



Kunnskapsdepartementet (KD)

Deres ref

Vår ref

Dato

2019/25838-ØRL

12.02.2020

## Høring - Grimstadutvalgets utredning: Studieplasser i medisin i Norge - behov, modeller og muligheter. Svar fra Universitetet i Bergen (UiB)

Vi viser til brev om høring angående Grimstadutvalgets utredning, som er mottatt 14. november 2019. UiB ser på Grimstadutvalgets utredning som et svært viktig plandokument for legeutdanning nasjonalt. Som en sentral utdanningsinstitusjon på Vestlandet vil UiB bidra med gode løsninger for en kapasitetsøkning for legeutdanningen i Norge.

Vi vil innledningsvis kommentere Grimstadutvalgets anbefalinger, før vi besvarer de nummerte konkrete spørsmålene i høringsnotatet.

### Om Grimstadutvalgets anbefalinger

UiB slutter seg fullt ut til hovedtrekkene i anbefalingene fra utvalget. For de punktene der utvalget har en flertalls- og mindretallsvurdering (anbefaling I og L), stiller vi oss bak utvalgets flertallsvurdering. Dette blir også kommentert som del av punkt 2 under.

### Utdanningskapasitet

I anbefalingene om *utdanningskapasitet* (A – D) slutter vi oss fullt og helt til vurderingene om det nasjonale behovet for å utvide kapasiteten i medisinutdanningen. Grimstadutvalget tydeliggjør de internasjonale forpliktelsene Norge har sluttet seg til gjennom den globale koden for rekruttering av helsepersonell (WHO-koden). Det er ikke tilfredsstillende at et land som Norge, med sine økonomiske og intellektuelle ressurser og sitt offentlige utdanningssystem, ikke kan klare å oppfylle sine internasjonale forpliktelser når det gjelder legeutdanning i eget land. Det internasjonale utdanningsmarkedet har for enkelte profesjonsutdanninger utviklet seg raskt, og spesielt legeutdanning er blitt en internasjonal kommersiell handelsvare. Norge må gjennom sitt eget utdanningssystem både ha og ta kontroll over kapasitet og innhold når det gjelder en så sentral innsatsfaktor i samfunnet som helsepersonell er.

Samtidig har det nasjonalt blitt økt fokus på kvalitet i praksis og tydeligere krav og retningslinjer for alle helse- og sosialfagutdanninger (jfr. RETHOS). I denne sammenheng fremstår det som et stort paradoks at vi i Norge ikke har ambisjoner om å utdanne en større andel av legene våre selv, enn det utviklingen har vært de siste årene. UiB mener at det å

utdanne 80% av legene selv er en rimelig ambisjon å legge seg på nå i et kortsiktig perspektiv, men på lengre sikt må Norge tilstrebe seg på fullt ut å utdanne sitt eget helsepersonell, herunder leger.

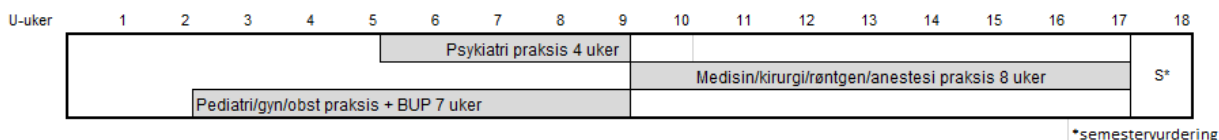
### Studiemodeller og utbygging basert på nye campuser

Anbefalingene om *studiemodeller* (E – I) berører sentrale utdanningsspørsmål. I tråd med RETHOS og den nye forskriften for medisintutdanning, må en utvidelse av legeutdanningen i Norge bygge på en modell med 6-årige integrerte studieprogram. Ved å bygge på modellen med integrerte studieprogram kan en samtidig ivareta og videreutvikle det nødvendige og tette samarbeidet med hele bredden av norsk helsetjeneste. Grimstadutvalget legger i den sammenheng vekt på etablering av nye campuser som ledd i utvidelsen (anbefaling G), fremfor å opprette nye studiesteder. UiB støtter denne argumentasjonen for hvordan en nasjonal satsing bør organiseres.

### UiB bruker allerede hele Vestlandet i sin legeutdanning, og UiB vil bygge ut sin campusmodell ytterligere gjennom studiemodellen *Vestlandslegen*

UiB vil understreke det regionale samarbeidet som allerede i dag preger medisintutdanningen vi har her vest, og som innebærer at helsetjenesten på hele Vestlandet – fra Stadt til Eigersund - er involvert. Det medisinske fakultet har siden 1998 hatt avtaler med helseforetakene i Fonna, Førde og Stavanger om studenter i praksis i betydelig grad. Hvert studieår oppholder totalt 352 medisinstudenter fra UiB seg ved de tre sykehusene, fordelt på tre praksisperioder i studiet (til sammen 2328 studentturer i praksis), noe som utgjør en betydelig utdanningsaktivitet i spesialisthelsetjenesten i hele landsdelen:

#### UiB, studieplan Medisin 2015 - praksisperioder per undervisningssemester



Studenter i helseforetakene:	Stavanger	Fonna	Førde
Psykiatri praksis ( 4 uker)	25 studenter	15 studenter	8 studenter
Med/kir/rtg/anestesi praksis (8 uker)	40 studenter	20 studenter	16 studenter
Ped/gyn/obst praksis inkl. BUP (7 uker)	30 studenter	12 studenter	10 studenter
<b>Totalt antall studenter per semester:</b>	<b>95 studenter</b>	<b>47 studenter</b>	<b>34 studenter</b>
<b>Antall studentturer (praksisuker x antall stud)</b>	<b>630 studentturer</b>	<b>304 studentturer</b>	<b>230 studentturer</b>

