

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 19/41406-11
Saksbehandler: Marie Thoresen
Dato: 11.02.2020

Høringssvar fra Helsedirektoratet:
Rapport "Studieplasser i medisin i Norge – behov, modeller og muligheter"

Det vises til brev fra Kunnskapsdepartementet av 14.11.2019 angående høring for Grimstadsutvalgets utredning *"Studieplasser i medisin i Norge – behov, modeller og muligheter"*, med høringsfrist 15.2.2020.

Kunnskapsdepartementet ber om at høringsinstansene besvarer spørsmålene i høringsnotatet, gir sin vurdering av utvalgets anbefalinger, samt de potensielle effektene av disse.

Helsedirektoratet har gjennomført en bred intern høringsprosess som grunnlag for vårt høringssvar. Helsedirektoratet skal i kraft av sin rolle se på helheten av utviklingen av helsetjenesten, og vårt høringssvar vil avspeile dette. Vi besvarer høringsspørsmålene i rekkefølge; og kommer til slutt med ett ytterligere innspill under spørsmål 5.

Helsedirektoratet viser til rapporten som ble levert som underlag for ny Nasjonal Helse- og Sykehusplan (NHSP) 2020-2023, "Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet""¹; som det refereres til i Grimstadutvalgets rapport side 17. I dette kunnskapsgrunnlaget ble mange problemstillinger knyttet til bruk av helsepersonell, inkludert leger med utdanning fra utlandet, drøftet grundig, og vi vil henvise til denne flere steder i vårt svar.

¹ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf/_attachment/inline/536adfc5-f94a-41e6-8618-32e5d5c2b16a:cff1f3ae9321354e2ff9fbf9bbf8263ab511799d/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf

1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet

Spørsmål 1a) og 1b) besvares samlet.

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

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

Det er mange positive sider ved at helsepersonell får utdanning i utlandet og kan bringe med seg nye impulser tilbake Norge. For eksempel kan man tenke seg at det å tilbringe hele eller større deler av studietiden i et annet land enn Norge vil øke internasjonaliseringen utover det som en student kan oppnå ved utvekslingsopphold (jf. Grimstadutvalgets rapport side 43-44). En kan også tenke seg at det å ta et langvarig profesjonsstudium, slik som medisinstudiet, i utlandet innebærer et initiativ, en dedikasjon og motivasjon for legerollen og -arbeidet som er positivt for helsetjenestene.

I tillegg kommer fordelene ved at norske medisinstudenter bringer tilbake kunnskap om andre måter å organisere helsetjenestene på enn den norske, som Helsedirektoratet beskriver i Kunnskapsgrunnlaget til NHSP:

"I årene fremover vil det bli stort behov for innovasjon og endring i den norske helse- og omsorgstjenesten. En utenlandsk utdanning gir kjennskap til andre måter å organisere tjenesten på, og dette kan være viktig for innovasjon av tjenesten og bidra til nytenkning." (Kunnskapsgrunnlaget for NHSP, side 75)

Allikevel er det en usikker situasjon man er i når så mange leger utdannes i utlandet, med lite direkte kontroll over utdanningen av en viktig faggruppe i norsk helse- og omsorgstjeneste. I tillegg kommer at kommunikasjonsferdigheter med pasienter som kan være vanskeligere å utvikle dersom en studerer på et språk som ikke er pasientenes eget, forskjeller i vektlegging av primærhelsetjeneste og forskjeller i studiemodeller underveis.

Når det gjelder bruk av ressurser og kapasitet i andre land, vil vi framheve følgende sitat fra kunnskapsgrunnlaget til NHSP:

"Helsedirektoratet har ikke fått noen signaler om at antallet norske studenter er en utfordring for landene i Sentral- og Øst-Europa der mange norske studenter studerer, eller at norske studenter opptar plasser som landene har behov for til egne statsborgere. Samtidig kan det ikke utelukkes at det får negative konsekvenser dersom de engelskspråklige utdanningsprogrammene må konkurrere med utdanningsprogram rettet mot lokale studenter om ressurser som undervisere og lignende, som det kan være begrenset tilgang til. Vi kjenner til at det oppfattes som et problem i enkelte land at de som tar medisinstudium der, både egne innbyggere og utenlandske studenter, ikke blir i landet for å jobbe etter avsluttede studier. OECD har uttalt at de ville starte en undersøkelse for å få på plass tall og fakta om de økonomiske implikasjonene av dette, men vi kjenner ikke status for dette" (Kunnskapsgrunnlaget for NHSP side 74)

Helsedirektoratet ønsker også å vise til ytterligere drøfting av problemstillingene her som gjøres i Kunnskapsgrunnlaget til NHSP, spesielt kapitlene 2.3, 7.2 og 7.4.

