

HØRINGSUTTALELSE FRA HELSE STAVANGER HF

Høringsuttalelsen fra Stavanger universitetssjukehus (SUS)/Helse Stavanger HF er bygget opp etter formatet som Kunnskapsdepartementet (KD) har skissert i høringsnotatet av 14.11.19. Først kommer vi med innspill på alle utvalgets anbefalinger, deretter besvares spørsmålene 1-5 som departementet har bedt om spesifikk tilbakemelding på. Foretakets generelle kommentarer kommer i siste del av høringsuttalelsen.

Foretaket har hatt en bred prosess i forbindelse med utarbeidelsen. Høringsuttalelsen er også drøftet med hovedtillitsvalgte og vernetjenesten og innspill er inkludert i høringsuttalelsen. Styret i Helse Stavanger HF diskuterte Grimstadutvalgets rapport og gav sine føringer i styremøtet 18.12.19.

Uttalelsene vedrørende anbefalingene fra utvalget (A-S)

Utdanningskapasitet

A. Utvalget anbefaler at vi har en utdanningskapasitet i medisin i Norge som dekker landets legebehov, i samsvar med WHO-koden for rekruttering av helsepersonell.

SUS støtter denne anbefalingen. Norge kan ikke la være å ta et større ansvar for utdanning av leger enn landet gjør i dag.

B. Utvalget anbefaler at vi i Norge på kort sikt selv utdanner 80 % av de legene vi trenger, tilsvarende totalt 1076 studieplasser. Dette betyr at kapasiteten må økes med 440 nye studieplasser, i tillegg til dagens 636 studieplasser.

SUS støtter denne anbefalingen

C. Utvalget anbefaler at en opptrapping av de 440 nye studieplassene skal være fullført så snart som mulig, og senest innen høsten 2027.

SUS støtter denne anbefalingen.

D. Utdanningen må være tilpasset helsetilstanden, helsetjenesten og befolkningen i Norge. Utdanningen må oppfylle de krav som stilles til norske helseutdanninger, blant annet de nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

SUS er enig i at utdanningen må være tilpasset de til enhver tid gjeldende lover og forskrifter inkludert RETHOS. Den må være framtidsrettet og dynamisk nok til å kunne endres etter behovene i samfunnet. For sykehus og kommuner vil også antall LIS1 stillinger måtte tilpasses total utdanningskapasitet.

Studiemodeller

E. Utvalget anbefaler at modellen for medisinstudier i Norge skal være basert på 6-årige integrerte studieprogram.

SUS mener 6-årige integrerte studieprogram bør være hovedmodell for utdanning av leger i Norge. Også en integrert modell må være dynamisk og kunne endres i tråd med behovene og utviklingen innen både pedagogikk og medisin.

F. Utvalget anbefaler at det ikke utvikles varige 3-årige eller 4-årige studiemodeller med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet. Utvalgets medlemmer Braut, Emmersen og Farbu mener likevel at dette kan være hensiktsmessig som en midlertidig ordning.

SUS mener det kan være hensiktsmessig å etablere en midlertidig ordning for klinisk utdanning av leger som inkluderer de siste 3-4 årene av utdanningen. Dette kan være en modell som gjør det mulig å raskere øke kapasiteten i Norge, i tråd med utvalgets anbefalinger. SUS kan være arena for en slik midlertidig studiemodell. En slik studiemodell forutsetter tydelige opptakskrav forut for 3(4)-årsløpet som sikrer et helhetlig studieprogram i henhold til RETHOS.

G. Utvalget anbefaler studiemodeller i medisin som inkluderer en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning. Utvalget anbefaler studiemodeller der studentene er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden, som del av studieplanen ved sitt lærested. I samsvar med dette anbefaler utvalget etablering av nye campuser.

Å ta i bruk en betydelig større del av helsetjenesten, vil være en forutsetning for å kunne utdanne 440 flere leger per år. SUS mener det er nødvendig å berede grunnen for dette både ved aktiv etablering av campuser, og ved å ta i bruk større deler av helsetjenesten som utdanningsarena. Det er imidlertid viktig å klargjøre hvor og når studenten skal oppfylle de ulike læringsmålene. SUS mener samtidig at sykehusene i overskuelig fremtid fremdeles vil være hovedarenaen for klinisk utdanning.

H. Utvalget anbefaler at bruk av praksissteder, basert på helseregionenes inndeling, bør praktiseres mer fleksibelt mellom universitetene enn i dag.

