

Kunnskapsdepartementet  
[postmottak@kd.dep.no](mailto:postmottak@kd.dep.no)

Dato: 17.02.2020  
Deres ref.: 19/4959  
Vår ref.: 2019/12991 JONNYRSU

## Svar på høring - Grimstadutvalgets utredning

Vi takker for at Kunnskapsdepartementet har satt i gang prosessen med å se på utdanning av leger i Norge. Universitetet i Oslo (UiO) har i dag den største medisinstudiet i Norge, med et årlig opptak på 220 studenter fordelt på to kull. Utvalgets forslag er vurdert av Det medisinske fakultet, Det odontologiske fakultet og Psykologisk institutt ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

Sammenlignet med andre OECD-land, utdanner Norge relativt få leger per innbygger, og Norge er i dag avhengig av at mange velger å studere medisin i utlandet for at landets behov for leger skal kunne dekkes. UiO støtter ambisjonen om en opptrapping av utdanningskapasiteten i Norge tilsvarende 80 prosent av nasjonalt behov. En slik opptrapping er avhengig av tilstrekkelig finansiering både ved lærestedene, i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Den foreslåtte økningen i antall studieplasser fra dagens 636 til 1076 innen 2027 er betydelig, og desentralisering av studiesteder er beskrevet som nødvendig for å øke kapasiteten. UiOs klare anbefaling er å satse videre på de etablerte medisinstudiene for å unngå fragmentering av viktige forsknings- og kompetansemiljøer på universitetssykehusene og universitetene.

Innledningsvis vil UiO også bemerke at de samme vurderinger som ligger til grunn for Grimstadutvalgets arbeid med medisinstudiet, kan gjøres gjeldende også for tannlegeutdanningen. I årene 2016-2018 ble det utdannet 393 tannleger ved de norske lærestedene UiO, UiB og UiT, mens det kom 924 med utdanning fra utenlandske læresteder.

I det følgende strukturerer vi uttalelsen vår etter spørsmålene i departementets høringsbrev:

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

Utdanning av leger i utlandet sikrer tilgang av nye leger til Norge, slik at vi kan møte behovet i alle deler av helsevesenet. Norge har tradisjon for å utdanne en andel av sine leger i utlandet. Dette har gitt faglige impulser til fagmiljøet i Norge, samt at det bidrar til å gi studentene internasjonal erfaring som kommer til nytte i deres fremtidige arbeidsliv.

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



#### Rektor

Postadr.: Postboks 1072 Blindern, 0316 Oslo  
Kontoradr.: Lucy Smiths hus,  
Problemveien 7, 9. et., 0313 Oslo

Telefon: 22 85 63 03  
Telefaks: 22 85 44 42  
[postmottak@admin.uio.no](mailto:postmottak@admin.uio.no)  
[www.uio.no](http://www.uio.no)  
Org.nr.: 971 035 854

De senere år har norske studenter i stor grad valgt legeutdanning ved utenlandske læresteder der primærhelsetjeneste og allmennmedisin er lite vektlagt. Studentene får dermed lite kjennskap til samfunnsstrukturer som er viktige for helsetjenesten i Norge. Undervisningen i utlandet foregår på et fremmedspråk, som oftest engelsk. Det innebærer at studentene mens de er på studiestedet får lite trening i å kommunisere med pasienter på norsk eller pasientens eget språk.

Helse- og sosialtjenesten i de nordiske landene er unik. For at systemet skal være bærekraftig, er vi nødt til å ha leger som kjenner og kan bruke systemet, og som kan være med på å sikre at systemet også er bærekraftig i fremtiden. Medisinutdanningen i Norge er i sin helhet bygget opp rundt læringsmål i samsvar med Kvalifikasjonsrammeverket, og dette innebærer at studentene tilegner seg kompetanse som er spesialtilpasset den norske velferdsstaten. Dette er avgjørende for legers yrkesutøvelse i Norge, og denne kompetansen tilegner de seg ikke nødvendigvis i utlandet. Viktige momenter ved velferdsstaten og helsetjenestene som er avgjørende for leger å kunne er:

- Kunnskap om helsevesenets organisering og finansiering i Norge, samt kunnskap om grunnleggende verdier i den norske helsetjenesten – for eksempel likeverdige tjenester og fordelingsprinsippet.
- Kunnskap om velferdsstatens ytelser (for eksempel gjennom NAV).
- Kunnskap om etikk og helsejus.
- Kunnskap om portvokterrollen som det norske systemet hviler på, og ferdighet til å utøve denne rollen. Fastlegen er gitt en betydelig makt og myndighet til å sile pasientene før henvisning til sykehus, samt til å sile viktige trykdegoder som uføretrygd og sykmelding. Portvokterrollen sikrer behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), og er både faglig og økonomisk den beste løsningen. Håndtering av portvokterrollen vil være vanskelig å få til hvis man ikke gjennom både praktisk og teoretisk opplæring gjennom et studium har fått sett hvordan modellen fungerer.
- Kunnskap om mangfoldet av aktører i velferdsstaten, og ferdigheter som inkluderer viktige verktøy for samhandling og forebyggende arbeid både i lokalsamfunn og i sykehus (jf. samhandlingsreformen).
- Kunnskap om overbehandling og overdiagnostikk generelt, og antimikrobiell resistens spesielt, samt verktøy for å redusere det. Antimikrobiell resistens er et av de største problemene helsetjenesten står overfor, og Norge har kommet langt i arbeidet mot resistens. Ethvert råd om bruk av antibiotika må ta utgangspunkt i norske forhold, og det er risikabelt å basere seg på at en stor andel av norske utenlandsstudenter utdannes i land som har et langt større omfang av antimikrobiell resistens, og en annen politikk på salg og bruk av antibiotika.
- Kunnskap om arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, inkludert spørsmål om forebygging, migrasjonshelse, seksualitet og reproduktiv helse.

De nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS) setter økte krav til kvaliteten og innholdet i norsk medisinutdanning. Studentene som uteksamineres i Norge, skal ha en felles sluttkompetanse uavhengig av utdanningsinstitusjon, og denne kompetansen skal være

direkte innrettet mot å kunne praktisere i det norske helsevesenet. Tilsvarende krav kan vi ikke stille til studiesteder i utlandet som utdanner norske studenter. Dette kan føre til økt forskjell i relevant kunnskap, ferdighet og generell kompetanse mellom de to studentgruppene.

Skal Norge se helsevesenet under ett, og utdanne leger for det norske helsevesenet, bør en langt høyere andel enn 50% utdannes ved de norske fakultetene. Norge er etter WHO-koden i utgangspunktet forpliktet til å utdanne de legene vi trenger i vårt eget land. Men per i dag er vi dårligst i Europa på dette. Sammenlignet med en god del andre land i Europa har Norge relativt god legedekning. Ved at så mange norske studenter tar sin utdanning i utlandet, bidrar man til å tappe andre land for viktige legeressurser. Profesjonsutdanningen i medisin er i tillegg svært kostbar for norske studenter i utlandet; det innebærer et kommersielt element som vi er skeptiske til.

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

UiO ønsker å bidra til at flere leger blir utdannet i Norge. Økt antall studenter ved UiO vil kreve endringer i studiet og investering i utdanningsressurser og infrastruktur, jf. punkt 3. Endringene får også innvirkning på utdanningene i odontologi og klinisk ernæring, siden de tre utdanningene har en mye felles undervisning i starten av studieløpene.

### **1d/e) Dersom din organisasjon har erfaring med nyutdannede leger fra utdanningsinstitusjoner både i utlandet og Norge, er det noen forskjeller i kompetanse mellom disse? Hvis ja, hva består forskjellen i?**

Vi går ut fra at spørsmål 1d og 1e besvares av virksomhetene som har leger i arbeid. Ved UiO har vi ansvaret for fagprøven for leger utdannet utenfor EU/EØS som søker autorisasjon i Norge. Fagprøven er lagt om slik at den nå i stor grad er identisk med, og samkjøres med, avsluttende eksamen for våre studenter. Selv om det er få som til nå har gjennomført den nye fagprøven, er inntrykket at den er vanskelig å bestå for leger som er utdannet utenfor EU/EØS. De som går opp til fagprøven, har imidlertid ikke norsk som morsmål og er dermed ikke sammenlignbare med nordmenn som har studert i utlandet.