**På årsbasis (2 semestre):**  
**352 studenter**  
**2328 studentturer**

Tilsvarende har UiB godt innarbeidede avtaler med fastleger og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland (nå nye Vestland), Rogaland og Vest-Agder om utplassering av studenter i 6-ukers praksisperioder gjennom studieåret:

#### UiB, studieplan Medisin 2015 - praksisperiode allmenntillegning 6. studieår

Fylke	Antall legekantor	Antall studenter per studieår	Uker i praksis per student	Sum studentturer
Sogn og Fjordane	10	20 studenter	6 uker	<b>120</b>
Hordaland	25-30	50-60 studenter	6 uker	<b>300 - 360</b>
Rogaland	25-30	50-60 studenter	6 uker	<b>300 - 360</b>
Vest-Agder	10-12	20-24 studenter	6 uker	<b>120 - 144</b>

Vi må overfor Departementet slå tydelig fast at UiB bruker Rogaland (både sykehus og primærhelsetjeneste) i betydelig grad i legeutdanningen vår, og så langt vi har vært i stand til å rekruttere praksisplasser. Det er således ikke noe stort «ubrukt» potensiale knyttet til Rogaland spesielt. En utbygging av legeutdanningen på Vestlandet vil etter UiBs mening derfor måtte skje ved en balansert økt utnyttelse av praksisfeltene i hele landsdelen, og med en koordinasjon som bare én felles utdanningsinstitusjon kan sikre, slik vår studiemodell *Vestlandslegen* legger opp til.

Vår foreslåtte nye modell med *Vestlandslegen* vil styrke det regionale samarbeidet ytterligere, og vil i økende grad ha den kommunale helse- og omsorgstjenesten som praksisarena. I videreutvikling av modellen med *Vestlandslegen* har Det medisinske fakultet sitt gode lokale samarbeid med Helse Bergen stor betydning, og foretaket har en gjensidig forståelse av dette og sin rolle. Både Haukeland universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus er sentrale partnere i dagens medisinstudium, og vil også aktivt inngå i planlegging og gjennomføring av en eventuell kapasitetsøkning og en ny studiemodell. Den dialogen som Det medisinske fakultet har hatt med sine sentrale samarbeidspartnere om *Vestlandslegen* hittil er preget av mye samarbeidsvilje og positive holdninger til en økning.

Vi har fått positive tilbakemeldinger og støtte til tankegangen bak *Vestlandslegen* hos alle våre samarbeidende helseforetak (Førde, Fonna, Bergen og Stavanger). Det medisinske fakultet vedtok høsten 2019 å starte en mer detaljert planleggingsprosess for en ny studieplan, med bred deltakelse fra alle foretakene i tillegg til representanter for kommunene og andre samarbeidende utdanningsinstitusjoner.

Spesielt vil vi nevne potensialet som ligger i et utvidet samarbeid med Høgskulen på Vestlandet (HVL), som i sin organisering også bygger på en campusmodell, og der lokaliseringen er felles for UiB sin legeutdanning når det gjelder plassering i Førde, Bergen, Stord og Haugesund. Vi samarbeider godt med HVL om tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS), men ser ytterligere potensiale for ulik grad av samarbeid både av faglig (fellesundervisning, simulering/ferdighetstrening, deling av vitenskapelig personale o.l.) og praktisk art (samarbeid om bibliotek, undervisningsarealer, hybler etc.) på disse campusene.

### **Spesielt om samarbeid om medisinutdanning i Stavanger**

Anbefalingene rundt *samarbeid om medisinutdanning i Stavanger* (J - L) opptar UiB i særlig grad. Vi stiller oss bak utvalgets anbefalinger, og i tråd med utvalgets flertall slutter vi oss til anbefaling L om at campusløsningen i Stavanger bør basere seg på at en gruppe medisinstudenter tas opp ved og uteksamineres gjennom UiB, men gjennomfører de første studieårene i Bergen og de siste årene i Stavanger, der SUS får en særskilt viktig rolle og utvikling som vårt universitetssykehus, men der også Universitetet i Stavanger (UiS) inviteres inn i et formelt samarbeid. Vi ønsker å bidra til at det skisserte trepartssamarbeidet kan fungere som en god løsning for alle parter og for Vestlandet som region.

Vi vil advare sterkt mot en løsning der det skal være to utdanningsinstitusjoner med ansvar for hver sin legeutdanning i det samme geografiske området og innen samme organisasjon. Uansett fremtidige modeller og volum, må det sikres at vår nåværende studieplan og utdanningsvolum ikke blir skadelidende, at våre ansatte og studenter ved SUS ikke utsettes for «konkurranselignende» situasjoner og aktiviteter som går ut over studiemiljø, studiekvalitet eller ressursfordeling.

### **Norske medisinstudenter i utlandet**

Når det gjelder anbefalingene om *norske medisinstudenter i utlandet* (M-P), ser vi at den antatte sammenhengen mellom økt tilbud innenlands og virkninger for etterspørselen utenlands krever noen gjennomtenkte tiltak. Vi støtter utvalget i at en balanse mellom helsetjenestens behov og tilgang på leger er helt sentral. Gitt at vi skal utdanne flere leger i Norge, og UiB skal bidra med sin andel av dette, så ønsker vi også at våre kandidater ved endt studieløp kommer ut i et forutsigbart arbeidsmarked. Medisinstudiet – som et av våre mest ressurskrevende studier – er ikke tjent med at kandidater utdannes til arbeidsledighet. Hvis flere skal utdannes i Norge, må det tas grep for å sikre at en bygger opp under de ressursene som investeres nasjonalt, og at den totale tilgangen av autoriserte leger samsvarer noenlunde med det helsetjenesten etterspør i form av LIS1.