SUS støtter dette. Å øke utdanningskapasiteten er et nasjonalt, og ikke et regionalt løft.

I. Utvalgets medlemmer Grimstad, Hunsjør og Straume anbefaler at det i den foreslåtte opptrappingen av studieplasser ikke gis gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin til flere universiteter enn dagens fire. Utvalgets medlemmer Braut, Emmersen og Farbu mener at det skal være mulig å tildele gradsrettigheter til andre universiteter.

SUS ser det som naturlig at universitetet der hovedtyngden av utdannelsen foregår også tildeler grad. Dette vil være i samsvar med praksis ellers i universitets- og høyskolesektoren.

Samarbeid om medisinedanning i Stavanger

J. Utvalget anbefaler at en bygger videre på eksisterende samarbeid i en økt satsing på medisinedanningen i Stavanger, ut fra den erfaringen og kompetansen som UiB og SUS har.

SUS har lang erfaring med tilrettelegging av praksisbaserte medisinstudier i Stavanger, både i regi av UiB, og som tilbyder av systematisk praksis for studenter ved studiesteder i Ungarn. SUS har også sterke medisinske forskningsmiljøer innenfor de fleste spesialiteter. Det vil etter vår oppfatning være dårlig utnyttelse av tilgjengelig kompetanse, dersom denne kompetansen ikke benyttes i fremtiden. Dette er kompetanse som kan og bør brukes for videre oppbygging og styrking av det medisinske akademiske miljøet i Stavanger. De foreslåtte studiemodellene fra UiB og UiS er begge nye og helt forskjellige fra nåsituasjonen hvor SUS kun er praksisarena. SUS er klar for å ta sin del av ansvaret for en fullverdig studiemodell gitt nødvendig finansiering.

K. Utvalget anbefaler at UiB og UiS som utdanningsinstitusjoner, sammen med kommune- og spesialisthelsetjenestene i Stavanger-regionen, samarbeider om utforming av et helhetlig studieløp, og særlig om de siste studieårene.

SUS har både kompetanse, evne og vilje til å medvirke til en videre utvikling av det samlede medisinske akademiske miljøet i *Stavanger-regionen*. Vi ønsker å bidra aktivt i utviklingen av et helhetlig studieløp i Stavanger. Systemet SUS har for kontakt og samhandling med kommunene kan benyttes i dette arbeidet. Legenes praksiskonsulentordning er forankret både i helseforetaket og i kommunene. I dette nettverket finnes akademisk kompetanse som kan benyttes i forbindelse med utviklingen av et medisinsk studieprogram. SUS har en egen forskningsgruppe for allmenntilleggsmedisin og samhandling. SUS støtter forslaget om å utvikle et medisinstudium i Stavanger som et trepartssamarbeid mellom UiS, UiB og SUS, med primærhelsetjenesten i området er aktiv bidragsyter.

L. Utvalgets flertall anbefaler at campusløsningen i Stavanger baserer seg på at en gruppe medisinstudenter tas opp og gjennomfører de første studieårene i Bergen (ved UiB) og de siste årene i Stavanger (UiB–UiS–SUS).

Dette kan være en aktuell modell, og SUS anser ikke at dette forslaget hindrer et eventuelt opptak av studenter i Stavanger som har påbegynt studiet andre steder enn i Bergen.

Norske medisinstudenter i utlandet

M. Utvalget anbefaler at Lånekassens økonomiske støtte til medisnutdanning 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.

SUS er enig i at en bør se på tiltak som gjør det mindre attraktivt med studier i utlandet når antall studieplasser økes i Norge.

N. Utvalget anbefaler at det utredes en ordning der 5–10 % av behovet for studieplasser i medisin dekkes gjennom finansiering fra Lånekassen (inkl. skolepenger) ved nærmere definerte studiesteder i utlandet.

SUS støtter anbefalingen.

O. Utvalget anbefaler at det tidlig etableres kommunikasjon med dem som kan bli berørt av endringene i støtteordninger for medisnutdanning i utlandet.

SUS støtter anbefalingen

P. Utvalget anbefaler at det etableres gode rutiner og åpne prosesser for utenlandsstudenter som ønsker praksis og hospitering i den norske helsetjenesten som en del av studieløpet.