Grimstadutvalget henviser i sin anbefaling A til at Norge bør ha en utdanningskapasitet i medisin som dekker landets legebehov. Norge var pådriver i arbeidet med utvikling av etiske retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Verdens helseorganisasjon sin *"Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel"* sier at medlemsland skal unngå rekruttering av helsepersonell fra land med kritisk mangel på slikt personell selv.

For å bøte på den underliggende situasjonen, det at mange land som *tiltrekker seg utenlandsk personell ikke har nok personell selv*, så står følgende i punkt 5.4 i koden:

*"As the health workforce is central to sustainable health systems, Member States should take effective measures to educate, retain and sustain a health workforce that is appropriate for the specific conditions of each country, including areas of greatest need, and is built upon an evidence-based health workforce plan. All Member States should strive to meet their health personnel needs with their own human resources for health, as far as possible"*²

Og i punkt 5.5:

"Member States should consider strengthening educational institutions to scale up the training of health personnel and developing innovative curricula to address current health needs"

Det bes altså om at Norge og andre land bør forsøke å utdanne helsepersonellet sitt selv og arbeide mot å være selvforsynte. *Helsedirektoratet støtter anbefaling A fra Grimstadutvalget basert på WHO-kodens anbefalinger.*

Som et tilleggsmoment kan vi nevne at mange av de utenlandske legene som søker seg til Norge, er utdannet i land som har en høy andel legedekning pr. innbygger som for eksempel Danmark og Litauen. WHO-koden understreker også viktigheten av likebehandling av innvandret helsepersonell og helsepersonell som har fått innenlandsk opplæring. Punkt 3.4 i WHO-koden:

" (...) nothing in this Code should be interpreted as limiting the freedom of health personnel, in accordance with applicable laws, to migrate to countries that wish to admit and employ them."

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

Helsedirektoratet kan ikke se pr. dags dato at vår organisasjon vil oppleve større endringer dersom en større andel av nyutdannede leger blir utdannet i Norge.

² https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1

Spørsmål 1d) og 1e) besvares samlet.

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

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Helsedirektoratets høringsinnspill omfatter kun europeisk utdanning, da de fleste norske medisinstudenter i utlandet studerer i land i Europa slik som Grimstadutvalget skisserer i sin rapport.

Medisinutdanningen i Europa er harmonisert og regulert i EØS-direktivet. Harmonisert vil i korte trekk si at de europeiske landene har blitt enige om et fellesminimum for innhold og omfang for utdanningene i de ulike landene. Det vil si at en utdanning gjennomført i et EØS-land, skal gi automatisk rett til yrkesutøvelse i et annet land. EU-direktivets minimumskrav setter krav til utdanningens lengde og omfang; minimumskravet for den medisinske grunnutdanningen skal tilsvare minst fem års studier og minst 5 500 timer teoretiske og praktiske studier ved et universitet eller annen høyere utdanningsinstitusjon. Lengden på utdanningen kan også uttrykkes i det europeiske systemet *European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS)*³.

EU-direktivets minimumskrav sikrer likevel ikke at europeiske utdanninger innholdsmessig er helt sammenfallende, og oppnådde læringsmål etter endt utdanning vil også variere fra land til land.

Det er noen hovedforskjeller som i all hovedsak skiller andre europeiske medisinutdanninger fra den norske utdanningen:

- Kandidatene vil etter endt utdanning ikke ha opparbeidet seg kunnskap om norske forhold og regelverk
- Kandidatene vil etter endt utdanning ikke ha opparbeidet seg kunnskap om forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- Kandidatene vil etter endt utdanning ikke ha opparbeidet seg kunnskap om profesjonssamarbeid og norsk helsevesen
- Det er ulike krav til obligatorisk praksis i de ulike landene. I noen land er praksis integrert som en del av studiet, i andre land er praksis lagt til etter studiet. Praksisens lengde og innhold varierer også fra land til land.
- Norske studenter i europeiske land som gjennomfører engelskspråklige studier i for eksempel Polen, Tsjekkia og Ungarn, har svært begrenset omgang med pasienter som en del av den obligatoriske praksisen. Dette da studentene ikke behersker utdanningslandets språk.
- De fleste europeiske land har lite praksis tilsvarende norsk kommunehelsetjeneste
- Flere europeiske land har mindre integrert ferdighetstrening og praksis igjennom studiet slik det norske studiet er lagt opp
- Det er store forskjeller i oppbygningen av studiet i de ulike landene. Flere land har en modell som bygger på at basalfag gjennomføres først med etterfølgende praksis.

