

**Fagavdelingen**

Saksbehandler:

Bjørn Magne Eggen
Spesialrådgiver, dr. med.

Tlf. (+47) 913 79 870

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 Oslo

Deres ref Brev av 14.11.2019

Vår ref 2019/3617

Dato 13.02.2020

Høringsuttalelse – Grimstadutvalgets rapport

Lovisenberg Diakonale Sykehus ønsker å gi innspill på noen av de områdene og tiltakene som utvalget har belyst i utredningen, jf. også spørsmålene som er stilt i høringsnotatet fra Kunnskapsdepartementet.

Kommentarene og innspillene nedenfor kommer fra et lokalsykehus for ca. 200 000 innbyggere i Oslo indre øst, med en befolkning med de særlige utfordringene som kjennetegner indre by øst også internasjonalt (jf. UK; «inner cities»). I våre bydeler reflekteres dette bl.a. i lavere levealder, flere fattige familier og aleneboende, flere innvandrere og flere rusmisbrukere, sammenliknet med i Oslo for øvrig. En betydelig andel av pasientene har somatisk sykdom i kombinasjon med psykiske lidelser og rusavhengighet. Fremtidige leger behøver kunnskap om diagnostikk og behandling av pasienter med slike kombinasjonstilstander og de utfordringer pasientgruppen har med «compliance».

Som rent lokalsykehus har vi stor aktivitet knyttet til det som vil være hverdagsmedisin for alle allmennpraktiserende leger, og i alle lokalsykehus. Pasientgrunnlaget er derfor høyst relevant for medisinerutdanning. Mye av oppfølgingen av pasientene skjer i tett samarbeid med de kommunale tjenestene, og sykehuset har solid erfaring med å samarbeide med primærhelsetjenesten om ambulante team, ikke minst innen psykisk helsevern. Samarbeidet med primærhelsetjenesten i bydelene er preget av gjensidighet og evne til å finne praktiske løsninger på tvers av forvaltningsnivåene. Dette mener vi gjør oss velegnet til å lære fremtidige leger om hvordan en praktisk, samfunns-medisinsk tilnærming kan appliseres i møtet med den enkelte pasient og i lokalsamfunnet.

Nedenfor vi vi avgrense våre innspill til de spørsmålene hvor vi mener vi har særlige erfaringer og bakgrunn for å kommentere.

1. Utdanning i Norge og i utlandet?

- 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?*
- 1c) *Hvordan blir din organisasjon berørt hvis en større andel blir utdannet i Norge?*
- 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?*
- 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 medisins- og helseutdanning. Hvor viktig vurderes dette å være for utdanningen av gode leger?*

1a - c. Norge bør ha noen leger som er utdannet i andre land, både med norsk bakgrunn og fra andre land, og vi bør i Norge utdanne leger fra andre deler av verden (også utenom Europa). En andel på 50 % som er utdannet i utlandet synes imidlertid svært høy; både ut fra en internasjonal solidaritetstilnærming og med tanke på den yrkesutøvelsen som hver enkelt lege må håndtere i en norsk kontekst. Derfor virker 80 % som en hensiktsmessig målsetting; vi støtter utvalget på dette punkt. Vårt sykehus vil kunne bidra til økt utdannelseskapasitet ved det medisinske fakultet, UiO, gjennom å ta imot flere medisinerstudenter enn i dag, og over lengre perioder. Dette er en utvikling som vi svært gjerne bidrar til, forutsatt at de økonomiske rammene endres for å gi rom for det merarbeidet som vil følge med opplæring og klinisk trening av flere studenter enn i dag.

1 d – e. Vår erfaring er det er forskjeller, men at disse i all hovedsak er knyttet til språk og praktiske ferdigheter, dvs. hvor godt den nyutdannede legen håndterer norsk språk og dermed kommunikasjon med pasienter, pårørende og medarbeidere, og om legen har arbeidet eller hospitert i Norge i løpet av studiet.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

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

Som nevnt ovenfor synes 80 % å være en hensiktsmessig målsetting. Vi støtter utvalgets innstilling på dette punkt.