### **Rammevilkår for praksisstudier**

Anbefalingene om *rammevilkår for praksisstudier* (Q-S) ser vi ved UiB som avgjørende faktorer for at økningen av kapasitet for medisinstudiet kan gjennomføres. Erfaringene våre fra samarbeid med praksisfeltet er gode, samtidig ser vi at forventningsavklaringer om roller, ansvar og finansiering er utfordrende. Pågående arbeid med kvalitetssikring av praksisavtaler bidrar til avklaringer på feltet, men uklarheter om økonomiske rammevilkår kan ofte forsinke og trenere gode løsninger for samarbeid. Vi erfarer at økte effektiviseringskrav i helsesektoren ikke skaper tilstrekkelig handlingsrom for arbeid med økt kvalitet i praksis for helsefagstudenter. Vi ser et særlig behov for å styrke rammevilkårene for klinisk praksis i kommunehelsetjenesten, og har sammen med de andre medisinske fakultetene i landet satt i gang en egen utredning for å kartlegge ordningene for tilknytning, honorering og kostnadsdekning for praksis i allmennmedisin. Vi ser også frem til videre oppfølging av det oppdraget Helsedirektoratet har fått i å utrede mulig lovfesting av et sørge-for-ansvar for kommunene for å ta imot studenter i praksis.

### **Oppsummert om anbefalingene og UiB:**

- UiB slutter seg til hovedtrekkene i anbefalingene fra Grimstadutvalget.
- UiB ser planlegging innenfor rammene av en 6-årig integrert studiemodell som en naturlig konsekvens av sektorens arbeid for og med RETHOS.
- UiB vil i en kapasitetsøkning for medisinstudiet bygge videre på Det medisinske fakultet sitt veletablerte og utstrakte samarbeide med foretak i Helse Vest (Helse Bergen, Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Førde, samt Haraldsplass Diakonale Sykehus), i tillegg til den kommunale helse- og omsorgstjenesten i regionen.
- For medisinstudiet i Stavanger ønsker vi at UiB skal være ansvarlig og være gradsgivende institusjon, men at en større gruppe medisinstudenter tas opp og gjennomfører de første studieårene i Bergen (ved UiB) og de siste årene i Stavanger/Rogaland der også UiS inviteres inn i et formelt samarbeid om deler av utdanningen.
- UiB vil aktivt bidra til å fremme styrking av rammevilkårene for praksisstudier.
- Hvis flere leger skal utdannes i Norge, ser UiB at det må tas strategiske grep for å sikre at en bygger opp under de ressursene som investeres nasjonalt, og at man i størst mulig grad sikrer en balanse mellom utdanning/autorisasjon og kapasiteten i spesialistutdanningen (LIS1).

## Om punkt 1 – Utdanning av leger i Norge og i utlandet

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

I Norge har mange i flere generasjoner tatt medisnutdanningen sin i utlandet, og det har gitt og gir profesjonen nyttige internasjonale faglige impulser. Imidlertid har det vært en utvikling der andre utdanningsinstitusjoner enn før og nye land har kommet på banen i tilbud om medisnutdanning til norske studenter, i økende grad kommersielle utdanningsaktører som tilbyr engelskspråklige studieprogram. Norske medisinstudenter i utlandet får nå av den grunn utdanning som i mindre grad er preget av lokalt språk, kultur og helsetjeneste. Det må tas høyde for denne utviklingen når en tar stilling til andelen norske medisinstudenter i utlandet. Opprettholdelse av en viss andel utenlands kan være ønskelig, men det kan være aktuelt å styrke tilknytning til de landene og/eller institusjonene der en reelt ønsker et tettere faglig og forskningsmessig samarbeid.

I norsk budsjettmessig forstand konstaterer vi at det er rimeligere å utdanne medisinstudenter i utlandet enn i Norge, jfr. rapporten fra Oslo Economics som er vedlagt utredningen. Slik Grimstadutvalget kommenterer, er det imidlertid en vesensforskjell på volum av studiestøtten for norske studenter utenlands – som kun understøtter utdanningsvirksomheten ved de lærestedene der de studerer – og det en ville understøttet av utdannings- og forskningsaktivitet ved å finansiere økt medisnutdanning innenlands. Siden forsknings- og formidlingsaktivitet er en integrert del av utdanningsvirksomheten ved norske universiteter og høyskoler, er det mange kjerneoppgaver som skal ivaretas innenfor et vitenskapelig årsverk; undervisning, forskning, formidling og innovasjon. Sett utenfra kan dette få norsk utdanning til å fremstå som betydelig mer kostnadskrevende enn tilsvarende utdanning i utlandet.

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

I forlengelsen av argumentasjonen over ser vi det som en ulempe for Norge at det å investere i at en så stor andel medisinstudenter utdannes utenlands samtidig innebærer at vi her til lands går glipp av viktig kompetanse som kunne vært bygget opp som en integrert del av satsing på medisnutdanningen.

Når kravene som knyttes til norsk medisnutdanning gjennom RETHOS ikke på tilsvarende måte stilles til den store andelen norske leger som utdannes utenlands, ser vi dette som både et stort paradoks og en klar ulempe. Det er med undring vi har registrert den store vektleggingen fra sentrale myndigheters side av RETHOS og praksisfeltet og brukernes medvirkning og påvirkning av utdanningene, mens det er lite diskutert som en utfordring at for leger vil RETHOS for tiden gjelde for under halvparten av de autoriserte legene. RETHOS handler om faglige krav som det er bred enighet om både i helsetjenestene og i utdanningene, og i årene fremover vil det kunne utvikle seg større forskjeller mellom medisnutdanning fra ulike land enn det en ser i dag.