SUS er enig i at dette feltet er uoversiktlig og mangler felles rutiner. Det er ønskelig å bedre situasjonen så lenge det er mange utenlandsstudenter med et praksisbehov. Samtidig vil en økning av antall studieplasser i Norge sette en slik ordning under press. Ved SUS vil slik praksis/hospitering måtte reduseres parallelt med en økning av studenter i et norsk studieløp. Det er viktig at utenlandsstudenter informeres om denne sannsynlige konsekvensen for praksismuligheter i Norge.

Rammevilkår for praksisstudier

Q. Utvalget anbefaler at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena i medisinstudiet.

SUS mener RETHOS gir tydelige føringer for praksis i primærhelsetjenesten og andre arenaer utenfor sykehusene. Utviklingen av læringsarenaer må være tydelig forankret i det studentene faktisk skal lære, og om arenaen er egnet for dette. Beskrivelsene av læringsutbyttet knyttet til utvikling av nye arenaer må være tydelige.

R. Utvalget anbefaler at det innføres nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten.

SUS mener at dette må vurderes for å kunne utvikle både økt praksis, og ev. utvikling av nye læringsarenaer.

S. Utvalget anbefaler at det gjøres en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten.

SUS støtter dette. Dette er særlig viktig for nye sykehus og kommuner som involveres i utdanningen av leger.

Svar på spørsmål til høringsinstansene

1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet

Norge utdanner relativt sett få leger per innbygger, dersom en sammenlikner med andre OECD-land. Nær 50 prosent av medisinstudentene utdannes nå i utlandet, og 2 av 3 norske medisinstudenter i utlandet studerer i Polen, Ungarn og Slovakia. For å dekke behovet for leger er Norge i dag avhengig av at mange nordmenn velger å studere medisin i utlandet. Utvalget påpeker at utenlandsk utdanning ikke nødvendigvis er i samsvar med behovene til norsk helsevesen. Studentene vil ikke alltid ha like gode forutsetninger for pasientsamhandling som studenter ved norske medisintdanninger. Utvalget mener dimensjonering av studieplasser i medisin må sees i sammenheng med både helsetjenestens behov og Norges internasjonale forpliktelser. Utvalgets overordnede anbefaling er at vi på lengre sikt bør ha en utdanningskapasitet i medisin som dekker landets legebehov. Utvalget mener utdanningen må være tilpasset helsetilstanden, helsetjenesten og befolkningen i Norge, og fylle de krav som stilles til norske helseutdanninger.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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

Kostnadene er vesentlig lavere for studier i utlandet enn i Norge. Samtidig er det fordelaktig for landet at en andel av legene har en annen faglig og kulturell bakgrunn enn det de får gjennom et fullt studium i Norge.

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

Det kreves en innføring i det norske helsesystemet for leger utdannet i utlandet. Dette gjelder både de formelle sidene ved lover og regelverk, men også konseptet om allmenntmedisinens viktige rolle både som første kontakt, og som kontinuitet i helsetjenesten. I tillegg er det forskjeller i sykdomspanorama og behandlingsstrategier, f.eks. antimikrobiell resistens og bruk av antibiotika.

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

SUS er velegnet som fremtidig arena for medisinstudenter. Utdanningen må integreres i daglig drift, og gitt nødvendig ressurstilgang vil dette være en positiv utfordring for sykehuset. Rekrutteringen til stillinger vil kunne bedres.

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

SUS har bred erfaring med studenter fra ulike utdanningsinstitusjoner, men har ingen objektive fakta å vise til i denne saken. Vår erfaring er at medisinstudenter/nyutdannede leger gjennomgående er arbeidsomme, lærevillige og kompetente.

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

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?

Studiemodeller bør alltid være i en dynamisk utvikling, både fordi pedagogisk forskning utvikler seg, og ikke minst vil helsetjenesten og samfunnets krav til leger være i endring.

Per nå er en integrert studiemodell det foretrukne pedagogiske utgangspunktet for å sikre at nyutdannede leger behersker de ulike aspektene som en moderne legerolle innebærer (ref. RETHOS-kravene). Enhver integrert modell vil ha sitt kliniske tyngdepunkt i siste del av studieløpet, tydeligst etter 2,5-3 år.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

I dag finnes det totalt 636 studieplasser i medisin ved fire etablerte læresteder i Norge. Utvalget anbefaler at vi i Norge utdanner 80 prosent av de legene vi trenger, noe som innebærer en økning på 440 studieplasser.

