

HØRINGSSVAR FRA UNIVERSITETET I STAVANGER

Utredning fra Grimstadutvalget: Studieplasser i medisin i Norge

Behov, modeller og muligheter

Sammendrag

Nedenfor gir Universitetet i Stavanger (UiS) et *sammendrag* av tilbakemeldingene på spørsmålene i KD sitt høringsnotat og svarer deretter på konkrete spørsmål i notatet. Hele dokumentet kan derfor oppleves som repeterende lesing.

Utdanningskapasitet

UiS støtter Grimstadutvalgets anbefaling om 440 nye studieplasser i Norge, men vi støtter ikke utvalgets forslag til fordeling av disse studieplassene. I utvalgets anbefaling kommer det ingen studieplasser til UiS. Vi ønsker studieplasser av flere grunner. For det første har UiS, Stavanger universitetssjukehus (SUS) og regionen uutnyttet kompetanse og kapasitet som kan tas i bruk i en framtidig medisinutdanning. For det andre vil UiS sin studiemodell være et nyskapende tilskudd til medisinutdanningen i Norge. For det tredje vil UiS-studentene bli uteksaminert tre år etter opptak. Dette vil bidra til en rask opptrapping av utdanningskapasiteten i medisin i Norge. Ved en opptrapping av utdanningskapasiteten ønsker UiS å få tildelt 70 nye studieplasser per år, dvs. totalt 210 studieplasser over tre år.

Studiemodell

Vi mener at helse-Norge har behov for 3+3-modellen til UiS med opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisinutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger. Studiet vil også kunne tilpasses opptak fra andre norske læresteder.

UiS vil tilby en integrert studiemodell hvor studentene møter sykdomstilstander tidlig, sammen med de basale delene av medisinfaget. Hver uke vil studentene eksponeres for ny teoretisk kunnskap, arbeide i grupper for å bearbeide den nye kunnskapen og være i klinisk undervisning, både på sykehus og i primærhelsetjenesten.

Vi mener at etablering av et slikt studium ved UiS ikke går på bekostning av eksisterende samarbeid mellom UiB og SUS.

Vi støtter følgelig den halvparten av utvalget som mener at 3+3-modeller er tjenlige, i alle fall som en midlertidig løsning i tråd med UiS sin 3+3-modell. Vi støtter også den halvparten av utvalget som mener at gradsrett kan gis til flere enn dagens fire universiteter med medisinutdanning, og at UiS bør tildeles slik gradsrett.

Vi støtter ikke argumentasjonen til den halvparten av utvalget som mener at en ny medisinutdanning vil ha vanskeligheter med å etablere sterke nok fagmiljøer til undervisning og forskning, samt vil bidra til å fragmentere eksisterende sårbare miljø og andre argumenter som fremkommer i stemmeforklaringer på side 82-84 i rapporten. Dette er velkjent argumentasjon fra etablerte miljøer ved enhver ny universitetsetablering og tidligere etableringer av nye medisinutdanninger i Norge.

Vi mener tvert imot at UiS sin utdanningsprofil vil tilføre noe nytt til medisinutdanningen i Norge, som også kan bidra til å styrke og fornye eksisterende medisinutdanninger. Vi går derfor sterkt inn for utprøving av en slik modell i Norge. Ved UiS har vi gode forutsetninger, vilje og evne, til samarbeid i viktige saker regionalt til beste for hele kommune- og helse-Norge.

UiS-modellen vil:

Resultere i en rask opptrapping av utdanningskapasiteten i Norge

Norge vil få uteksaminert 70 nye leger årlig tre år etter opptak. Dette vil bidra til en rask opptrapping av norsk utdanningskapasitet. Legges nye (seksårige) studieplasser til universitetene med etablert medisinutdanning, vil kandidatene først bli uteksaminert seks år etter opptak. For staten vil det medføre lavere utgifter med UiS sin treårs-modell enn for et seksårig studieprogram.

Styrke utenlandsstudentenes kompetanse

Faglig sterke norske utenlandsstudenter vil få de siste tre årene av sin medisinutdanning langt mer tilpasset norske forhold og forskriftskrav. Utdanningene i utlandet er ikke nødvendigvis tilpasset nye

RETHOS-krav og gir ingen kunnskap om norsk helsevesen og helsebehov. Begge disse svakhetene utlignes dersom utenlandsstudenter i medisin tar de tre siste studieårene ved UiS.

Bety effektiv bruk av eksisterende faglige ressurser og kapasitet

Det er viktig for Norge at eksisterende faglige ressurser blir brukt mest mulig effektivt. Ved UiS, SUS og i Rogalandsregionen er det kapasitet, kompetanse og ressurser som kan og bør brukes i en medisineddannning ved UiS. *Nærhet* mellom studiecampus og ansvarlig gradsgivende institusjon (UiS) vil sikre en effektiv og fleksibel gjennomføring av studieprogrammet og i stor grad medvirke til et nært og bredt samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfeltet. Dette lar seg vanskeligere realisere med flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen og et studium styrt fra UiB.