³ https://ec.europa.eu/education/resources-and-tools/european-credit-transfer-and-accumulation-system-ects_en

Det er likevel viktig å understreke at forskjeller til tross, så er Norge bundet av gjensidig godkjenning av disse utdanningene i henhold til EØS direktivet.

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?

Grimstadutvalgets rapport redegjør i kapittel 4 for utviklingen av studiemodeller for medisin, nyere forskning innenfor medisinsk utdanning og internasjonale anbefalinger om fremtidsrettede medisinstudier. For de nye generasjonene leger og annet helsepersonell vil det stilles høye krav til håndtering av ny kunnskap, kritisk tenkning, tverrprofesjonelt samarbeid og evaluering av egen praksis i en omskiftelig verden med enorme mengder ny informasjon. Helsetjenestene i Norge i fremtiden vil muligens også se annerledes ut enn i dag.

Pedagogiske prinsipper slik som tidlig integrering av teori og praktisk kunnskap, tverrprofesjonelt samarbeid, vurdering for læring, tilrettelegging av livslang læring og utvikling av såkalte *"21st century skills"* (teamarbeid, resonneringsevne, kritisk tenkning, kreativitet, kommunikasjon mm.) blir det i økende grad lagt vekt på i all høyere utdanning nasjonalt og internasjonalt. Dette for å ruste fremtidens yrkesutøvere i mange fagfelt for utfordringer som skissert ovenfor. Nye internasjonale anbefalinger for utvikling og design av medisinstudier bygger på evidensbaserte pedagogiske modeller fra mange deler av utdanningssektoren. Disse nye anbefalingene følges allerede i stor grad av medisinstudiestedene i Norge, og blir ytterligere vektlagt med innføringen av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS).

Studiemodeller som har fokus på integrering av teori og praksis kan muligens i større grad enn tradisjonelle todelte studiemodeller benytte seg av nyere pedagogiske metoder som stimulerer til langvarig læring, slik som hyppig formativ vurdering, stokking av og intervaller mellom læringsaktiviteter i ulike fagområder. I tillegg kommer at internasjonalt og nasjonalt, for all høyere utdanning, anvender man i økende grad læringsaktiviteter som gjør studentene til aktive bidragsyttere i egen læring, og ikke passive tilhørere; slik som for eksempel ved store fellesforelesninger. Slike studentaktiverende aktiviteter kan være teambasert læring, kasuistikkbasert undervisning, studentdrevne klinikker mm., hvor studentenes evner til klinisk resonnering, kritisk tenkning og informasjonsinnhenting utvikles; og hvor teori og praksis er tett knyttet sammen fra første semester på medisinstudiet.

Helsedirektoratet vurderer det positivt med studiemodeller for medisin hvor integrering av teori og praksis er gjort tidlig og på en god måte. Integrerte studiemodeller i seg selv ikke er dekkende for behovene i fremtidens helsetjeneste og vil ikke automatisk gi gode leger – det er det faglige og pedagogiske innholdet og designet som er viktig, og som gir resultater.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

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

Helsedirektoratet støtter en opptrapping av antall studieplasser i medisin i Norge. Antallet studieplasser må imidlertid sees i sammenheng med behovet for alle typer personell i helse- og omsorgstjenesten, og kostnadene ved opptrapping slik utvalget forslår må vurderes i lys av behov i tjenesten som helhet.

Helsedirektoratet vil belyse sitt syn i teksten under, inkludert kommentarer om geografisk skjevfordeling i rekruttering av leger i Norge og om økt studiekapasitet i Norge virkelig vil føre til lavere tilstrømming av norske medisinstudenter fra utlandet.

Korreksjon:

En liten detalj til teksten i Grimstadutvalgets rapport er at tallet på kandidatmåltall som utvalget refererer til er feil. Kandidatmåltallet for leger ble først hevet til 562 i 2018, fra 2015-2017 var tallet 546. Det har altså vært en (svært liten) økning allerede.

Helsedirektoratets rapport "Vurdering av antall LIS1-stillinger"

Grimstadutvalget legger Helsedirektoratets rapport "*Vurdering av antall LIS1-stillinger*"⁴ til grunn for sin utregning av antallet studieplasser i medisin i Norge i fremtida. I rapporten skriver Helsedirektoratet i sitt innledende sammendrag:

"For at det skal utdannes nok spesialister til å dekke etterpørselsveksten og pensjonsavganger seks til sju år frem i tid, må vi alt i dag sikre at det er nok leger som fullfører første del av spesialistutdanningen (LIS1) slik at helseforetak og kommuner får et tilstrekkelig rekrutteringsgrunnlag til spesialistutdanningens andre/tredje del (LIS2/LIS3)."