Utvalget er delt på midten hva angår meningen om tildeling av gradsrett for profesjonsstudiet i medisin til flere universiteter enn de fire universitetene som tilbyr medisinutdanning i dag. Med gradsrett menes retten til å utstede graden cand.med.

Én del av utvalget påpeker 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 miljøer. Denne delen av utvalget mener eksisterende fagmiljøer heller bør brukes til å styrke kapasiteten hos de fire universitetene som allerede utdanner medisinstudenter. Den andre delen av utvalget mener at så lenge studieprogrammet tilfredsstillende faglige kravene som stilles for akkreditering, bør det være åpning for at også andre institusjoner kan tilby medisinutdanning. Disse utvalgsmedlemmene påpeker at nærhet mellom studiecampus og gradsgivende institusjon vil medvirke til et nært og bredt samarbeid med praksisfeltet som ikke lar seg realiserte i mer sentraliserte ordninger.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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

SUS mener det naturlig å bygge ut studiekapasiteten i medisin i Norge slik at den dekker den vesentlige delen av behovet for leger i Norge. Ut fra internasjonale vurderinger burde det

også være et mål at Norge på lengre sikt kan tilby ressurser til, og kapasitet for, utdanning av leger fra mindre ressurssterke nasjoner.

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?

Vi vil peke på at man i det norske universitets- og høyskolesystemet i det vesentlige har lagt vekt på at det er den institusjonen som i praksis står for utdanningen som også har ansvaret for gradstildelingen. Jf. også universitets- og høyskoleloven § 3-2 med forskrifter. Dersom 3-4 år av utdanningen foregår i regi av Universitetet i Stavanger bør også gradsrett gis dit. Fellesgrad er mulighet i et trepartssamarbeid og kan utredes nærmere.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisinutdanninger.

Dagens fire medisinske fakulteter har uttrykt til utvalget at det ikke er mulig å øke antallet medisinstudenter innenfor dagens rammebetingelser. For å kunne øke kapasiteten i dagens norske medisinutdanninger beskriver utvalgsrapporten premisser som de medisinske fakultetene har spilt inn til utvalget i deres arbeid. Institusjonene peker på at det er behov for avklaringer av økonomiske vilkår for samarbeidet med praksisfeltet, særlig når det gjelder finansiering av praksis i primærhelsetjenesten, men også i spesialisthelsetjenesten. I tillegg nevnes behov for investeringer i areal til undervisning, inkludert laboratorier, ferdighets- og simuleringsfasiliteter mv., samt personellressurser til undervisning, administrasjonsressurser og forpliktende avtaler om praksisstudier med praksisfeltet.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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 medisinutdanningen, blant annet når det gjelder behov for økt kapasitet til undervisning og forskning, studentveiledning, praksis og integrerte universitetsarealer i sykehus og eventuelle andre kostnader. Vi ber om en vurdering av dette behovet både med en økning i antall studieplasser som i forslaget fra Grimstadutvalget og med nedskalering til halvparten og en tredjedel av forslaget til økning i antall studieplasser.

SUS vil som arena for fremtidig medisinutdanning ha behov for betydelige arealer og infrastruktur. Sykehuset vil måtte sammenligne egne fasiliteter med fasilitetene ved de nåværende studiesteder (Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø), og den infrastruktur som er etablert ved sykehusene der i samarbeid med universitetene/fakultetene. SUS har for nåværende studenter i praksis fra UiB planlagt ca. 650m² (netto) ved sykehuset som er under bygging. Et fullverdig studium for 70-100 studenter i 3-4 år vil kreve betydelige arealer i og ved sykehuset for å ivareta utdanningsløpet. Utviklingen av nye bygg vil i hovedsak være en universitetsoppgave, men foretaket er positive til å bidra til best mulige løsninger med en fremtidsrettet og tett integrert utdanning i og med sykehuset. SUS forutsetter at finansiering her kommer fra UH-sektoren, og at løsningen utvikles og utformes i et samarbeid der SUS vil ta en aktiv og konstruktiv rolle. SUS er opptatt av at både fagutvikling og utdanning skal være tett integrert med den kliniske hverdagen.

Dersom SUS skal bidra inn som arena for klinisk medisinutdanning, må tilstrekkelige økonomiske midler stilles til rådighet. Dette vil også gjelde andre sykehus som ev. tar en slik ny rolle. Dette er beskrevet i rapportens kapittel 7.3, der det også er gjort noen beregninger.