Styrke medisineddanningen nasjonalt

Et medisinstudium ved UiS vil tilføre noe nytt og styrke medisineddanningsfeltet nasjonalt. Dette er til det beste - ikke bare for pasientene og legestudentene, men også for de eksisterende medisineddanningene, for kommune- og helse-Norge.

UiS-modellen vil:

- Fornye medisineddanningen i Norge med sin vektlegning av *studentaktiviserende læring, samarbeid med primærhelsetjenesten og et integrert teknologiperspektiv i utdanningen*.
- *Vektlegge samhandling* gjennom et enda tettere samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten under utdanningen og tverrprofesjonelt samarbeid mellom medisin og de andre helseutdanningene ved UiS. God samhandling sikrer bedre pasientsikkerhet.
- *Medføre mer forskning* på, og i, primærhelsetjenesten
- *Bidra til verdifulle erfaringer* om styrker og svakheter i gjennomføring av et helt nytt studieprogram med sterk medvirkning fra kommune- og spesialisthelsetjenesten som kan nyttiggjøres i utviklingen av et integrert seksårig studium.

Flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen

UiS finner flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen svært problematisk. For det første vil det skisserte trepartssamarbeidet mellom UiS, SUS og UiB i en 3+3- modell ikke gi studieplasser og gradsrett til UiS. De 70 nye medisinstudentene som foreslås å komme til Stavanger de tre siste årene av studiet, vil fortsatt være studenter ved UiB som de er de tre første årene av studiet i Bergen. For det andre vil ikke dette bidra til en rask oppbygging av utdanningskapasiteten i Norge og i Rogalandsregionen, fordi studentene først skal være i Bergen i tre år før de kommer til UiS. For det tredje vil oppbyggingen og ressursene knyttet til forskning og utdanning i dette alternativet kanaliseres til Bergen.

Som KD selv skriver i sin ledetekst til spørsmål nummer 3, har alle dagens fire medisinske fakulteter uttrykt at det ikke er mulig å øke antallet medisinstudenter innenfor dagens rammebetingelser. Det nevnes behov for investeringer i arealer til undervisning og en rekke andre fasiliteter, vitenskapelig og administrativt personell m.m. Dette vil sannsynligvis medføre at det ikke vil være ressurser igjen til en oppbygging ved UiS eller i Stavanger.

Slik UiS ser det, er det følgelig viktige betingelser som må foreligge, før vi eventuelt kan slutte oss til flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen. UiS ønsker tydelige avklaringer om opptakstidspunkt for UiS-studenter, ressurstilgang, gradsrettigheter og samarbeid om utvikling av et integrert seksårig studium i et firepartssamarbeid mellom UiS, UiB, sykehus og primærhelsetjenesten. UiS har en studiemodell som kan tilpasses inn i et institusjonssamarbeid om utvikling av et helhetlig løp om betingelsene foreligger.

Gradsrettigheter

Det finnes flere eksempler i utlandet der to universiteter samarbeider og der begge har gradsrett, herunder universitetene i York og Hull i England samt Zürich og St. Gallen i Sveits. I begge tilfeller handler det om utvikling og gjennomføring av studieprogrammer i nært samarbeid mellom et universitet som har hatt et slikt studium i lang tid og et som ikke har hatt det tidligere.

Vi mener KD bør merke seg argumentasjonen som halvparten av utvalget (medlemmene Braut, Emmerson og Farbu) har gitt i sin stemmeforklaring på side 84 i rapporten. De legger til grunn at selv om nye studietilbud planlegges og gjennomføres i et samarbeid mellom nye universiteter og universiteter som i dag kan tildele graden cand.med., er det ikke uten videre bare de fire som i dag har gradsrettigheter som også skal ha det i framtiden. Under forutsetning av at studieprogrammet tilfredsstiller de faglige kravene for akkreditering (se nedenfor), vil det være rimelig at det universitetet

som i praksis står for gjennomføringen av undervisningen også er ansvarlig for eksamensavviklingen og gradstildelingen.

Dette er samsvarende med den praksis som allment sett føres for studieprogrammene ved norske universiteter. En utvidelse av muligheten til gradstildeling vil også understøtte målene i strategien HelseOmsorg21 om spredning av forskningskompetansen og økt forskning i kommunehelsetjenesten, og bestemmelsene i § 3-8 i spesialisthelsetjenesteloven, som fastsetter at forskning er en pålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten.

Universitetene i Norge er gitt et omfattende ansvar for selv å bestemme hvilke utdanninger de vil etablere ut fra egne vurderinger av samfunnets behov på kort og lang sikt og på basis av den kompetanse og kapasitet som institusjonen besitter. Når et universitet kan dokumentere tilstrekkelig faglig kapasitet og kompetanse, og en fagfellevurdert akkreditert studieplan ligger til grunn, bør det være slike hensyn som vektlegges for om andre enn de fire eksisterende universitetene skal kunne tildele graden cand.med. Hvorvidt dette skal skje på egen hånd, eller i samarbeid med andre om en fellesgrad, bør være opp til de aktuelle universitetene selv å avgjøre. Hvis regjeringen ønsker å utvide antall studieplasser nasjonalt, bør det skje gjennom at det åpnes for at UiS får gradsrettigheter ved forskriftsendringer.