Helsedirektoratet anbefalte en økning i antallet stillinger for LIS1 til 1150/år, fra nåværende 950 stillinger. Tallet 1150 danner grunnlaget for Grimstadutvalgets utregning av hva 80 % av behovet for uteksaminerte leger vil være, minus prosenter for frafall i løpet av studiet og for leger som ikke søker seg til LIS1.

Bruk av framskrivninger og Helsemod; helheten i helse- og omsorgstjenesten

Når det gjelder bruken av modellen for framskrivning av etterspørsel og tilbud av helsepersonell mot år 2035 (Helsemod) utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2019⁵, har vi noen tilleggsmomenter som ikke er nevnt av utvalget.

⁴ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vurdering-av-antall-lis1-stillinger/Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20-%20rapport.pdf/_attachment/inline/c3610550-2920-4fbf-8923-067459dd64cf:c1135a3d6f4ac87ff9a662e7f5cf4d53db9430e5/Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20-%20rapport.pdf

Utvalget beskriver at Helsemod framskriver en omtrentlig balanse mellom tilbud og etterspørsel (muligens noe overproduksjon) av leger fram mot 2035.

Til dette vil vi tilføye følgende: På den ene siden bruker SSB, om vi har forstått det rett, et noe høyere tilbud av leger per år som utgangspunkt i referansealternativet (1708) enn utvalget regner seg fram til (1345). Dette tilsier at utdanningskapasiteten bør økes ytterligere. Vi ser også at utvalget vektlegger at økningen i legeårsverk har vært høy i flere år, og de viser til andre rapporter (eks. scenario utarbeidet av Samfunnsøkonomisk analyse) som støtter argumentene om ytterligere opptrapping av utdanningskapasiteten.

På den annen side er det imidlertid flere argumenter som tilsier at økningen i behov framskrevet i Helsemod kan være for høy. I forklaringen om leger skriver forfatterne blant annet at de legger til grunn at sysselsettingen innen de somatiske sykehusene og psykisk helsevern fortsettes å vris i favør av leger, noe som vil øke etterspørselen (Hjemås et al. 2019 side 60). Dette er en antakelse som ikke nødvendigvis vil stemme. I tillegg skriver forfatterne at ved lavalternativet for etterspørsel kan tilgangen på leger komme til å være i høyeste laget (ibid).

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*⁶ at 0,5 % årlig økning i legenes produktivitet vil kunne halvere vekstbehovet for leger i somatisk sykehustjeneste fram mot 2040⁷.

En annen ting som er viktig å merke seg, er at det vil være et stort gap mellom tilbudet og etterspørselen etter mange ulike typer helsepersonell i 2035 hvis utviklingen går slik det forutsettes i modellen. Den største mangelen på personell i referansealternativet vil være sykepleiere (- 28 400 årsverk) og helsefagarbeidere (- 18 000 årsverk). Med en så stor mangel på andre typer personell savner vi en diskusjon av utdanningskapasitet av leger sett opp mot andre personellgrupper i helse- og omsorgstjenesten, og dette er momenter som er viktige inn i drøftingen av utviklingen av hele tjenesten framover.

Hvis hele bemanningsbehovet som framskrives i Helsemod skulle fylles med nytt personell, ville helse- og omsorgstjenesten begynne å forbruke kapasitet som kan behøves i andre næringer i Norge.

Helse- og omsorgsdepartementet har i ny Helse- og sykehusplan 2020 skrevet ganske tydelig at en økning i antall personell ikke kan fortsette ubegrenset:

"De ansatte er det store hjulet i helse- og omsorgstjenesten. Framskrivingene viser imidlertid at det er et stort og udekket behov for helsepersonell. Det gjelder særlig for sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er imidlertid verken mulig eller ønskelig å møte

⁵ Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Rapporter 2019/11, Statistisk sentralbyrå. Hjemås, Zhiyang, Kornstad og Stølen. Helsemod. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-ogpublikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

⁷ Godager m.fl. (2018). Framskrivninger av tjenestebehov, senger og årsverk i somatiske spesialisthelsetjenester, 2018–2040

veksten i behandlingsbehov ved primært å øke bemanningen – andre virkemidler må tas i bruk. (Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. side 118)

Geografiske forskjeller i rekruttering av leger i Norge

Rekruttering av leger ser ut til å være skjevfordelt innad i Norge, slik som også Grimstadutvalgets rapport peker på. Det er viktig å skille hva som skyldes en reell mangel på nyutdannede leger, fra en mangel som skyldes en skjevfordeling mellom landsdeler/deler av tjenesten/ulike typer legespesialister.