Ved legeutdanning ved utenlandske læresteder er primærhelsetjeneste og allmenntilleggsmedisin oftest lite vektlagt. Studentene får dermed lite kjennskap til og forståelse for hvordan helsetjenesten i Norge fungerer og er organisert. Undervisningen i utlandet foregår på et fremmedspråk, som oftest engelsk. Det innebærer at studentene mens de er på studiestedet

får ingen trening i å kommunisere med pasienter på norsk, men heller ikke særlig trening i kommunikasjonsferdigheter på pasientens eget språk.

Medisinutdanningen i Norge er i sin helhet bygget opp slik at læringsmålene skal bygge opp under kompetanse som er spesialtilpasset helsetjenesten og den norske velferdsstaten. Dette er avgjørende for legers yrkesutøvelse i Norge, og denne kompetansen tilegner de seg ikke nødvendigvis i utlandet. Stikkord for disse momentene er ikke uttømmende og kan eksempelvis være helsevesenets organisering og finansiering, prinsipper som likeverdige tjenester og LEON, kunnskap om velferdsstaten og NAV, etikk og helsejuss, fastlegeordningen og portvokterrollen, samhandlingsreformen, overbehandling og overdiagnostikk generelt, og antimikrobiell resistens spesielt, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, og nasjonale modeller for forebygging.

Andelen norske medisinstudenter utenlands har allerede medført ulemper for grenseflaten mellom grunnutdanningen og LIS1-utdanningen. Slik det også pekes på i Grimstadutvalgets rapport (side 104), erfares det at læringsmålene for LIS1 er lagt på et lavere nivå enn nødvendig sett i forhold til de som har fullført norsk medisinutdanning, nettopp for å ta høyde for en bred målgruppe for oppstart i LIS1.

Det vil også være uhensiktsmessig hvis det på kort sikt oppstår en konkurransesituasjon mellom studentgruppene på bakgrunn av utdanningsland, sett i forhold til den knappheten på LIS1-stillinger som det er for nyutdannede leger i dag. Vi merker oss at det i Grimstadutvalgets rapport (side 18) blir vist til Helsedirektoratets statusrapporter for søknadsrundene for LIS1, som foreløpig viser at medisinstudenter utdannet i Norge har et fortrinn når det gjelder å få tilbud om stilling.

### ***c. Hvordan blir din organisasjon berørt hvis en større andel blir utdannet i Norge?***

Hvis en større andel leger skal utdannes i Norge, ønsker UiB ta sin andel av økningen, slik Grimstadutvalget har foreslått som del av en opptrappingsplan for 2021-2027. Det vil for UiB sin del innebære en økning på **120 studieplasser** i perioden, en økning som vil gagne hele Vestlandet. Med vår modell, der UiB-studentene gjennomfører de første studieårene i Bergen (ved UiB) og de fleste studentene de siste årene i Stavanger (UiB–UiS–SUS), vil økningen lokalt i Bergen først få stor innvirkning på de basalfaglige miljøene og på kliniske miljøer som gir studentene grunnleggende journalkompetanse. I UiB sitt innspill til Grimstadutvalget skisserte vi planene for en utvidelse, med noen sentrale byggesteiner i arbeidet fremover. For studiets første del vil en utbygging være sentrert om følgende:

- Satsingen på **Alrek helseklynge** vil i årene som kommer gi et kraftsentrum for utdanning og forskning med relasjon til primærhelsetjenesten, og med kapasitet til å huse et større antall studenter. Som ledd i UiBs store klyngesatsing med rehabilitering av gamle bygg og bygging av nye, vil arealdisposisjoner med ordinær husleiekompensasjon være vår modell. Det vil være behov for nybygg, for å huse både *Vestlandslegen* og andre planlagte satsingar i helseklyngen.
- Det nye **Haraldsplass Diakonale Sykehus** (HDS) i Ulriksdal er, som partner i helseklyngen og med beliggenhet i samme område, en sentral samarbeidspartner for Det medisinske fakultet i medisinutdanningen. I forbindelse med utvikling av *Vestlandslegen* har HDS bekreftet at de vil kunne bidra enda tettere inn i studiets første tre år. Med sin tette lokasjon med VID vitenskapelige høyskole muliggjøres også bedre sambruk av studentarealer i området, og VID planlegger også et nytt studiesenter. UiB har allerede undervisningslokaler ved HDS, og disse vil få en bedre utnyttelse uten kostnadsøkning.

- Som basisinstitusjon i dagens medisinstudium her vest er **Haukeland universitetssjukehus** en avgjørende faktor i fortsatt videreutvikling av utdanningen. En ny og eventuelt endret utnyttelse av sykehuset i modellen med Vestlandslegen er aktuelt, og sykehuset/Helse Bergen har uttrykt klar vilje til å bidra som en aktiv part i både utvikling av studieplan og i konkret utvidet undervisning.
- Institusjoner i kommunehelsetjenesten, som sykehjem, legevakt og kommunal akutt døgnetenhet (KAD) i Bergen kommune og omkringliggende kommuner, er tenkt å utgjøre sentrale lokalisasjoner for det nye studiets første del. UiB er partner i *Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest*, som er en kunnskapsatsing i kommunenes helse- og omsorgstjenester med 11 kommuner og 7 forskningsinstitusjoner, ledet av Bergen kommune. Hensikten er å samarbeide om å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i tjenestene – for at innbyggerne kan få de beste kunnskapsbaserte tjenestene. UiB har allerede invitert Bergen kommune inn i videre planlegging av *Vestlandslegen*.