Involvering og engasjement

Grimstadutvalget foreslår at mer praksis bør foregå i kommunehelsetjenesten. Vi mener at det er viktig å prioritere primærhelsetjenesten høyere og benytte denne bedre til utdanning av leger i tiden som kommer. På grunn av økt antall personer med kroniske sykdommer og økt levealder vil det største behovet og den største veksten være i primærhelsetjenesten. Derfor vil et studium som legger opp til å inkludere fastleger i akademiske fellesskap og som motiverer studentene til også å søke arbeid i primærhelsetjenesten være et verdifullt og etterlengtet tilskudd til eksisterende studier.

UiS samarbeider tett med SUS og representanter fra primærhelsetjenesten i videreutviklingen av vår studiemodell. UiS har også i 2019 hatt flere positive dialogmøter med kommuner i Rogaland om en framtidig legeutdanning og mulighetene for å ta i bruk de faglige ressursene som finnes i kommunehelsetjenesten. Dette forarbeidet har motivert aktørene til å bidra aktivt inn i etableringen av et nytt 3+3-studietilbud med en ambisjon om et framtidig integrert seksårig studieløp ved UiS.

Vi mener at en nærhet mellom praksisfeltet og UiS vil utløse engasjement og ressurser som det ikke vil være mulig å få eller benytte med flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen og et studium styrt fra UiB.

Kunnskapsutvikling og omstilling

Stavanger-regionen er sterkt engasjert i satsinger innenfor helseområdet. For UiS og regionen, både blant offentlige og private aktører, handler denne saken om mer enn et medisinstudium. Hele Rogalandsregionen har behov for nye vekstområder. Oppbygning av et nytt universitetsmiljø i medisin med gradsrett til UiS vil bety økte forskningsmidler, studiefinansiering, økt kompetanse, verdiskaping og muligheter for knoppskyting i regionen til beste for hele kommune- og helse-Norge. Legges nye studieplasser kun til institusjoner med etablert medisnutdanning, ser vi dette som en kanalisering både av eksisterende og nye ressurser og kompetansebygging ut av regionen og til andre deler av landet. UiS, SUS og regionen har kompetanse og uutnyttede ressurser som må tas i bruk i opptrappingen av medisnutdanningen i Norge.

UiS blir sett på som en motor i regionen for kunnskapsutvikling, omstilling og verdiskaping. UiS ser flyttingen av SUS til Universitetsområdet i 2023 som et strategisk og villet grep med et stort potensial for synergieffekter og betydelige videreutviklingsmuligheter innenfor utdanning, forskning, innovasjon og helserelatert næringsutvikling. Derfor mener vi det vil tjene hele nasjonen at UiS fra nasjonalt hold gis gode betingelser for vekst og utvikling i årene framover, særlig på områder der forholdene ligger til rette for det – som medisnutdanning til UiS.

Rammevilkår for praksisstudier

Vi støtter Grimstadutvalgets anbefalinger om bedre rammevilkår for praksisstudier som fremkommer i punktene Q-S.

Nedenfor følger svar på konkrete spørsmål i høringsnotatet til KD.

Svar på de konkrete spørsmålene i KDs høringsnotat

1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet

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

Den vesentligste konsekvensen av at nesten halvparten av medisinstudentene utdannes i utlandet, er av samfunnsøkonomisk karakter. For staten medfører utenlandsstudier i medisin lavere kostnader enn tilsvarende utdanninger i Norge.

UiS støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at flere medisinstudenter må utdannes i Norge. UiS sin 3+3-modell i medisin baserer seg på opptak av norske studenter som har tatt de tre første årene av medisinstudiet ved et annet universitet i Europa. For staten vil UiS sin 3+3-modell medføre lavere utgifter enn for nye studieplasser til seksårige studieprogram ved de eksisterende studiestedene i Norge.

Av faglige hensyn er det ønskelig at leger har opparbeidet erfaringer og et kontaktnett utenfor landets grenser. Den nødvendige internasjonaliseringen i medisin ivaretas imidlertid ikke primært ved at norske medisinstudenter får sin opplæring i utlandet. For å sikre et internasjonalt perspektiv på norsk medisin, er det av langt større betydning at forskning og klinisk praksis hos leger som deltar i medisinstudiet, sees i lys av det som skjer utenfor landets grenser.

Med UiS sin 3+3-modell får medisinstudentene under studieløpet både internasjonale erfaringer/kontaktnett og en forskningsbasert utdanning i et internasjonalt perspektiv.

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

Den mest vesentlige ulempen ved dette er at halvparten av nyutdannede leger gjennom grunnutdanningen ikke har ervervet erfaringer på en systematisk måte fra det norske helsevesenet. Som Grimstadutvalget påpeker, bør utdanningen være tilpasset helsetilstanden, helsetjenesten og befolkningen i Norge. I tillegg er ikke utdanningene i utlandet nødvendigvis tilpasset krav som stilles til norske helseutdanninger. Begge disse svakhetene kan utlignes dersom utenlandsstudenter i medisin tar de tre siste studieårene ved UiS.