I tillegg er det en ulik fordeling mellom helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester i bruken av leger med utenlandsk statsborgerskap/leger med utdanning fra utlandet, se side 77-78 i Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag for underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"⁸ til ny Nasjonal Helse- og Sykehusplan (NHSP) 2020-2023 (tall fra 2016).

Helsedirektoratet mener at man ved en opptrapping av antallet studieplasser i medisin i Norge bør ta hensyn til virkemidler som kan støtte rekrutteringen av leger til distriktene. Se for øvrig tekst som omhandler noe av dette på side 11-12 i dette høringssvaret.

Vil økt studiekapasitet i Norge føre til lavere tilstrømning av norske studenter til utlandet?

Når det gjelder hvorvidt en økning i studieplasser ved medisin i Norge vil føre til lavere tilstrømning av norske studenter til utlandet, er det verdt å merke seg resultatene i en undersøkelse utført av Senter for internasjonalisering av utdanning som det refereres til i kunnskapsgrunnlaget for NHSP (side 63-65).

"84 prosent av medisinstudentene og 87 prosent av odontologistudentene oppgir at et sterkt ønske om å få et bestemt yrke hadde avgjørende eller nokså stor betydning. Tilsvarende tall for psykologistudentene er lavere (67 prosent), men fortsatt langt høyere enn for studentene som helhet (52 prosent). Samtidig oppgir 70 prosent av medisinstudentene og 67 prosent av odontologistudentene at det hadde «avgjørende» eller «nokså stor» betydning at de ikke fikk plass på ønsket studium i Norge." Kunnskapsgrunnlag NHSP side 63

Dette kan være tilleggsmoment til drøftingen som Grimstadutvalget redegjør for i rapporten. Resultatene som vises her kan tyde på at en betydelig andel av studentene som nå reiser ut ville foretrukket å bli hjemme, men det kan man ikke vite helt sikkert.

Grimstadutvalget peker også på at økonomiske incentiver fra Lånekassen kan reduseres, men selv om den ekstra støtten som gis til legestudenter i utlandet fjernes (fks. støtte til skolepenger), så vil det vel være sannsynlig at det fortsatt vil være norske studenter som reiser til utlandet for å studere.

⁸ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf/_attachment/inline/536adfc5-f94a-41e6-8618-32e5d5c2b16a:cff1f3ae9321354e2ff9fbf9bbf8263ab511799d/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf

Det er heller ikke slik at antallet norske medisinstudenter som studerer i utlandet nødvendigvis vil reduseres i samme takt som det opprettes nye plasser i Norge, eller i samme takt som man utvider antallet stillinger i spesialistutdanningens del 1 (LIS1). Dermed kan vi komme i situasjon med ytterligere økning i antallet som venter på plass i spesialistutdanningens del 1 utover det som er i dag. Dette kan være med på å skape et uheldig "gråmarked" av leger som er utdannet, men ikke kommer inn i ordinært spesialiseringsløp. Balansen mellom grunnutdanningsstillinger og spesialistutdanningsstillinger må være god og dette er en stor utfordring for et system som allerede er i ubalanse, med for eksempel mange ferdigutdannede leger som i dag venter på LIS1-stilling.

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?

En viktig konklusjon i Grimstadutvalgets rapport er enighet om et betydelig økt antall studieplasser i medisin i Norge og at medisinstudiet skal inkludere en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning. Grimstadutvalget er delt på midten om hvorvidt denne betydelige opptrappingen med 440 nye studieplasser pr. år skal skje ved de fire eksisterende universitetene, eller om det i tillegg skal opprettes gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin i Stavanger.

Helsedirektoratet ser at det er argumenter for og imot tildeling av gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin til ytterligere en utdanningsinstitusjon. Et argument mot utvidelse av antallet institusjoner med gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin kan være at det muligens vil være kostnadsdrivende totalt sett. Et annet argument er at det kan ende med at de andre universitetene får mindre ressurser, både med tanke på undervisningspersonell og økonomi.

På den annen side kan man stille spørsmål om de eksisterende studiestedene i dag alene har nok pasientgrunnlag eller akademisk kapasitet for å kunne øke antall medisinstudenter så dramatisk på kort tid; og om Stavanger-regionen vil kunne tilby dette på en god måte og med gode effekter for regionen. I tillegg kommer at Stavanger allerede har et relativt stort forskningsmiljø, ifølge rapporten har de 20% av forskningsproduksjonen i Helse Vest; og det fremstår som om det er stor vilje i regionen til å utvikle et medisinstudium av høy kvalitet.