For studiets andre del, de tre siste årene, er styrket samarbeid og en sterkt utvidet bruk av **Stavanger universitetssjukehus** (SUS)/Helse Stavanger høyt prioritert. SUS er det eneste av våre samarbeidende sykehus utenfor Bergen som er universitetsklinikk, og som har mange forskningsmiljøer og kliniske avdelinger med bredde og høy kvalitet. SUS har i brev til fakultetet 20. desember 2018 bekreftet at de både vil ivareta studenter innenfor nåværende ordning, og at de har både kapasitet og kompetanse til å ta flere medisinstudenter hvis dette fullfinansieres. SUS medvirker også i planleggingen av en detaljering av *Vestlandslegen*, som er igangsatt vinteren 2020.

UiB ønsker dessuten gjennom opptrapping av medisinstudiet i tillegg å styrke våre forbindelser til **Helse Førde** og **Helse Fonna** (Haugesund), og inkludere disse i planlagt studiemodell i siste fase av opptrappingsplanen. Foretakene har gjensidig bekreftet ønsket om et utvidet samarbeid, og inngår i videre planlegging av aktuelle modeller.

Et sentralt aspekt i modellen med *Vestlandslegen* er ønsket om å rekruttere medisinstudenter i landsdelen, samtidig som en sikrer stabilisering i videre løp mot spesialiseringen som lege. UiB har i planlegging av konseptet sett hen til internasjonale modeller som omtaler dette («Recruit and Retain»), og vi kjenner også til hvordan UiT og NTNU har utviklet hver sine desentrale studiemodeller. Målsettingen er at studentene skal ha den kliniske delen av medisinstudiet utenfor universitetsbyen, bosette seg der, og kunne planlegge for videre utdanningsløp der, både LIS1 og LIS2-3. Slike modeller bidrar til at kapasiteten i helsetjenesten i utdanningsøyemed blir bedre utnyttet, og sikrer en bedre planleggingshorisont både for kandidatene selv og for helsetjenesten regionalt. Modellen forutsetter et utvidet samarbeid mellom studienivåene og mellom utdanningsinstitusjon, foretak og kommunehelsetjeneste. UiB er klar til å bidra til en slik oppnåelse av et helhetlig forløp for kandidatene i hele landsdelen.

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

Som utdanningsinstitusjon for profesjonsutdanningen i medisin har vi ingen erfaringer å dele på dette punktet. Vi har imidlertid merket oss at kandidater som starter LIS1 har variert faglig utgangspunkt for å oppnå fastsatte læringsmål, jfr. kommentarer under punkt b over. Innspill

om dette har også fremkommet i tilbakemeldinger fra medisinstudentene, om variert veiledningskvalitet fra LIS1-kandidater.

**e. Hvis ja, hva består forskjellen i?**

Ingen ytterligere kommentarer her, jfr. svaret over.

**f. 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?**

Profesjonsutdanningen i medisin ved Det medisinske fakultet, UiB, har nylig gjennomgått en omfattende revisjon, og arbeidet med planlegging og innfasing av studieplan [Medisin 2015](#) viste med all tydelighet at tilpassing av studiet til anerkjente internasjonale anbefalinger var nødvendig. En studiemodell som sikrer gode koblinger mellom teoretisk kunnskap og anvendelse i kliniske settinger gjennom hele studieløpet gir studentene en forståelse av egen profesjonsrolle og rollen som sentral helsearbeider i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Integrasjonen handler både om å inkludere kliniske perspektiver i studiet helt fra starten av, men ikke minst om å sikre den basalfaglige forankringen og teorigrunnet inn i de kliniske vurderingene som gjøres gjennom hele studiet. En modell med skarpere todeling av studieløpet i såkalt preklinikk og klinikk stimulerer ikke til et integrerende perspektiv på tilsvarende måte, og kan snarere bidra til å bygge opp om faglige siloer.

Nye føringer i RETHOS tydeliggjør hvordan kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse bør virke sammen for å nå ønskede intensjoner sett fra både utdanningene, tjenestene og samfunnets side. Det er tilsvarende sterke føringer både i *Samhandlingsreformen* (2008-09) og *Samspillsmeldingen* (2011-12) om høy kvalitet i utdanningene med solid kjennskap til alle deler av helsetjenestene. Implisitt ser vi på kravene i RETHOS som uforenlige med at teoretisk og klinisk undervisning/praksis ikke er integrert. Alle medisinutdanningene i Norge er for tiden tuftet på moderne pedagogiske og faglige prinsipper fra internasjonal legeutdanning.

Som utdanningsinstitusjon er det avgjørende for oss å sikre at både utdanning og forskning er på et høyt internasjonalt nivå. Innen utdanning må vi holde oss fortløpende oppdaterte på internasjonal medisinsk faglig pedagogikk, både på studieplannivå og med kompetanseheving av undervisere i anerkjente undervisnings- og vurderingsformer. En studieplan i medisin, som et 6-årig integrert profesjonsstudium, krever at både fagansvarlige og undervisere ser studieplanen som noe mer enn summen av spesialitetene som inngår.

## **Om punkt 2 – Studieplasser og gradsrettigheter**

**a. Hva er synspunktene på en økning av studieplasser nasjonalt tilsvarende 80 prosent av nasjonalt behov?**

Som beskrevet under omtale av anbefalingene om utdanningskapasitet (A-D), mener UiB at det på kort sikt må tilstrebes å nå ambisjonen om å utdanne 80% av legene selv. Rent prinsipielt mener vi imidlertid at Norge, på grunnlag av forpliktelsene i WHO-koden og som et



ressurssterkt land, burde ha en utdanningskapasitet som fullt ut dekker eget behov og eventuelt også en ekstra andel som kan bidra internasjonalt.