Utenlandseffekten som utdanningsbakgrunn forsterkes ytterligere ved at en stor andel overleger og legespesialister i norske sykehus er rekruttert fra utlandet, et forhold Den norske legeforening har påpekt både overfor Grimstadutvalget og i brev til Kunnskapsdepartementet datert 09.05.17.: «Andelen utenlandske overlege i norske sykehus har vært kraftig økende og er i per i dag 21,9 %. Av spesialistgodkjenninger i sykehusspesialiteter i perioden 1997-2014 var 39 % konverteringer fra EU/EØS.»

Grimstadutvalgets rapport viser at Norge utdanner langt færre leger enn land vi ellers ikke sammenligner oss med på andre parametere innenfor helseområdet. Mangel på helsepersonell er en stor helseutfordring på verdensbasis. Det kan derfor også anføres etiske dilemmaer ved at så mange norske studenter opptar studieplasser i utlandet.

Ovennevnte betyr at man ikke kan legge til grunn at leger som starter på en spesialistutdanning har grunnleggende kunnskaper om norsk helsevesen, f.eks. om arbeidsdelingen mellom allmennmedisin og spesialisthelsetjenesten. Norge er et av de relativt få landene i verden der allmennlegen (fastlegen) forutsettes å være «portåpner» til spesialisthelsetjenesten. Argumentene for denne rollen er både av faglig og prioriteringsmessig art. Ordningen bygger på en nesten 50 år gammel tradisjon, se St.meld. nr. 9 (1974-75), og den blir fremdeles opprettholdt gjennom lovgivning og strukturelle tiltak fra ulike regjeringer og Stortinget.

Samlet sett (se svar også i 1a) tilsier dette at det ikke er medisinskfaglige fordeler ved at halvparten av norske leger utdannes i utlandet.

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

Svaret på dette spørsmålet er for UiS sin del opp til myndighetene å avgjøre. Det er avhengig av hvilke modeller og institusjoner som velges for å øke utdanningskapasiteten i Norge; jf. våre svar under pkt. 2b) og pkt. 4.

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?

UiS støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at framtidens medisinstudier skal være basert på seksårige integrerte studieprogram.

UiS vil derfor tilby en integrert studiemodell hvor studentene møter sykdomstilstander tidlig, sammen med de basale delene av medisinfaget. Hver uke vil studentene eksponeres for ny teoretisk kunnskap, arbeide i grupper for å bearbeide den nye kunnskapen og være i klinisk undervisning, både på sykehus og i primærhelsetjenesten.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

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

UiS støtter Grimstadutvalgets anbefaling om 440 nye studieplasser i Norge, men vi støtter ikke utvalgets forslag til fordeling av disse studieplassene. I utvalgets anbefaling kommer det ingen studieplasser til UiS. Vi ønsker studieplasser fordi UiS og regionen har kompetanse til å kunne bidra til opptrappingen av medisინutdanning i Norge.

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?

Ja, det bør åpnes for at UiS får gradsrettigheter i medisin gjennom vår integrerte studiemodell med opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisინutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger. Vi mener at etablering av et slikt studium ved UiS ikke går på bekostning av eksisterende samarbeid mellom UiB og SUS. Argumentene for dette går fram av vårt svar til dette punktet i spørsmål 4a). Vi henviser derfor til dette.

UiS har registrert at Grimstadutvalget er delt på midten på to vesentlige punkter i rapporten. Med referanse til forrige avsnitt støtter vi derfor den halvparten av utvalget som mener at 3+3-modeller er tjenlige, i alle fall som en midlertidig løsning i tråd med UiS sin 3+3-modell. Vi støtter også den halvparten av utvalget som mener at gradsrett kan gis til flere enn dagens fire universiteter med medisინutdanning, og at UiS bør tildeles slik gradsrett.

Vi støtter ikke argumentasjonen til den halvparten av utvalget som mener at en ny medisინutdanning vil ha vanskeligheter med å etablere sterke nok fagmiljøer til undervisning og forskning, samt vil bidra til å fragmentere eksisterende sårbare miljø og andre argumenter som fremkommer i stemmeforklaringer på side 82-84 i rapporten. Dette er velkjent argumentasjon fra etablerte miljøer ved enhver ny universitetsetablering og etablering av nye medisინutdanninger i Norge.

Vi mener tvert imot at UiS sin utdanningsprofil vil tilføre noe nytt til medisინutdanningen i Norge, som også kan bidra til å styrke og fornye eksisterende medisინutdanninger. Vi går derfor sterkt inn for utprøving av en slik modell i Norge. Ved UiS har vi gode forutsetninger, vilje og evne, til samarbeid i viktige saker regionalt. Dette vil bidra til å utvikle et nytt utdanningstilbud innen medisin til beste for kommune- og helse-Norge.

Flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen

UiS finner flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen svært problematisk. For det første vil det skisserte trepartssamarbeidet mellom UiS, SUS og UiB i en 3+3-modell ikke gi studieplasser eller gradsrett til UiS. De 70 nye medisinstudentene som foreslås å komme til Stavanger de tre siste årene av studiet, vil fortsatt være studenter ved UiB som de er det de tre første årene av studiet i Bergen. For det andre vil ikke dette bidra til en rask oppbygging av utdanningskapasiteten i Norge og i vår region, fordi studentene først skal være i Bergen i tre år før de kommer til UiS. For det tredje vil oppbyggingen og ressursene knyttet til forskning og utdanning i dette alternativet kanaliseres til Bergen.

Som KD selv skriver i sin ledetekst til spørsmål nummer 3, har alle dagens fire medisinske fakulteter uttrykt at det ikke er mulig å øke antallet medisinstudenter innenfor dagens rammebetingelser. Det nevnes behov for investeringer i arealer til undervisning og en rekke andre fasiliteter, vitenskapelig og administrativt personell m.m. Da vil det sannsynligvis ikke vil være ressurser igjen til en oppbygning ved UiS eller i Stavanger.

Slik UiS ser det, er det følgelig viktige betingelser som må foreligge, før vi eventuelt kan slutte oss til flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen. UiS ønsker tydelige avklaringer om opptakstidspunkt for UiS-studenter, ressurstilgang, gradsrettigheter og samarbeid om utvikling av et integrert seksårig studium i et firepartssamarbeid mellom UiS, UiB, sykehus og primærhelsetjenesten. UiS har en studiemodell som kan tilpasses inn i et institusjonssamarbeid om utvikling av et helhetlig løp om betingelsene foreligger.

Det finnes flere eksempler i utlandet der to universiteter samarbeider og der begge har gradsrett, herunder universitetene i York og Hull i England, samt Zürich og St. Gallen i Sveits. I begge tilfeller handler det om utvikling og gjennomføring av studieprogrammer i nært samarbeid mellom et universitet som har hatt et slikt studium i lang tid og et som ikke har hatt det tidligere.

Vi mener KD bør merke seg argumentasjonen som halvparten av utvalget (medlemmene Braut, Emmerson og Farbu) har gitt i sin stemmeforklaring på side 84 i rapporten. De legger til grunn at selv om nye studietilbud planlegges og gjennomføres i et samarbeid mellom nye universiteter og universiteter som i dag kan tildele graden cand.med., er det ikke uten videre bare de fire som i dag har gradsrettigheter som også skal ha dette i framtiden. Under forutsetning av at studieprogrammet tilfredsstiller de faglige kravene for akkreditering (se nedenfor), vil det være rimelig at det universitetet som i praksis står for gjennomføringen av undervisningen, også er ansvarlig for eksamensavviklingen og gradstildelingen.

Dette er samsvarende med den praksis som allment sett føres for studieprogrammene ved norske universiteter. En utvidelse av muligheten til gradstildeling vil også understøtte målene i strategien HelseOmsorg21 om spredning av forskningskompetansen og økt forskning i kommunehelsetjenesten, og bestemmelsene i § 3-8 i spesialisthelsetjenesteloven, som fastsetter at forskning er en pålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten.

Universitetene i Norge er gitt et omfattende ansvar for selv å bestemme hvilke utdanninger de vil etablere ut fra egne vurderinger av samfunnets behov på kort og lang sikt og på basis av den kompetanse og kapasitet som institusjonen besitter. Når et universitet kan dokumentere tilstrekkelig faglig kapasitet og kompetanse, og en fagfelleverdert akkreditert studieplan ligger til grunn, bør det være slike hensyn som vektlegges for om andre enn de fire eksisterende universitetene skal kunne tildele graden cand.med. Hvorvidt dette skal skje på egen hånd, eller i samarbeid med andre om en fellesgrad, burde være opp til de aktuelle universitetene selv å avgjøre. Hvis regjeringen ønsker å utvide antall studieplasser nasjonalt, bør det skje gjennom at det åpnes for at UiS får gradsrettigheter ved forskriftsendringer.

Vi leser Grimstadutvalgets rapport og anbefalinger for Stavanger-regionen som ikke bare å handle om et trekantsamarbeid (UiS, SUS og UiB), men om et firepartssamarbeid, der den store uutnyttede kompetansen som befinner seg i primærhelsetjenesten i regionen også skal inkluderes. Slik vi leser rapporten, anbefales også samarbeid med andre helseforetak enn Helse Stavanger/SUS. Det anbefales også samarbeid utover dagens helseregioner.

Grimstadutvalget foreslår at mer praksis bør foregå i kommunehelsetjenesten. Vi mener at nærhet mellom studiecampus og ansvarlig institusjon (UiS) vil sikre en effektiv og fleksibel gjennomføring av studieprogrammet og gi de beste forutsetningene for et nært og bredt samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfeltet. Vi mener nærheten mellom praksisfeltet og UiS som ansvarlig institusjon vil utløse engasjement og ressurser som det ikke vil være mulig å få eller benytte med flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen og et studium styrt fra UiB.