For å få til opptrapping av antallet studieplasser i medisin i Norge, som Grimstadutvalget anbefaler, mener Helsedirektoratet at man må bruke virkemidler som vil gi rask effekt og som er mest mulig kostnadseffektive. Og, som bevarer ønskelige faglige føringer for utforming av studiemodeller i medisin, herunder tidlig integrering av teori og praksis.

Helsedirektoratet påpeker at Grimstadutvalgets anbefaling G, om studiemodeller i medisin som inkluderer en større del av helsetjenesten og modeller hvor studentene er ved campuser utenfor hoveduniversitetsbyene, og utvalgets anbefalinger J, K og L, om samarbeid om medisnutdanning i Stavanger; støttes. Vi viser også til våre kommentarer til spørsmål 1f) og spørsmål 4 for utdypning av dette.

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.

Helsedirektoratet er positive til Grimstadutvalgets anbefaling G, om at studiemodeller i medisin skal inkludere en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning; og anbefaling Q, om at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena i medisinstudiet.

Helsedirektoratet mener at kostnadene ved å opprette nye utdanningsplasser i medisin i det omfanget som Grimstadutvalget foreslår, bør veies opp mot behovet for flere andre typer helsepersonell; og i siste instans sees opp mot andre behov i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet savner alt i alt en større vektlegging av tjenesten som helhet i utvalgets rapport.

Økt satsning på kommune som læringsarena for medisinstudenter er viktig og fornuftig ut fra gitte styringer som tilsier at et økt antall leger skal ha sin fremtidige jobb i primærhelsetjenesten (LEON-prinsippet - Lavest Effektive Omsorgsnivå, Alma Atadeklarasjonen - "primærhelsetjenesten er nøkkelen til suksess" mm.). Initiativet om mer praksis i primærhelsetjenesten er godt og vil med stor sannsynlighet på sikt bedre rekrutteringen, kvaliteten og kapasiteten innenfor primærhelsetjenesten. Begrunnelsen for dette er at flere studenter vil få mer kunnskap og kompetanse rundt primærhelsetjenesten, og dermed ha en økt tilbøyelighet til å velge primærhelsetjenesten som fremtidig arbeidsplass. Et annet moment er at studentenes forlengede tilstedeværelse i kommunene vil gi flere og mer langvarige sosiale relasjoner. Dette kan øke sannsynligheten for at de blir værende eller kommer tilbake til kommunene hvor de har hatt praksis ("lakse-effekten").

Det er imidlertid allerede en utfordring å skaffe nok praksisplasser for medisinstudenter og nok LIS1-stillinger i kommunene. Planlagt økt praksistid per student vil kreve tilrettelegging. Fastlegeevalueringen⁹ viser at fastlegene har en presset arbeidssituasjon og snarere trenger en avlastning enn en ekstrabelastning som veiledningen vil innebære. Dersom en også ser for seg økt bruk av helsestasjon og sykehjem som arena for praksisplass vil dette kreve ytterligere økte ressurser. At det i tillegg kommer flere studenter vil gjøre at utfordringene kan øke ytterligere.

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-er-evaluert/id2667485/>

På kort sikt vil tiltaket resultere i en økt belastning, men på lengre sikt kan det medføre en avlastning dersom en når målet om økt rekruttering til primærhelsetjenesten. Dette forutsetter at økt arbeide ved nye oppgaveoverføringer ikke overstiger kapasiteten i den økte rekrutteringen. Hvilke krav som stilles til veiledning og veiledere vil være styrende for eventuelt økt praksis. Høye krav vil kunne føre til motvilje fra fastlegene og andre instanser i kommunehelsetjenesten grunnet stor tilleggsbelastning. På den annen side er høye krav viktig for å sikre kvaliteten i utdanningen.

Mange fastleger vil nok anta, eller frykte, en betydelig ekstrabelastning rundt veiledningen. En kan videre anta at den gruppen av fastleger som allerede har tatt til seg LIS1 eller medisinstudent ved sitt kontor har vært mer positive til dette sammenlignet med de legene som ikke har inngått en slik avtale. Av den grunn kan rekrutteringen av nye veiledere være en betydelig utfordring. Et annet aspekt er at de legene som ønsker å ta en veilederrolle ikke nødvendigvis har ledig kontorkapasitet. En kostnadseffektiv drift ved fastlegekontorene tilsier at de ikke har et kontorareal utover det som kreves for dagens drift (manglende ledig kontor angis også i Fastlegeevalueringen/EY-rapporten side 192). Dette betyr at ledig kontor for inkludering av medisinstudent/LIS1 kan være en stor utfordring og kreve store investeringer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inklusiv svangerskapsomsorgen og helsestasjon for ungdom, er helsefremmende og forebyggende tjeneste i landets kommuner og sentral i kommunenes folkehelsearbeid. Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdommer og skader, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt, jf. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten¹⁰. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har høy tillit i befolkningen og når ut til nesten alle barn og unge, og deres foreldre.