En nedskalering av antall studieplasser (fra 440) som opprettes i Norge, vil totalt sett ha lavere kostnader. For et nytt studiested som Stavanger vil nedskalering være relativt sett dyrere og færre studenter enn 70 vil øke kostnaden per studieløp.

Utdanning av leger må primært drives av leger. Både SUS og andre arenaer der det skal foregå utdanning vil trenge noe høyere legedekning. Utdanning er en kjernevirksomhet, og må i større grad inn på linje med forskning og pasientbehandling.

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

SUS mener at en reduksjon i praksisplasser vil være en forutsetning for å kunne øke antallet studenter ved norske universiteter. Særlig vil dette gjelde når utdanningen foregår kontinuerlig over flere år, og etter en integrert modell.

4. Modell med opptak av norske studenter fra utlandet.

Utvalget skulle ifølge mandatet utrede en modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene i Stavanger. Det er enighet i utvalget om at den grunnleggende modellen for den norske medisinstudiet skal være et seksårig integrert studium. Dette er fordi at utviklingen i både medisinstudiet og helsetjenesten peker i retning av integrasjon mellom teoretisk og praktisk kunnskap, tett kobling mellom utdanningene og helsetjenestene i hele studiet, og kvalitetssikring av kunnskaper og ferdigheter som skal innlæres og praktiseres i norsk helsetjeneste. Internasjonale anbefalinger om medisinsk utdanning baserer seg også på medisinstudiet som et integrert studium der praktisk og teoretisk kunnskap bygger på hverandre.

Utvalget har vurdert modeller der norske studenter fullfører 3 år (evt. 2 år) i utlandet, for så å fullføre de siste 3-4 årene i Stavanger (3+3-modell). Et samlet utvalg anbefaler at det ikke utvikles varige modeller av denne typen. Utvalget er delt på midten i spørsmålet om en slik 3+3-modell kan være hensiktsmessig som et midlertidig tiltak.

Halve utvalget argumenterer for at en midlertidig modell vil bruke store ressurser som heller burde benyttes for å bygge opp varig kapasitet ved de etablerte medisinstudiene. Disse utvalgsmedlemmene vektlegger også at modellen baserer seg på et skille mellom preklinikk og klinikk som ikke samsvarer med moderne medisinstudier, og at modellen kan øke den allerede høye andelen utenlandsstudenter. Denne delen av utvalget fremhever trepartssamarbeid mellom UiS-SUS-UiB som en bedre inngang til å heve utdanningskapasiteten i Stavanger.

Den andre halvdel av utvalget mener en 3+3-modell kan ivareta de vesentlige formelle kravene til studieprogrammer i medisin i Norge, og vil kunne bidra til rask opptrapping av utdanningskapasiteten. Disse utvalgsmedlemmene peker på at en midlertidig 3+3-modell vil kunne øke andelen som får en utdanning tilpasset norsk helsetjeneste frem til den nasjonale utdanningskapasiteten når et tilfredsstillende nivå.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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)?

SUS mener en kan se for seg å etablere en slik modell som en midlertidig ordning, og som en del av en oppbygging av et fullverdig medisinstudium. Dette vil kunne bidra til å øke

utdanningskapasiteten i Norge raskere. Slik SUS vurderer det, vil en slik modell kunne passe godt inn med trepartssamarbeidet SUS-UiS-UiB.

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

En 3+3-modell vil i større grad enn i dag gi legekompentanse i tråd med moderne legeutdanning, og i samsvar med behovene i norsk helsetjeneste. En vil med en slik modell i større grad utdanne leger til Norges behov innenlands – selv om de ikke tar hele utdanningen i Norge. Vi legger til grunn at den samlede kohorten medisinstudenter i utlandet ikke økes.

En medisinstudent utdannet ved SUS og i primærhelsetjenesten skal få en utdanning av svært høy kvalitet og være godt skikket til å jobbe i det moderne, teambaserte helsevesenet. Studenten skal være en ypperlig kommunikator, en flink kliniker, ha en akademisk tilnærming, og ikke minst vite hvordan hen skal holde seg faglig oppdatert. Dette vil også være mulig for et løp der de siste 3(4) årene gjennomføres i Stavanger.