Stavanger-regionen er sterkt engasjert i satsinger innenfor helseområdet. For UiS og regionen, både blant offentlige og private aktører, handler denne saken om mer enn et medisinstudium. Hele Rogalandsregionen har behov for nye vekstområder. Oppbygning av et nytt universitetsmiljø i medisin med gradsrett til UiS vil bety økte forskningsmidler, studiefinansiering, økt kompetanse, verdiskaping og muligheter for knoppskyting i regionen til beste for hele kommune- og helse-Norge. Legges nye studieplasser kun til institusjoner med etablert medisnutdanning, ser vi dette som en kanalisering både av eksisterende og nye ressurser og kompetansebygging ut av regionen og til andre deler av

landet. UiS, SUS og regionen har kompetanse og uutnyttede ressurser som må tas i bruk i opptrappingen av medisinstudiet i Norge.

UiS blir sett på som en motor i regionen for kunnskapsutvikling, omstilling og verdiskaping. Derfor mener vi det vil tjene hele nasjonen at UiS fra nasjonalt hold gis gode betingelser for vekst og utvikling i årene framover, særlig på områder der forholdene ligger til rette for det – som medisinstudiet til UiS.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisinstudier

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 medisinstudiet, 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.

UiS har dimensjonert studentopptaket i sin treårige studiemodell til 70 fullfinansierte studenter per år, dvs. totalt 210 studieplasser over tre år. Vi legger til grunn at den årlige grunnfinansieringen fra KD gir tilstrekkelig finansiering til å kunne dekke alle vesentlige kostnader i ordinær drift, så som kostnader til bemanning (undervisning, forskning, administrasjon), bygg og infrastruktur knyttet til undervisning (leiekostnader), utstyr knyttet til undervisning (leiekostnader), samt andre driftskostnader, herunder anslått kostnad knyttet til praksisveiledning i sykehus og primærhelsetjeneste.

Da full studiefinansiering ikke løses fullt ut før sju år etter første opptak, vil UiS ha et mellomfinansieringsbehov i løpet av de første seks årene knyttet til utvikling, oppbemanning og investeringer i infrastruktur og utstyr. UiS er i gang med et arbeid for å mobilisere regional finansiering for deler av dette mellomfinansieringsbehovet. Den totale oppbyggingen kan bli søkt finansiert i kombinasjon av midler fra KD og regional finansiering.

UiS har tilgjengelige arealer og infrastruktur på Universitetsområdet i umiddelbar nærhet til nye SUS. Det planlegges i tillegg et nytt bygg til Det helsevitenskapelige fakultet ved siden av nye SUS. UiS vil også leie 1200 m² BTA inne i nye SUS til trening og simulering for studenter innen helsefagene. I tillegg er UiS etablerer av, og sentral samarbeidspartner i, [HelseCampus Stavanger](#) som har lokaler til undervisning, forskning og utvikling for studenter og helsepersonell i umiddelbar nærhet til nye SUS. Ved ytterligere areal- og infrastrukturbehov vil UiS ha anledning til å leie egnede lokaler fra Innovasjonspark Stavanger som er nærmeste nabo til nye SUS.

UiS vil inngå forpliktende avtaler både med SUS, eventuelle andre helseforetak, den enkelte lege i kommunehelsetjenesten og med kommunene som institusjoner - om UiS får etablere et studium i medisin. Tilgang til arealer, infrastruktur og utstyr fra samarbeidspartnerne vil også utgjøre en viktig ressurs for drift av studiet ved UiS.

UiS støtter Grimstadutvalgets anbefalinger om bedre rammevilkår for praksisstudier som fremkommer i punktene Q-S.

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

Det er vanskelig å si noe spesifikt om dette i dag fordi omfanget av og innholdet i slike praksisplasser ikke er registrert. Flere utenlandsstudenter opparbeider praksis knyttet til studier i utlandet gjennom både lønnet og ulønnet arbeid i helsetjenesten. Hvordan et redusert antall utenlandsstudenter vil påvirke antallet praksisplasser for studenter fra norske universiteter, vil det være spekulativt å uttale seg om.

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

Ja, det er flere vesentlige grunner til å prioritere nye studieplasser til UiS og etablere en modell med

opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisინutdanningen i utlandet for fullf6ring av de tre siste 6rene i Stavanger i tr6d med UiS sin 3+3-modell. UiS-modellen vil:

Resultere i en rask opptrapping av utdanningskapasiteten i Norge

Norge vil f6 uteksaminert 70 nye leger 6rlig tre 6r etter opptak. Dette vil bidra til en rask opptrapping av norsk utdanningskapasitet. Legges nye studieplasser til universitetene med etablert medisინutdanning, vil kandidatene f6rst bli uteksaminert seks 6r etter opptak. For staten vil det medf6re lavere utgifter med UiS sin tre6rs-modell enn for et seks6rig studieprogram.