Tjenesten skal være tverrfaglig, og bemanningen skal bestå av jordmor, helsesykepleier og lege. I tillegg bør tjenesten ha fysioterapeut. Der fastlegen møter enkeltindivider basert på diagnose/indikasjon eller egeninitiert oppmøte i et livsløp, møter helsestasjons- og skolehelsetjenesten jevnlig hele barne- og ungepopulasjonen i et geografisk begrenset område gjennom ulike perioder av livsløpet.

Gjennom praksis i helsestasjons- og skolehelsetjenesten får helseprofesjonsstudenter i møte med alle barn og unge og deres foreldre, lære mye om det friske og om normal utvikling. I tillegg får de økt kompetanse og ferdigheter innen helsefremmende og forebyggende arbeid, der får vurdere samspill mellom barn og foreldre, hvordan observere, avverge, avdekke utviklingsavvik, sykdom, vold, overgrep og omsorgssvikt.

Helsedirektoratet har utarbeidet Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen¹¹ og for helsestasjons- og skolehelsetjenesten¹². Retningslinjene er normerende og retningsgivende. De gir anbefalte handlingsvalg for virksomheten og den beskriver blant annet legens oppgaver i tjenesten. En forutsetning for å kunne tilby medisinstudenter praksis i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er at administrering og ansvar for praksisplasser for medisinstudenter organiseres av allmennlegetjenesten i kommunen. Ansvarlig lege for

¹⁰ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

¹² <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

studentoppfølging bør i samarbeid med leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten planlegge en variert praksisperiode for medisinstudenter hvor de kan delta i de ulike deltjenestene, svangerskaps- og barselomsorgen, helsestasjon (0-5 år), skolehelsetjenesten ved barne-, ungdoms- og videregående skole; og helsestasjon for ungdom (HFU). Der kan de få innblikk i legeoppgaver, helsesykepleieroppgaver, jordmoroppgaver og fysioterapioppgaver, og lære om tverretattlig og tverrfaglig samarbeid i et samfunnsmedisinsk perspektiv. Det er i dag en utfordring for utdanningsinstitusjonene for helsesykepleiere og jordmødre å få nok praksisplasser i primærhelsetjenesten selv om det er behov for å utvide antall studieplasser for målgruppen. Praksisplasser for jordmor-, lege-, helsesykepleier- og fysioterapistudenter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten må derfor sees i sammenheng.

Økonomiske aspekter ved en økning av antallet studieplasser i medisin i Norge må utredes nærmere, og det er liten tvil om at både rammene og formen for økonomisk kompensasjon kan bli avgjørende faktorer for om ordningen skal bli vellykket. En eventuell oppskalering av antallet studieplasser i medisin i Norge må planlegges godt, inkludert avklarte rammer for finansiering og rekruttering av undervisere/akademisk personell for både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Når alt dette er sagt, vil Helsedirektoratet igjen presisere at vi er positive til at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena; og at vi også støtter Grimstadutvalgets anbefaling R og S, at det vurderes innføring av nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten og at man utreder finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg gjentar vi at kostnadene ved å opprette nye utdanningsplasser i medisin i det omfanget som Grimstadutvalget foreslår, bør veies opp mot behovet for flere andre typer helsepersonell; og i siste instans sees opp mot andre behov i helse- og omsorgstjenesten.

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

Helsedirektoratet er usikker på effekten av dette tiltaket på antallet praksisplasser, så lenge det er usikkert om tilstrømmingen av norske medisinstudenter i utlandet som ønsker praksisplass vil reduseres. Se også våre kommentarer til dette på spørsmål 2a).

4. Modell med opptak av norske studenter fra utlandet

Spørsmål 4a), 4b) og 4c) besvares sammen.

4a) Bør det etableres en modell med opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisინutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?

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

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

Helsedirektoratet viser til kommentarer til spørsmål 1f), angående seksårige integrerte studiemodeller med tidlig integrering av teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Vi vil også belyse mulighetene for Stavanger som desentralisert campus for medisinstudiet ved Universitetet i Bergen.