**b. 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?**

Det bør ikke åpnes for at flere enn dagens fire universiteter har gradsrettigheter i medisin. Dette synspunktet handler primært om de ressursene som kreves for å tilby full faglig bredde i et 6-årig profesjonsstudium, ressurser som det allerede ved dagens fire læresteder kan være en utfordring å rekruttere til og opprettholde. Basalfaglige miljø er særlig ressurskrevende å bygge opp. Vi vil – i likhet med utredningen fra Grimstadutvalget (side 34) - peke på at fagevalueringer i regi av Norges Forskningsråd (NFR 2004, NFR 2011) viste at medisinsk forskning i Norge på mange felt har for små og fragmenterte miljø. Heller enn å utvide antall miljøer, bør en styrke dagens miljøer.

I nasjonal sammenheng har det over tid vært anbefalt å etablere større og mer robuste fagmiljø, og prosesser innen høyere utdanning har i siste periode trukket i samme retning. I Stjernø-utvalgets innstilling (NOU 2008:3) *Sett under ett – Ny struktur i høyere utdanning* ble nettopp samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon fremhevet (SAK). Regjeringen har tatt til orde for at det vil styrke kvaliteten i høyere utdanning, tydeliggjort i St. meld 18 (2014-15) *Konsentrasjon for kvalitet*. Flere utdanningsinstitusjoner har fusjonert, med målsetting om å heve kvaliteten og graden av robusthet. Denne utviklingen rimer ikke med en anbefaling om å opprette flere fullskala medisinske fakulteter i Norge. Det bør heller legges vekt på utstrakt samarbeid mellom dagens fire universitet med medisindanning og utdanningsinstitusjoner som kan bidra i deler av utdanningsløpet. Vi ser at slike samarbeidsløsninger kan bidra til å ta ut potensialet i regionale strukturer og sikre den tettheten til praksisfeltet som er nødvendig i medisinstudiene. Argumenter for utvidet samarbeid og nye campuser fremkommer også som et samlet syn fra rektorene ved dagens fire universiteter med medisindanning NTNU, UiB, UiO og UiT i en kronikk i Aftenposten 28. november 2019.

Når det gjelder Vestlandet spesielt, arbeider som kjent Universitetet i Stavanger med planer for medisindanning. UiB ønsker ikke at det opprettes et eget medisinsk fakultet i Stavanger. En slik oppdeling av Vestlandet vil etter UiBs syn være svært uheldig av flere grunner:

- Kostnadskrevende, ved at det må foretas store investeringer for et relativt lite antall studenter i forhold til det nasjonale behovet. 6-årige medisinstudier må bygge på solide miljø for basalfag, laboratiefag, alle medisinske fagområde samt god pedagogisk kompetanse. Dette er både tids- og ressurskrevende å bygge opp, men det er i tillegg tvilsomt om det nasjonalt er tilstrekkelig kompetanse til å bygge et nytt stort og konkurransedyktig basalfagsmiljø.
- Internasjonale evalueringer viser at medisinske forskingsmiljø i Norge er for små og fragmenterte. Trenden både nasjonalt og internasjonalt er å bygge større fagmiljø.
- Dersom man skal basere seg på hjemhenting av utenlandsstudenter, vil dette trolig øke antall studenter som starter i utlandet enda mer. Det er nå over 3000 medisinstudenter i utlandet som bidrar til store kostnader gjennom Lånekassen, er en «forretningsmodell» for mange utenlandske fakulteter og bidrar til at vi har overproduksjon av leger i forhold til det den norske helsetjenesten kan absorbere.
- Det gir dårlig utnyttelse av eksisterende faglig og administrativ infrastruktur, ved at det må etableres fullverdige dobbeltfunksjoner to steder, både faglig og administrativt.

- Det vil føre til mindre konkurransekraft om norske og internasjonale forskningsmidler og kliniske spissfunksjoner i Helse Vest samlet. Både Bergen, Haukeland og Stavanger universitetssjukehus vil bli skadelidende.
- For UiB er det maktpåliggende å understreke at vår nåværende utdanningsaktivitet ved SUS og i Rogaland er omfattende og en helt integrert og nødvendig del av vår nåværende studieplan for 165 studenter årlig. Uansett fremtidige modeller og volum, må det sikres at vår studieplan ikke blir skadelidende, at våre ansatte og studenter ved SUS ikke utsettes for «konkurranselignende» situasjoner og aktiviteter som går ut over studiemiljø, studiekvalitet eller ressursfordeling.

Vi vil også minne om at spørsmålet om medisinutdanning i Stavanger tidligere har vært behandlet i Stortinget (Skriftlig spørsmål, dokument nr. 15:1577 (2016-2017)). Der svarte daværende kunnskapsminister Henrik Asheim slik på spørsmålet om å utrede et eget medisinstudium i Stavanger:

*Regjeringen har lagt til grunn at det er behov for mer samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon i universitets- og høyskolesektoren, og Stortinget har gitt sin tilslutning til dette. Målet er å skape mer robuste fagmiljøer og heve kvaliteten på utdanningene. Også innenfor medisinutdanningen er det derfor mest nærliggende å bygge videre på de fagmiljøer som allerede finnes. ..En eventuell oppbygging av en medisinutdanning ved UiS vil være svært kostnadskrevende, både når det gjelder kompetanse, infrastruktur og utstyr. Et spørsmål vil være om en eventuell medisinutdanning ved UiS kan føre til en bedre og mer effektiv bruk av ressursene enn slik det er i dag.*

### **Om punkt 3 – Premisser for økt kapasitet i norske medisinutdanninger**

- a. 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 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.**