### **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?**

UiO har, i tråd med internasjonale anbefalinger, hatt et integrert studieløp fra 1996. En slik integrering gir studentene det beste utgangspunktet for senere klinisk praksis, da tidlig klinisk undervisning gir retning for læring av teoretisk kunnskap. Studentene vil tydelig se sammenhengen mellom kunnskap i basalfag og klinisk praksis ved at teorien knyttes opp mot kliniske problemstillinger i andre deler av undervisningen. Tidlig klinisk praksis og kommunikasjonstrening bidrar til utvikling av den kommende legens profesjonalitet allerede fra starten av studiet, og gir også lengre tid for integrering av kliniske ferdigheter og teoretisk kunnskap. Integrerte studieløp er i tråd med RETHOS-standarden som implementeres i 2021.

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

UiO støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at Norge skal utdanne 80% av legene vårt helsevesen har behov for. Dette innebærer at vi er nærmere å oppnå de internasjonale forpliktelsene i utdanning av eget helsepersonell, jamfør WHO-koden. Ideelt sett burde Norge vært en netto-eksportør av leger og bidratt til bedre legedekning i andre land. En økning av studieplasser i Norge vil sikre at en større andel av nye leger kjenner norske forhold som beskrevet under punkt 1b.

**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?**

Dagens ordning er at det finnes én utdanningsinstitusjon som har ansvaret for medisin-utdanningen i hver helseregion. UiO mener at det ikke bør åpnes for at flere universiteter enn dagens fire universiteter kan tilby utdanning i medisin. Medisin er et komplekst studium som krever sterk fagkompetanse på en rekke områder. De medisinske fagene er i kontinuerlig utvikling. Forskningsbasert undervisning er en forutsetning for at studentene presenteres for oppdatert kunnskap. Det krever robuste, kvalitetsmessig gode, forskningsaktive fagmiljøer innenfor alle deler av undervisningen.

Per i dag har UiO et av de største medisinskfaglige miljøene i Norge og kan tilby svært god kompetanse og infrastruktur for forskning. Vi rekrutterer bredt og internasjonalt i våre undervisningsstillinger. Likevel opplever vi at det av mange grunner er utfordrende å få rekruttert kompetent undervisnings- og forskningspersonale. Dette gjelder både rekruttering av undervisere med legebakgrunn i basalfag og rekruttering av leger i kombinerte stillinger. Basert på disse erfaringene antar vi at det vil ta lang tid, samt være krevende og kostbart, å rekruttere og bygge opp nye sterke fagmiljøer ved et femte universitet. Å spre ressurser på flere universiteter vil kunne svekke dagens fagmiljøer som holder internasjonal standard og er grensesprengende i en internasjonal kontekst. Ressursene bør derfor konsentreres rundt eksisterende fagmiljøer ved dagens fire gradsgivende universiteter.

**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 medisin-utdanningen, 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 studie-plasser.**

UiO er bedt om å vurdere tre svært ulike scenarier. Medisinstudiet har i dag hoveddelen av sin kliniske undervisning ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Akershus universitetssykehus (Ahus). I tillegg er studenter i praksis på i alt seks helseforetak som omfatter 11 lokalsykehus i Helse Sør-Øst (tabell 1) samt på Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus i psykiatriske fag. Det er dessuten etablert praksisplasser hos fastleger i hele Helse Sør-Øst.

Grimstadutvalget anbefaler en økning på 230 plasser ved UiO. En utvidelse til totalt 450 studenter medfører en dobling av dagens studentkull. UiO forutsetter tilgang på større undervisningslokaler, gode avtaler med samarbeidspartnere, og en omlegging av dagens organisering av klinisk undervisning for å kunne øke antall studenter.

Tabell 1: Avtaler om praksisplasser for medisinstudenter på sykehus i Helse-Sør-Øst pr vår 2020.