Ved en innføring av en modell med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet for fullføring av medisinstudiet i Stavanger kan man tenke seg at studentmassen dette gjelder mest trolig vil være en heterogen gruppe med mange ulike erfaringer fra forskjellige studiemodeller. Dette vil stille krav til innholdet i de siste tre årene av utdanningen og en slik modell må planlegges godt for å sikre gjennomføring i tråd med intensjonen. Som Grimstadutvalget nevner i rapporten går man internasjonalt, og nasjonalt, bort fra todelte studiemodeller, og Helsedirektoratet mener at det kan være uheldig å da bruke denne modellen når man introduserer et nytt medisinstudium i Norge. Ved en eventuell opprettelse av nytt studiested vil det være fordelaktig at studiemodellen baserte seg på dagens internasjonalt anerkjente metoder.

Grimstadutvalget nevner en mulighet for at Stavanger blir desentralisert UiB-campus hvor en større del av medisinstudiet vil foregå i Stavanger og omegn. Studiemodeller som benytter seg av campuser utenfor store universitetsbyer er vist gjennomgående likeverdige som studiemodeller i større universitetsbyer¹³. Eksempel på desentralisert medisinstudium er såkalte "*longitudinal integrated clerkships*", som i økende grad benyttes i internasjonalt, for eksempel i Australia, USA, Canada og Asia; og som er basis for studiemodellen med desentralisert legeutdanning i Levanger (NTNU LINK¹⁴).

Et argument mot en storby som desentralisert campusby kan være at tradisjonelt har desentralisert legeutdanning vært nettopp desentralisert, og noe av suksessen har ligget i tette relasjoner til lokalbefolkningen, lokale primærhelsetjenester og det å gi en befolkning som har dårligere tilgang på helsetjenester enn bybefolkningen et nytt tilbud. Slike desentraliserte campuser, fks. i Canada, har også betydd en kompetanseheving i rurale helsetjenester da lokale leger og andre må settes i stand til å gi den undervisning, supervisjon og veiledning som trengs.

En kunne derfor tenke seg at studiesteder slik som Førde og Haugesund (jf. Grimstadutvalgets rapport og UiB sitt prosjekt "Vestlandslegen") ville passe bedre enn Stavanger. Imidlertid har nyere forskning på området nyansert dette, og større universitetsbyer introduseres som gode steder for desentralisert legeutdanning¹⁵.

Studiemodeller som fokuserer på praksis i primærhelsetjenesten og med sterkt regionalt fokus for medisinstudiet kan bidra positivt til rekruttering av helsepersonell i landsdelen. Dette belyses i artikkel i Tidsskrift for Den norske Legeforening, 2016, som viser til data som:

¹³ Hirsh, D. et al. Educational Outcomes of the Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship: A Way Forward for Medical Education. *Acad Med* (2012), 87(5):643–650.

¹⁴ <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Legeutdanning+i+Nord-Trøndelag>

¹⁵ Bartlett, M., Couper, I., Poncet, A. et al. The do's, don'ts and don't knows of establishing a sustainable longitudinal integrated clerkship. *Perspect Med Educ* (2020). <https://doi.org/10.1007/s40037-019-00558-z>

"(...) tyder på at medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet bidrar vesentlig til fastlegedekning i distriktene og solid rekruttering til Universitetssykehuset Nord-Norge"¹⁶.

5. Andre innspill til høringen

Om Grimstadutvalgets anbefaling M: *Utvalget anbefaler at Lånekassens økonomiske støtte til medisინutdanning i utlandet reduseres. Dette må skje parallelt med økning av studiekapasiteten i Norge, for å oppnå en balanse mellom helsetjenestens behov og tilgangen på leger.*

I perioden 1.1.2018 – 31.12.2019 behandlet Helsedirektoratet totalt **3583** søknader om autorisasjon som lege fra medisinske kandidater. **1108** av disse søkerne var utdannet i Norge, opp mot **1981** utdannet i øvrige EØS-land. Av de 1981 utdannet i øvrige EØS land i denne perioden, var **863** av disse registrert som norske statsborgere.

Det vil si at under halvparten av legene utdannet i øvrige EØS land i denne perioden var norske statsborgere, og som omtales i rapporten som *norske medisinstudenter i utlandet*. Over 1000 av de europeiske legene som i samme 2 års periode søkte om autorisasjon i Norge, var dermed ikke-norske statsborgere som ikke har benyttet seg av finansieringsordninger i Norge under studiet.

Helsedirektoratet ønsker å kommentere at Grimstadutvalgets anbefaling M vil dermed ikke alene stanse tilstrømningen av utenlandsk utdannede leger til Norge. Effekten på antallet norske statsborgere som tar medisინutdanning i utlandet kan imidlertid påvirkes, men effekten er usikker – jf. våre kommentarer til spørsmål 2a).

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
direktør

Morten Græsli
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

¹⁶ <https://tidsskriftet.no/2017/08/originalartikkel/utdanner-universitetet-i-tromso-norges-arktiske-universitet-leger-til>