Innledningsvis gjentar vi her den vurderingen av ressursbehov som tidligere ble meldt inn til Grimstadutvalget (jfr. ide 71-72 i utredningen), og som er tett sammenkoblet med planene for en utvidelse som tidligere er omtalt under punkt 1c;

- UiB forutsetter samme finansieringsklasse for medisinstudiet som i dag.
- Videreutviklingen av Alrek helseklynge – som del av UiBs strategiske satsing på klynger – er i arealsammenheng en viktig brikke. Et nytt byggetrinn her vil kunne gi den nødvendige arealutvidelsen som skal til for en økning i studenttall de tre første studieårene.
- Et utvidet samarbeid med flere aktører i klyngen innenfor samme geografiske område; Haraldsplass Diakonale Sykehus, VID vitenskapelige høgskole og Bergen kommune. Det er her snakk om arealkostnader, enten kostnader til leie av areal eller til finansiering av bygg.
- Utvidet samarbeid med kommunesektoren vil kreve finansiering av praksisplasser.

- For innovasjon av undervisningen i basale og parakliniske fag påregnes det investeringskostnader til digitalisering og nye moderne læringsarenaer og -metoder.
- For å styrke og eventuelt dublere eksisterende undervisning vil det kreves tilførsel av nye stillingsressurser. Det gjelder både i undervisningsmiljøene i Bergen, og ikke minst ved de samarbeidende sykehusene. Dette forutsettes dekket gjennom ordinær studieplassfinansiering.
- Både i Stavanger, Haugesund og Førde må nødvendige ressurser tilføres for å kunne øke volum av studenter. Særlig for Stavanger vil en økning av ansvar og oppgaver kreve både økte arealer, økning i stillingsressurser og økning av basisbevilgningen til foretaket. Arealer forutsettes leiet på vanlige vilkår, med husleierefusjon slik som ellers. Ved sykehusene må det påregnes økte utgifter i forbindelse med økt undervisningsansvar. Spesielt i Stavanger/SUS vil den planlagte aktiviteten medføre betydelige behov for arealer og infrastruktur. Regjeringen har allerede bevilget 53 millioner kroner i ekstralån til UiB-lokaler ved nye SS på Ullandhaug. Dette gjelder nåværende UiB-studenter ved SUS. Dersom kapasiteten skal økes fra nåværende studenttall på ca 40 års-ekvivalenter til 210 studenter til enhver tid (70 studenter årlig i 3 år), vil behovet for undervisnings- og forskningsarealer bli betydelig.

Sett i forhold til antall studieplasser vil det skisserte ressursbehovet likevel ha klare stordrifts- og samordningsfordeler. Det vil fra UiBs side ikke være tilrådelig med oppbygging av en slik studiemodell til et volum lavere enn 70 studieplasser. Med tanke på satsinger både innen areal, praksisfeltet, samarbeidsrelasjoner og digitalisering vil ikke et lavere antall studieplasser kunne forsvare den satsingen som er nødvendig. Slik sett vil både en halvering (60 studieplasser for UiB sin del) eller en tredjedel (40 studieplasser) være hverken tilrådelig eller ønskelig innenfor rammene av modell Vestlandslegen.

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

I Grimstadutvalgets redegjørelse for praksis som del av medisinstudiene i Norge (kapittel 7) er det satt opp et estimat for antall norske utenlandsstudenter som er hospitanter og/eller har praksisopphold ved norske helseforetak (jfr. tabell side 64). Utvalget vurderer at det er en underrapportering på omfanget, og konstaterer at norske medisinstudenter i utlandet er en del av totalbildet for kapasitet i foretakene allerede. Gitt denne situasjonen ser vi det slik at kapasiteten kan brukes til medisinstudenter ved norske utdanningsinstitusjoner hvis andelen utenlandsstudenter går ned.

Slik vi som utdanningsinstitusjon kjenner helseforetakene, er det fordelaktig om samarbeid om helsefagstudenter inngår i allerede eksisterende utdannings- og praksisavtaler, med de avklaringene det innebærer både for faglig utbytte, arbeidsfordeling, veiledning og vurdering.

**Om punkt 4 – Modell med opptak av norske studenter fra utlandet**

***a. 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)?***

I forlengelsen av det synet UiB har gjort rede for i punktene over, mener vi at det ikke bør etableres en modell der norske medisinstudenter i utlandet tilbys å ta de tre siste studieårene ved et nytt studium i Stavanger. Dette henger sammen med flere forhold:

- De faglige rammene i RETHOS, som omhandler sammenhengende kompetansekrav gjennom hele utdanningsløpet.
- Norge bør investere i varige, fullverdige modeller for medisnutdanningen fremover.
- UiB er for en opptrapping av medisnutdanningen i Norge innenfor forutsigbare rammer, og støtter ikke en satsing på overgangsmodeller som heller ikke bygger opp under ønskede faglige samarbeidsrelasjoner.
- En midlertidig modell framstår som en overgangsmodell til et fullverdig 6-årig studium. Vi har ingen tro på en oppbygging på midlertidighet for så å bygge ned senere. Vi viser derfor til våre kommentarer ovenfor, der vi ikke støtter eller tror det er realistisk å bygge opp fullverdige 6-årige studieløp på nye studiesteder.

Tre-årige studieløp har historisk sett en innebygd forutsetning om at utdanningen kan deles i preklinikk-klinikk, alternativt en bachelor-masterinndeling. Slik Grimstadutvalget også påpeker, så har vi innenfor høyere utdanning i Norge ingen av disse forutsetningene innebygd i dagens medisnutdanninger (jfr. drøfting av studiemodeller i kapittel 8, side 81).