Helseforetak	Modul	Lengde per student	Antall studenter per semester	Totalt antall studentuker per år
Sørlandet sykehus HF	Modul 5 - psykiatripraksis	3 uker per student	8 studenter fordelt på 2 puljer	12 uker
Sørlandet sykehus HF	Modul 7 - sykehuspraksis	6 uker per student	24 studenter fordelt på 2 puljer	24 uker
Sykehuset Innlandet HF	Modul 5 - psykiatripraksis	3 uker per student	14 studenter fordelt på 2 puljer	12 uker
Sykehuset Innlandet HF	Modul 7 – sykehuspraksis	6 uker per student	48 studenter fordelt på 2 puljer	24 uker
Sykehuset Telemark HF	Modul 5 - psykiatripraksis	3 uker per student	4 studenter fordelt på 2 puljer	12 uker
Sykehuset Telemark HF	Modul 7- sykehuspraksis	6 uker per student	12 studenter fordelt på 2 puljer	24 uker
Sykehuset Østfold HF	Modul 5 - psykiatripraksis	3 uker per student	10 studenter fordelt på 2 puljer	12 uker
Sykehuset Østfold HF	Modul 7 - sykehuspraksis	6 uker per student	12 studenter fordelt på 2 puljer	24 uker
Vestre Viken HF	Modul 5 - psykiatripraksis	3 uker per student	16 studenter fordelt på 2 puljer	12 uker
Vestre Viken HF	Modul 7 - sykehuspraksis	6 uker per student	24 studenter fordelt på 2 puljer	24 uker
Sykehuset Vestfold HF	Modul 7 - sykehuspraksis	6 uker per student	12 studenter fordelt på 2 puljer	24 uker
Sykehuset Vestfold HF	Modul 5 - psykiatripraksis	3 uker per student	4 studenter fordelt på 2 puljer	12 uker

Ved en økning til 450 studenter må UiO se på muligheten for å opprette eksterne campuser i den kliniske delen av studiet gjennom samarbeid med sykehus og tilstøtende kommuner, og vi vil her støtte oss til dagens gode samarbeid med Helse Sør-Øst. Gitt en nedskalering til det halve (115 nye studenter) eller en tredjedel (76 nye studenter), vil kjernen av klinisk undervisning kunne opprettholdes i Oslo og omegn, blant annet ved bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Vestre Viken i tillegg til universitetssykehusene. Dette vil være kostnadsbesparende, og dempe behovet for faglig og administrativ koordinering som følger av et desentralisert studium. Samtidig vil all økning i studieplasser kreve økt bruk av alle våre samarbeidende sykehus i Helse Sør-Øst for å sikre studentene klinisk trening gjennom praksisperioder av flere ukers varighet. Enhver økning av studenttallet vil kreve tilsvarende økning av nye fastleger som praksislærere, da undervisningen på legekontor må foregå som en-til-en veiledning.

I tråd med anbefalingene fra Grimstadutvalget, vil vi i samarbeid med Helse Sør-Øst og kommunesektoren se på muligheten for å etablere desentralisert undervisning i form av campus utenfor Oslo. I denne sammenhengen er vi i dialog med Sørlandet Sykehus og Sykehuset Innlandet. En campus utenfor Oslo kan gi mulighet til å prøve ut nye pedagogiske modeller i et tettere samarbeid mellom universitet, sykehus og kommunene rundt, samt åpne for tverrprofesjonell undervisning sammen med lokale undervisningsinstitusjoner med andre helseutdanninger. Vi har i dag tverrprofesjonell utdanning sammen med andre fag på UiO (farmasi, klinisk ernæring, psykologi, odontologi og avansert geriatrisk sykepleie), og vi ønsker å utvikle denne formen for undervisning videre.

UiO forutsetter at studieplassefinansieringen blir tilstrekkelig for å øke faglige, tekniske og administrative ressurser til nødvendig nivå. Vi forutsetter også at kommunene, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten får nødvendig finansiering for å ta imot økningen av studenter. Vi vil så langt det er mulig arbeide for å løse arealutfordringer i sammenheng med andre byggeprosjekter ved egen institusjon og samarbeidende sykehus, men vi må også påregne investeringskostnader til ombygning/nybygg. I de etterfølgende avsnittene vil vi trekke frem muligheter og utfordringer knyttet til økt opptak ved UiO.