Det vil være ressurskrevende å etablere full medisnutdanning ved et femte norsk universitet. Utdanningen av leger skal være forskningsbasert, og det vil være krevende og kostbart å etablere sterke fagmiljøer som kan dekke hele studiets bredde. Det synes langt mer kostnads-effektivt og hensiktsmessig å utvide kapasiteten ved de fire norske universitetene som allerede utdanner leger.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisnutdanninger

- 3a) *Grimstadutvalget har samlet inn innspill fra de medisinske lærestedene om mulig kapasitets-økning 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 medisnutdanningen, 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.*

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

Her har LDS ingen kommentarer.

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 medisინutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?
- 4b) Vil en slik 3+3-modell gi den ønskede legekompetansen, i tråd med behovene i norsk helsetjeneste, og i samsvar med moderne legeutdanning?
- 4c) Hva er synspunktene på eventuell varighet for en slik ordning?

I tidligere tider var en slik modell gjennomførbar (jf. Aker-Lørenskog-modellen, frem til 1987), men den synes mindre aktuell i dag, ettersom studiet ikke lenger har en teoretisk første-avdeling, etterfulgt at klinisk undervisning (andre og tredje-avdeling). I dag skjer undervisning i basalfag og annen teori, klinisk undervisning og praktisk trening parallelt gjennom alle studieårene. Ulike læreplaner kan skape utfordringer selv ved bytte mellom norske læresteder. Vår vurdering er derfor at det neppe vil være mulig å definere hvilke utenlandske læresteder som vil kunne være egnet for de første tre årene i en slik modell.

5. Andre innspill til høringen

Som omtalt ovenfor, møter legestudenter fra UiO som er i praksis ved Lovisenberg Diakonale Sykehus «hverdagsmedisin» – pasienter med alminnelige lidelser og ikke de svært sjeldne tilstandene som det er en opphopning av i høyspesialiserte sykehusavdelinger ved universitetssykehusene. Studentene får trening i å møte, utrede og håndtere de komplekse og sammensatte sykdomsbildene som finnes nettopp i et lokalsykehus i indre by øst i Oslo. Dette er utfordrende og krevende, men også faglig stimulerende, og det vil særlig i siste del av studiet kunne bidra til å kvalifisere dem for praktisk, klinisk arbeid når studietiden er over.

For den praktiske koordineringen av undervisningen vurderer vi den geografiske nærheten til Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo som hensiktsmessig. Gitt en nedskalering av veksten til det halve (115 nye studenter) eller en tredjedel (76 nye studenter), vil Universitetet i Oslo kunne opprettholde kjernen av klinisk undervisning i Oslo og omegn, blant annet ved utvidet bruk av vårt sykehus, noe vi er utelukkende positive til. Dette vil være kostnads-besparende og langt enklere å administrere og koordinere enn et desentralisert studium.

I en ny samarbeidsavtale mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus og Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo blir antallet praksisplasser økt, samtidig som det åpnes for flere vitenskapelige stillinger i sykehuset. Sykehuset har potensial til å øke antallet praksisplasser ytterligere. Av de ca. 200 legene ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har mer enn 15 % doktorgrad (dr. med. eller PhD), mange av disse har tidligere hatt heltids- eller deltidsstillinger med undervisningsoppgaver i universitetssykehus.

Samtidig minner vi om at kvalifisert undervisning av studenter, og da særlig i utredning av de komplekse tilstandene, er tidkrevende. Pasientgrunnlaget alene er ikke tilstrekkelig; også de økonomiske rammene må understøtte denne viktige kjerneoppgaven i spesialisthelsetjenesten. Lovisenberg Diakonale Sykehus ser frem til videre samarbeid om dette med departementet og med Universitetet i Oslo.

Vennlig hilsen
for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Tone Ikdahl
administrerende direktør, dr. med.

Jan Petter Odden
fagdirektør, dr. med.

Dette dokumentet er elektronisk godkjent