Slik UiB ser det, er det også problematiske juridiske aspekter ved en modell med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet. Et tilknytningskrav er angitt i *Forskrift om godskriving og fritak av høyere utdanning* (godkjenningsforskriften), som trådte i kraft 1. januar 2019. I tråd med tilknytningskravet skal den utdanningen/kompetansen som godkjennes være i samsvar med de faglige kravene for den aktuelle graden, og det samlede læringsutbyttet for graden skal være likeverdig det som gjelder for dem som tar hele utdanningen ved institusjonen. Det synes problematisk med en modell som baserer seg på at kun de tre siste årene skal tas i Norge, på en institusjon som ikke har en fullverdig utdanning for det studieløpet det søkes innpassing til. Modellen fordrer et samarbeid med en gradsgivende institusjon som har hele studieløpet i sin portefølje.

Vi ser også utfordringer med en eventuell opptaksordning for en slik modell, der studenter på ulike stadier av sitt profesjonsstudium i medisin – med ulike vurderingsordninger og karaktersystemer - skal vurderes i forhold til hverandre.

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

UiB mener at en 3+3-modell ikke vil gi den ønskede legekompentansen, og her støtter vi oss på Grimstadutvalget sin anbefaling E; *Utvalget anbefaler at modellen for medisinstudier i Norge skal være basert på 6-årige integrerte studieprogram.*

En grunnleggende forutsetning i et integrert studieprogram er at integrasjonen skal foregå allerede fra første studieår. Hvis en begynner å bygge opp integrasjon som et bærende element først fra fjerde studieår i et profesjonsstudium, så får studentene en bratt læringskurve, manglende tid til modning, og faglige elementer kan gå tapt. I Grimstadutvalgets utredning pekes det også på konkrete faglige aspekter som må tas høyde for hvis studenter rekrutteres fra ulike utdanninger;

*«Det vil være behov for oppdatering til norske forhold, og momenter som er aktuelle er: pasientkontakt på eget språk/ kommunikasjon, allmennmedisin, praksis i primærhelse-*

*tjenesten, samfunnsmedisin, sentrale aspekt i psykiatri, norsk lovverk, trygdemedisin etc. I tillegg vil tverrprofesjonalitet (TPS) komme inn.» (side 81)*

Slik UiB vurderer det, står ikke eventuelle gevinster ved en utprøving av 3+3-modell med opptak av norske studenter fra utlandet i forhold til nevnte usikkerhetsmomenter for faglig måloppnåelse. UiB vil anbefale en «glidende og sømløs» 3+3-ordning innenfor rammene av den 6-årige integrerte modellen, der opptaket er i Norge fra første studieår, og der samarbeid regionene imellom ivaretar mobilitet og regional tilknytning mellom utdanning og helsetjenestene. UiBs modell med *Vestlandslegen* vil, som vi allerede har argumentert for, være en løsning som sikrer slike gevinster.

**c. Hva er synspunktene på eventuell varighet for en slik ordning?**

Ingen ytterligere kommentarer her, jfr. svarene i punkt a og b over.

**Om punkt 5 – Andre innspill til høringen**

Gjennom punktene over har vi som utdanningsinstitusjon på Vestlandet fått kommentert de hovedaspektene som opptar oss i høringsrunden etter Grimstadutvalgets rapport. Hovedanbefalingene i rapporten er poengterte og tydelige, og vi har tro på at høringsrunden vil avspeile det som allerede er anbefalt. Utvalget hadde selv en bred kontaktflate i sitt arbeid, og mange av høringsinstansene får nå en ekstra mulighet til komme med sine innspill.

UiB er særlig opptatt av hvordan vi kan sikre et godt fungerende samarbeid på Vestlandet. Det trepartssamarbeidet som er omtalt både i mandatet til Grimstadutvalget og av de institusjonene som er involvert, er viktig å ivareta med tanke på fremtidig samarbeid både innad i sektoren og mellom utdanningsinstitusjonene og aktørene på praksisfeltet. Både spesialist- og kommunehelsetjenesten må finne sammen i gode praksisavtaler med utdanningsinstitusjonene for å kunne opprettholde de ambisiøse faglige målene som stilles gjennom de nye retningslinjene for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS).

Grunnlaget for økt utdanningsaktivitet i helsesektoren, økt kvalitet i praksis og videre rekruttering til helsetjenestene i hele landet er gode rammevilkår for praksisstudiene. Vi vil avslutningsvis gjenta hvor viktig dette er som premiss for en økning av kapasiteten i medisinutdanningen. Hvis det ikke kommer på plass nye ordninger for finansiering av praksis i kommunehelsetjenesten, vil det legge store begrensninger på hva det er mulig å få til på feltet videre.

Vår hovedkonklusjon er altså at vi støtter det vesentlige i Grimstadutvalgets rapport, og som en sentral utdanningsinstitusjon på Vestlandet vil UiB bidra med gode løsninger for en kapasitetsøkning for legeutdanningen i Norge, gjennom et økt studentopptak ved UiB og modellen *Vestlandslegen*. Samlet sett vil dette utgjøre et akademisk kompetanseløft for helsetjenesten i hele landsdelen. Grimstadutvalget støtter oss i denne modellen. Planen skal ikke bare tjene studentene, men også tilføre helsetjenestene i Helse Vest akademisk kompetanse, styrke forskningsmiljøenes kvalitet og konkurransekraft, bedre samarbeidet mellom helseforetakene og bedre rekrutteringen i regionen. Studiet skal derfor bygge på en ideologi om å understøtte hele regionens helsetjenester med høyt kompetente fagfolk, som

er utdannet i og har sine praksiserfaringer blant befolkningen de skal tjene, og som ønsker å arbeide der.

Vennlig hilsen

Dag Rune Olsen  
Rektor

Kjell Bernstrøm  
universitetsdirektør

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.*