#### *Undervisning i basalmedisinske fag*

UiO forutsetter at fellesundervisningen med studenter i klinisk ernæring og odontologi i starten av studiet videreføres. Fellesundervisningen innebærer at vi i dagens studiesituasjon gjennomfører undervisning for rundt 65 odontologistudenter i tillegg til 110 medisinstudenter hver høst, og for 35 studenter i klinisk ernæring i tillegg til 110 medisinstudenter hver vår. For å nå måltallet for antallet studenter som uteksamineres etter fullført studium, og fordi noen studenter forventes å avbryte studiet underveis, tas det opp noen flere studenter til hvert av de tre studiene enn måltallet tilsier. Dette innebærer at kullstørrelsen de første årene er spesielt stor. Dagens lokaler og lærerressurser innenfor medisinske basalfag er allerede fullt utnyttet, og det vil kreve økt bemanning, arealer og teknisk infrastruktur å ivareta større studentkull, jf. nedenfor.

UiO ønsker å videreføre dagens praksis med medisinerere i integrerte forsknings- og undervisningsstillinger også i basalfagene. Dette er en forutsetning for å kunne tilby god integrering av basalfag og kliniske fag. Det er krevende å rekruttere til denne type stillinger, men UiO har svært gode

forutsetninger for å bygge kompetanse og utvikle undervisere og forskere i det sterke fagmiljøet som allerede eksisterer. For å sikre nok tid til denne oppbyggingen, må man raskt starte et aktivt rekrutteringsarbeid.

#### *Undervisning i kliniske fag ved sykehusene*

UiO ønsker en geografisk konsentrasjon av lærestedene for hoveddelen av studiet for best å utnytte dagens vitenskapelige, tekniske og administrative ressurser. Stor spredning av studentmassen vil fragmentere læringsmiljøene og være administrativt kostnadsdrivende. Dagens studieplan er kompleks, med mye klinisk smågruppeundervisning ute på sykehusavdelingene. Ved en økning av antall studenter bør trolig mye av smågruppeundervisningen erstattes med hele dager i klinikk. En forutsetning for å lykkes med en slik omlegging, er en fortsatt god dialog og samarbeid med universitetssykehusene og andre egnede sykehus i Helse Sør-Øst. Det må foreligge detaljerte avtaler, med forankring ned på avdelingsnivå. Fakultetet støtter også utvalgets anbefaling om at det må gjøres en utredning av finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten. Det må rekrutteres flere undervisere i kombinerte stillinger, og ved en omlegging av undervisningsstrukturen vil det være betimelig å undersøke bruk av ulike stillingskategorier (for eksempel bruk av kliniske undervisningslektorer som ivaretar praksis på sykehus).

En utfordring knyttet til sykehusene er deres ansvar for LIS-utdanningen som krever mye ressurser. Man må unngå at det blir en kamp om ressurser mellom studenter på grunnutdanningen og LIS. En stor utfordring her er at finansieringen dekkes av ulike departementer, og det kreves en felles forståelse mellom KD og HOD for at sykehusene skal kunne ivareta begge disse forpliktelsene på en god måte. Samtidig ligger det store muligheter for samarbeid rundt disse to utdanningsløpene, blant annet i form av oppbygning av veilederkompetanse. UiO er i dialog med Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus for å se på mulighet for et slikt samarbeid.

#### *Undervisning og praksis i allmennmedisin og samfunnsmedisin*

Dagens medisinstudenter ved UiO har seks uker praksis i primærhelsetjenesten i 5. studieår, to uker i sykehjem/rehabilitering i 6. studieår, samt at de har noen dager med tidlig pasientkontakt på fastlegekontorer tidlig i studiet. Sykehjem er den institusjonsformen med størst kapasitet til pleie og omsorg i Norge, men sykehjemmene blir knapt benyttet som praksisarena for medisinstudenter. Dette skyldes primært mangel på veilederkapasitet ved sykehjemmene grunnet finansiering. RETHOS forutsetter minst 10 ukers praksis i primærhelsetjenesten, og det stilles klarere krav til veilederopplæring. Den økende arbeidsbyrden for fastlegene kan gjøre det vanskelig å rekruttere nok nye leger som praksisveiledere. Det er sannsynlig at man må tenke på etablering av egne praksiser som er spesielt tilrettelagt for å ha studentundervisning.

En nasjonal finansieringsordning av praksisplasser i kommunene (i fastlegepraksiser, på legevakt, på helsestasjoner, i sykehjem og i kommunale akutte døgnavdelinger) er viktig for å kunne øke antall praksisplasser, men også for å øke omfanget av praksis i primærhelsetjenesten i nåværende studieplaner. Kommunene har nå fått ansvaret for å tilrettelegge for LIS-utdanning for leger i primærhelsetjenesten. LIS3 krever mye ressurser fra kommunen, blant annet økt behov for veiledere. Som på sykehusene, må man se på om det er mulig å samarbeide om grunnutdanningen og LIS-utdanningen i kommunene.