Styrke utenlandsstudentenes kompetanse

Faglig sterke norske utenlandsstudenter vil f6 de siste tre 6rene av sin medisინutdanning langt mer tilpasset norske forhold og forskriftskrav. Utdanningene i utlandet er ikke n6dvendigvis tilpasset nye RETHOS-krav og gir ingen kunnskap om norsk helsevesen og helsebehov. Begge disse svakhetene utlignes dersom utenlandsstudenter i medisין tar de tre siste studie6rene ved UiS.

Bety effektiv bruk av eksisterende faglige ressurser og kapasitet

Det er viktig for Norge at eksisterende faglige ressurser blir brukt mest mulig effektivt. Ved UiS, SUS og i Rogalandsregionen er det kapasitet, kompetanse og ressurser som kan og b6r brukes i en medisინutdanning ved UiS. *N6rhet* mellom studiecampus og ansvarlig institusjon (UiS) vil sikre en effektiv og fleksibel gjennomf6ring av studieprogrammet og i stor grad medvirke til et n6rt og bredt samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfeltet. Dette lar seg vanskeligere realisere med flertallsanbefalingen for samarbeid i Stavanger-regionen og et studium styrt fra UiB.

Styrke medisინutdanningen nasjonalt

Et medisinstudium ved UiS vil tilf6re noe nytt og styrke medisინutdanningsfeltet nasjonalt. Dette er til det beste - ikke bare for pasientene og legestudentene, men ogs6 for de eksisterende medisინutdanningene, for kommune- og helse-Norge.

UiS-modellen vil:

- **Fornye medisინutdanningen i Norge med vekt p6 studentaktiviserende l6ring**
UiS-modellen setter studentaktiviserende l6ring i sentrum. Studentenes l6ring og progresjon underst6ttes ved varierte vurderings- og undervisningsm6ter tett koblet til reell profesjonsut6velse. Den vektlegger tverrprofesjonell l6ring i team mellom helseutdanninger.
- **Fornye medisინutdanningen i Norge med vekt p6 prim6rhelsetjenesten**
UiS-modellen svarer p6 det store behovet Norge har for leger som 6nsker 6 arbeide innenfor kommunehelsetjenesten og i fastlegeordningen. Medisinstudentene ved UiS vil f6 en balansert vektning av praksis b6de i prim6rhelsetjenesten og i sykehus. Undervisning og veiledning vil foreg6 tett p6 sykehusklinikkene og i prim6rhelsetjenesten.
- **Fornye medisინutdanningen i Norge med vekt p6 teknologi**
UiS-modellen har en tydelig tverrg6ende teknologisk profil i tr6d med behovet for 6kt teknologikompetanse blant fremtidens leger. UiS har et fortrinn p6 dette omr6det med sitt sterke teknologiske fagmilj6 ved Det teknisk-naturvitenskapelige fakultet. Erfaringer fra Aalborg viser at studiet med fokus p6 teknologi og medisין har gjort de utdannede kandidatene sv6rt attraktive p6 arbeidsmarkedet.
- **Vektlegge samhandling** gjennom et enda tettere samarbeid mellom spesialist- og prim6rhelsetjenesten under utdanningen og tverrprofesjonelt samarbeid mellom medisין og de andre helseutdanningene ved UiS. God samhandling sikrer bedre pasientsikkerhet.

I tillegg vil studiet:

- **Medf6re mer forskning** p6, og i, prim6rhelsetjenesten.
- **Bidra til verdifulle erfaringer** om styrker og svakheter i gjennomf6ring av et helt nytt studieprogram med sterk medvirkning fra kommune- og spesialisthelsetjenesten som kan nyttigg6res i utviklingen av et integrert seks6rig studium.

I kj6lvannet av Grimstadutvalgets rapport har UiS merket seg at enkelte hevder at det vil v6re en ulempe for praksisfeltet 6 forholde seg til flere l6resteder og studiemodeller i prim6r- og spesialisthelsetjenesten. UiS mener det motsatte og gj6r oppmerksom p6 at dette ogs6 er praksis i dag. SUS har studenter fra utenlandske l6resteder og vil ha UiB-studenter b6de etter eksisterende og framtidig ny studiemodell. UiS tror at flere utdanningsakt6rer vil kunne bidra til 6 heve kvaliteten i

praksisfeltet.

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

Mye forskning innenfor medisinsk utdanning kommer fra USA og Canada. Der bygger medisinstudiet på bachelorutdanning (pre med), og har kortere varighet enn i Europa, typisk tre til fire år. Mange av verdens ledende medisinstudier finner vi i Nord-Amerika. Derfor er det ikke utenkelig at en treårig medisnutdanning som bygger på relevant forkunnskap, vil være mulig å legge til rette for også i Norge. Legeutdanningen skal sikre at den ferdigutdannede legen er godt kjent med det norske helsevesenet, kjenner samspillet mellom de ulike segmentene som inngår i pasientoppfølgingen, samt at RETHOS-krav er oppfylt.

