Det er bedre å bruke noe mer tid på å bygge opp en varig god og framtidsrettet løsning enn å bruke ressurser på en mellomløsning der det kan bli vanskelig å opprettholde god nok.

5. Andre innspill