En tilnærming som kan lette tilgangen til praksis i kommunene, kan være å definere veiledningen hos fastlegene som en del av det offentlige legearbeidet slik det er gjort i Oslo kommune. En ytterligere forsterking av kommunenes ansvar vil en få ved å definere inn utdanning av helsepersonell som en del av kommunenes 'sørge for'-ansvar. Allmennlegevakten i Oslo kommune vil være en spennende og nyttig læringsarena for studentene, og kommunen er positiv til å samarbeide med UiO om praksis her, så fremt ordningen finansieres.

### *Arealbehov*

Dagens auditorier, seminarrom, kurssaler, grupperom og øvrige studentlokaler som lesesaler, garderober og arealer for ferdighetstrening er tilpasset dagens kullstørrelse. Det er mulig å utnytte noen av dagens lokaler bedre ved å utvide undervisningsdagen, men slike grep vil bare i noe grad avhjelpe romlogistikken. Det er vanskelig å gjøre et nøyaktig estimat av nødvendige utvidelser av dagens arealer, uten å gjøre en grundig gjennomgang og endring av dagens studieplan og romlogistikk. Et slikt omfattende arbeid er ikke mulig innenfor høringsfristen. Følgende arealbehov må derfor ses som et svært foreløpig estimat:

- Det er behov for større auditorier. De fleste av dagens auditorier er bygget for kull i størrelsen 100-125 studenter, kun et fåtall kan håndtere kull opp mot 220-300 studenter. I UiOs nye livsvitenskapsbygg utformes det auditorier for tradisjonelle forelesninger, men som samtidig er tilrettelagt for studentaktiviserende undervisning. Ombygging av noen av dagens auditorier vil kunne understøtte mer innovative undervisningsformer.
- Det vil være behov for noe justering/ombygging av kurssaler og disseksjonssaler med tilstøtende arealer.
- Det er behov for flere grupperom og utvidede læringsarenaer for ferdighetstrening og simulering.
- Ved en utvidelse av undervisningsstaben vil det være behov for flere kontorplasser og arealer/infrastruktur avsatt til forskningsaktiviteter (f.eks. laboratorier).

UiO i gang med å bygge sitt nye livsvitenskapsbygg, og det må vurderes i hvilken grad dette bygget kan benyttes i undervisning i profesjonsstudiet i medisin. Det skal bygges et nytt odontologibygge på Gaustad, og en forsiktig utvidelse av dette bygget vil være ønskelig for å imøtekomme økte arealbehov for å utdanne flere leger. Det pågår bygging av nytt klinikkbygg på OUS Radiumhospitalet, og det er vedtatt omfattende utbygging av OUS. Det er viktig å melde inn et økt opptak av studenter er i forbindelse med pågående planer og nybygg/ombygginger på helseforetakene. Det er derfor viktig at man får en avklaring om økt studenttall tidnok til at dette kan innarbeides i planene.

### *Innovative undervisningsformer*

Økt antall studenter og bruk av flere sykehus vil kreve endringer i undervisningsmetoder, blant annet økt bruk av digitale ressurser. UiO har mer enn 20 års erfaring med bruk av IT i undervisningen på medisinstudiet. Det viktigste motivet for å ta IT i bruk har vært og er pedagogiske forbedringer, men måten det er foretatt på, gjør at det skalerer sømløst til større studentmasser og gjør det enklere å øke kullstørrelsene ved fakultetet. Det medisinske fakultet ved



UiO har utviklet og drifter en felles, åpen portal for medisnutdanningene i Norge: <http://elæringhelse.no>. Mer enn 90% av innholdet kommer fra UiO, men ressursene brukes over hele Norge, også utenom medisnutdanningene.

Det medisinske fakultet ved UiO fikk som det første medisinske utdanningsmiljøet i Norge tildelt et senter for fremragende utdanning høsten 2019. Senter for bærekraftig helseutdanning skal utvikle undervisningsmetoder som kvalifiserer studentene til å arbeide i fremtidens helsevesen der bærekraftmålene blir viktige. Senteret skal ha stor studentinvolvering. UiO tar også sikte på å utvikle en master i medisinsk undervisning.