De fleste studentene fra utlandet som er aktuelle for 3+3 modellen ved UiS vil i stor grad komme fra integrerte utdanningsløp. Mange av disse vil allerede ha hatt praksis i Norge i løpet av de tre årene de har studert. Fordelen med å hente dem hjem til Norge er at de i enda større grad enn om de fullførte studiet sitt i utlandet, vil utdannes til å jobbe i det norske helsesystemet. Dette øker kompetansen i legekorpset i Norge.

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

Varigheten av en slik ordning kan begrenses til den tiden man behøver for å utvide kapasiteten av leger utdannet i Norge og bygge opp full kapasitet og kompetanse ved UiS. Det vil delvis være avhengig av hvilke ressurser institusjonen eventuelt får tilgang til.

Ordningen må prøves ut, og et kunnskapsgrunnlag etableres, før det går an å gi noen kvalifiserte vurderinger om varighet. Skulle følgeforskning eller en grundig evaluering av ordningen vise til positive resultater, må dette legges til grunn for fremtidige vurderinger.

5. Andre innspill til høringen

Potensialet i Stavanger-regionen

Kunnskap fra utredningsarbeid i regionen de senere årene viser at det er et stort potensial for økt ressursutnyttelse i regionen både hva gjelder faglige ressurser ved SUS og UiS, involvering og bruk av praksisplasser i kommunehelsetjenesten og følgelig en sterkere inkludering av kommunehelsetjenesten i akademiske fellesskap. Gjennom tett institusjonelt samarbeid mellom SUS, kommunene og UiS er det mulig å benytte kommunene og fastlegepraksiser som opplæringsarenaer i tillegg til SUS for klinikkbasert undervisning. Det er også mulig å legge opp til en mer omfattende og relevant praksisbasert opplæring ved sykehjem, kommunale akutte døgnplasser, legevakter, miljørettet helsevern, helsestasjon og skolehelsetjeneste.

UiS har i 2019 hatt flere positive dialogmøter med kommuner i Rogaland om en framtidig legeutdanning og muligheten for å ta i bruk de faglige ressursene som finnes i kommunehelsetjenesten. Dette forarbeidet opplever vi har motivert aktørene til å bidra aktivt inn i etableringen av et nytt 3+3-studietilbud med en ambisjon om et framtidig integrert seksårig studieløp ved UiS.

Grimstadutvalget foreslår at mer praksis bør foregå i kommunehelsetjenesten. Vi mener at det er viktig å prioritere primærhelsetjenesten høyere og bedre til utdanning av leger i tiden som kommer. På grunn av demografien vil det største behovet og den største veksten befinne seg i primærhelsetjenesten. Med større fokus på primærhelsetjenesten i medisnutdanningen vil også en større andel av medisinsk forskning bli knyttet til denne delen av vårt helsevesen. Dette er også vesentlig for kunnskapsutviklingen i en sektor i endring. Kun 10 % av dagens forskningsmidler er rettet inn mot kommunenes utfordringer.

SUS er ett av seks universitetssykehus og det tredje største akuttssykehuset i landet. UiS har lange tradisjoner for nært samarbeid med SUS og opplever en stadig sterkere entusiasme for et bredere samarbeid innenfor flere områder på alle nivåer internt. UiS ser flyttingen av SUS til Universitetsområdet i 2023 som et strategisk og villet grep med et stort potensial for synergieffekter og betydelige videreutviklingsmuligheter innenfor utdanning, forskning, innovasjon og helserelatert næringsutvikling.

UiS samarbeider tett med representanter fra både SUS og primærhelsetjenesten i videreutviklingen av studiekonseptet. Næringsaktører vil også trekkes tettere inn i samarbeidet.

Kompetanse ved UiS

Medisinstudiet ved UiS skal legges til Det helsevitenskapelige fakultet og med integrasjon mot et sterkt teknologisk fagmiljø ved Det teknisk-naturvitenskapelige fakultet. Dette vil bety en fleksibel og effektiv bruk av ressurser knyttet til medisinstudiet. UiS har en bred portefølje av helserelaterte utdanninger på bachelor- og masternivå, doktorgradsstudium i helse og medisin og teknologiorienterte doktorgradsprogram med relevans for helse og medisin. Den helserelaterte undervisnings- og forskningskompetansen er i vekst; det samme er porteføljen av helse- og medisinrelaterte forskningspublikasjoner. UiS inngår i en rekke samarbeid og samarbeidsinitiativ med andre akademiske og helserelaterte aktører i regionen, som NORCE, NMBU, Norwegian Smart Care Cluster, Norway Pumps & Pipes, SAFER, Laerdal Medical og kommunal sektor.

Styrebehandling

Utkast til hørings svar ble behandlet av UiS-styret 6. februar i V-sak US 03/20. Styret gjorde følgende vedtak: *Styret slutter seg til det fremlagte hørings svaret til Grimstadutvalgets utredning og gir rektor fullmakt til å innarbeide endringer i uttalelsen før oversendelse til KD.*

Stavanger, 13.02.2020

Klaus Mohn
rektor

Saksbehandler: Anne Selnes, *direktør for kommunikasjon og samfunnskontakt*

Dokumentet er elektronisk godkjent og har arkivreferanse 19/10303.