Bruk av langsgående integrert klinikk har fordeler for integrasjon av fag, og ikke minst for å gi studenten tid til modning. Helsevesenet er i dag teambasert. Teamet består av skiftende konstellasjoner av leger, men også av bla a sykepleiere, bioingeniører, portører, og pasienten selv. Dette vil en erfare tydeligere med langsgående integrert klinikk. Lengre tilknytning gir ro for studenten til å fokusere på læring (innholdet i studiet), heller enn logistikken (rammene rundt studiet). Det er langt lettere å kommunisere direkte med pasienter på eget språk, enn via et fremmedspråk. For de aller fleste av oss vil det også være lettere å lære fra undervisere som har samme morsmål.

Alle studiemodeller må tilfredsstillere kravene i RETHOS-forskriften og gjennom det også sikre legekompentansen.

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

En slik modell bør bare vare tiden det tar å øke kapasiteten i Norge. Dette vil være nyttig i oppbyggingen av et nytt studium, uansett endelig modell for dette.

5. Andre innspill til høringen

SUS er godt kvalifisert til å være hovedarena for de 3-4 siste årene i en integrert modell for medisinstudenter. Styret i Helse Stavanger HF har to ganger støttet dette, og pekt på en trepartsmoedell med SUS+UiS+UiB. Dette er også i tråd med mandatet for utredningen til Grimstadutvalget. SUS har 2200 studenter innenfor forskjellige helsefag i praksis årlig, og vil uansett være avhengig av tett og godt samarbeid med begge universiteter. Vi har hatt totalt 1600 medisinstudenter i praksis fra UiB de siste 20 årene, og en egen praksisordning for studenter fra Ungarn i mange år. Lang praksiserfaring og samtidig oppbygging av bred akademisk kompetanse gjør SUS velegnet for å ta ansvar i en klinisk medisinstudenter. Sykehuset har ca. 30 medarbeidere med bistillinger ved UiB og tilsvarende ved UiS. Dette betyr et godt utviklet utdannings- og forsknings samarbeid med begge universitetene.

For SUS er det overordnet viktig at det legges opp til høy kvalitet i utdanningen, at den er fremtidsrettet og at sykehuset kan bidra til å utdanne leger for fremtidige behov. SUS er sterke på viktige utdanningsområder som pasientsikkerhet, simulering, teambasert læring og teknologi. Vi mener studentgrupper som i fremtiden skal jobbe sammen, i større grad bør ha

felles læringsarenaer gjennom studiene sine. SUS har et tett og godt samarbeid med primærhelsetjenesten som utdanningen kan dra nytte av. Vi ser at samarbeid med andre helseforetak og kommuner utenfor opptaksområdet vil være ønskelig (f.eks. Helse Fonna HF, nord-Rogaland og Agder).

SUS bidrar allerede aktivt i utredningen av foreslåtte nye studiemodeller både ved UiS og UiB. Vi vil også i fremtiden ivareta de UiB-studentene som nå har praksisperioder ved SUS, selv om det kommer en parallell og fullskala integrert studiemodell over flere år. Det er en utvikling mot nye læringsmodeller også innenfor medisinske fag (digitalisering, 3D, VR, interaktive løsninger, AI, simulering mm), og dette kan være velegnet for de første årene av utdanningen her på sikt. Uansett studiemodell i første fase vil dette være et aktuelt utviklingsperspektiv for universitetene og sykehusene.

Helse Stavanger HF bygger nytt sykehus som skal stå ferdig med første byggetrinn i 2023. Det vil være en god arena for fremtidens utdanning. Samtidig inneholder ikke dette byggetrinnet arealer eller infrastruktur for en medisintutdanning ut over den praksis med UiB studenter vi har i dag. Nødvendig infrastruktur knyttet til undervisning, veiledning, laboratorier, forskning og utvikling vil måtte etableres av universitetene i samarbeid med SUS. Etter hvert som infrastruktur etableres og kompetansen øker i organisasjonen, vil også større deler av medisintutdanningen kunne foregå i Stavanger/Rogaland. Uansett studiemodell som etableres, ser vi for oss at kompetente ansatte ved SUS i stor grad vil være ansvarlige for utdanningen gjennom stillinger ved universitetet. Det vil kreve rekruttering av flere leger og utvikling av større forskningsmiljøer ved SUS, noe institusjonen ser positivt på og er klar for.

SUS har bygget kompetanse over 20 år og klar for å gå fra praksisarena til hovedansvaret for en større del av utdanningen av leger.

Stavanger 030220

Inger Cathrine Bryne

Adm direktør Helse Stavanger HF