#### *Tidsperspektiv og kostnader*

Premisset om at underviserne skal ha forskningskompetanse (forskningsbasert undervisning) må opprettholdes, og en økning av studentkullene vil bety en større vitenskapelig stab. Vi vil ha fokus på å utvikle gode vitenskapelige undervisere, og dette vil være et langsiktig arbeid. Det må settes av tilstrekkelig med tid og ressurser for å sikre rekruttering og utdanning av undervisningspersonell, omlegging av studieplan og tilrettelegging av nødvendige arealer. Det er en forutsetning at ressursene til dette arbeidet tilføres før studenttallet økes. Det er ikke ønskelig med en gradvis opptrapping av studentkullene, da selv beskjedne økninger vil kreve større endringer i dagens studieplan. Fakultetet anser det mest hensiktsmessig å gjøre en godt planlagt, større investering i både infrastruktur, personell og studieplan for å imøtekomme en større utvidelse fra et bestemt tidspunkt.

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

Vi har erfaring med at hospiterende studenter til tider konkurrerer om oppgaver med våre studenter som er i praksis på samme sykehus. En utfordring her er at hospiterende studenter ikke har en målbeskrivelse eller krav til veiledning, slik våre studenter har. Våre praksisavtaler skal sikre at studenten i løpet av praksisperioden tilegner seg kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å oppfylle progresjonen i studiet. Dette blir enda viktigere i forbindelse med innføringen av RETHOS. Et økt opptak av studenter med praksisavtale vil kreve mer veiledningsressurser fra sykehuset. Samtidig vil klare avtaler gjøre det lettere både for universitetet og sykehuset å planlegge for at studentene blir en ressurs i avdelingens arbeid.

#### **4a/b) Bør det etableres en modell med opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisnutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)? Vil en slik 3+3-modell gi den ønskede legekompentansen, i tråd med behovene i norsk helsetjeneste, og i samsvar med moderne legeutdanning?**

UiO mener at en 3+3 modell med de kliniske årene i Stavanger ikke bør etableres. En 3+3 modell er ikke i tråd med anbefalingen i RETHOS om at norsk medisnutdanning skal være et 6-årig integrert studium. En 3+3 plan vil medføre at norske studiesteder må tilpasse seg studieplaner ved flere utenlandske studiesteder, ved å måtte kompensere for det som eventuelt ikke undervises de

første 3 årene i utlandet. En slik tilpasning vil legge begrensninger på egne studieløp, og vil vanskelig la seg gjennomføre med de kravene både RETHOS og Grimstadutvalget legger opp til for medisinstudiet i Norge.

## 5. Andre innspill

Antallet LIS1-stillinger må stå i forhold til antallet studieplasser (i Norge og norskfinansierte i utlandet). Det er uheldig, både av faglige og samfunnsøkonomiske grunner, å la nyutdannede leger vente på å komme i gang med utøvelsen av yrket og starten på sin spesialistutdanning. Legene har nå autorisasjon idet de er ferdig med studiet, mens man tidligere ikke fikk autorisasjon før etter 1,5 års turnustjeneste. LIS1-stillingen sikrer at nyutdannede leger starter sin yrkeskarriere under veiledning av erfarne kolleger og med en fastsatt plan for videreutdanning. Leger som ikke får LIS-1 stilling, havner ofte i kortvarige vikariater der verken veiledning eller videreutdanning er satt i system. Dette kan innebære en risiko både for legen selv og for pasientene, og det tar lengre tid før legen opparbeider spesialistkompetanse.

UiO er bekymret for en potensiell overproduksjon av medisinerere hvis studieplassene i Norge øker uten en samtidig reduksjon av utenlandsstudenter. UiO støtter derfor Grimstadutvalgets anbefaling om at økonomisk støtte til utdanning i utlandet reduseres, parallelt med en økning av studieplasser i Norge.

Med hilsen

Svein Stølen  
rektor

Arne Benjaminsen  
universitetsdirektør

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UiO og er derfor ikke signert.  
Saksbehandler: Jonny Roar Sundnes, +4722857198, j.r.sundnes@admin.uio.no