

Høringssvar fra Vestre Viken HF:

Spørsmål:	Svar:
<p>1a) Hvilke fordeler er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?</p>	<p><i>Utdanningserfaring fra utlandet kan øke kompetansemangfoldet blant nyutdannede leger. Det kan medføre at studentene vurderer kliniske problemer ulikt, noe som kan være nyttig i en tid hvor migrasjon av befolkningsgrupper og pasienter er sentralt.</i></p> <p><i>Nye impulser, nettverk i andre land som evt. kan benyttes i senere forskning, studentene er ofte noe mer selvstendige og vant til å tilpasse seg nye steder/oppgaver.</i></p> <p><i>Kompetansemangfoldet kan oppnås ved en lavere prosentandel enn 50.</i></p>
<p>1b) Hvilke ulemper er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?</p>	<p><i>Mer heterogen, varierende utdanningsbakgrunn og betydelig kvalitetsvariasjon på utdanningsstedene. Kompetansen er ujevn og noen studenter er svake når det gjelder medisinsk faglige vurderinger og praktiske ferdigheter.</i></p> <p><i>Utenlandsstudenter med utdanning fra land hvor pasienter i begrenset grad snakker engelsk har manglende trening i kommunikasjon med pasienter.</i></p> <p><i>Ingen styring med antall utdanningsstillinger totalt i forhold til behovet.</i></p> <p><i>Flere som har behov for korte hospiteringsperioder i sykehus ilt. utdanningen med ulik kvalitet og utbytte. Veldig ujevn tilgang til studenter som skal ha praksis på sykehuset.</i></p> <p><i>Mindre kunnskap om norsk helsevesen, helsepolitikk og mindre forberedt på læringsmålene i Felles kompetansemål.</i></p> <p><i>Kulturelle forskjeller i «hvordan fylle legerollen». Manglende fokus i utdanningen på det vi anser som gode holdninger.</i></p>

<p>1c) Hvordan blir din organisasjon berørt hvis en større andel blir utdannet i Norge?</p>	<p>Bedre oversikt over innhold i utdanningen og tildeling av praksisplasser fordelt på sykehusene.</p> <p>Behov for flere praksisplasser for studenter i utplassering. Vil skape et behov for flere utdannings/akademiske stillinger og ressurser til opplæring.</p> <p>Det kan være en fordel for de mindre sykehusene at kontakt med flere studenter kan lette senere rekruttering.</p>
<p>1d) Dersom din organisasjon har erfaring med nyutdannede leger fra utdanningsinstitusjoner både i utlandet og Norge, er det noen forskjeller i kompetanse mellom disse?</p>	<p>Individuelle forskjeller er ofte mer avgjørende enn studiested, men erfaringen er at vi er mer sikre på adekvat kompetanse blant kandidater utdannet i Norge.</p> <p>Synes generelt at kompetanse på LIS1 har økt, både blant studenter som har studert i Norge og utenlandsstudenter.</p>
<p>1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?</p>	<p>Mer heterogen, varierende utdanningsbakgrunn. Kompetansen er ujevn og noen studenter er svake når det gjelder medisinsk faglige vurderinger, praktiske ferdigheter og rolleforståelse.</p> <p>Kompetansen fra studenter utdannet i Norge er mer lik. Dog er nok forskjellene på individnivå allikevel store for norskutdannede.</p>
<p>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?</p>	<p>Begge modeller har historisk ført til utdanning av gode leger.</p> <p>Kan være gunstig med slik studiemodell og mer interessant for student å måtte anvende teoretisk kunnskap raskt i forbindelse med klinisk virksomhet. Men ikke avgjørende for godt sluttresultat.</p> <p>Utdanningen må være sammenhengende planlagt for hele studieløpet for godt sluttresultat.</p>
<p>2a) Hva er synspunktene på en økning av studieplasser nasjonalt tilsvarende 80 prosent av nasjonalt behov?</p>	<p>En slik økning vil være en fordel for kvaliteten på utdanningen tilpasset norske forhold, men det vil være krevende å ha tilstrekkelig kapasitet på universitetssykehusene til å ivareta god klinisk praksis.</p> <p>Det må foreligge en plan for og midler til utdanning av studenter på sykehus omkring Oslo.</p>

	<p><i>Skal noe av dette legges ut til andre sykehus vil det kreve ressurser på lokalsykehus og kunne gi større og mulig uønsket variasjon i utdanningstilbudet.</i></p> <p><i>Utenlandsutveksling bør da være prioritert for å få bredere erfaring.</i></p>
<p><i>2b)</i> <i>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?</i></p>	<p><i>I utgangspunktet bør man holde på de fire universitetene man har. Det kan være vansker med opprettholde kompetansen på de mindre stedene.</i></p>
<p><i>3a)</i> <i>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.</i></p>	<p><i>Det må opprettes flere lektor-, førsteamanuensis- og professorstillinger utenfor universitetssykehusene. Økt undervisning vil medføre økt behov for stillinger til å forestå praktisk undervisning, rom til undervisning og hvor studenter kan arbeide i grupper og selvstendig. Noe økt liggetid må også påregnes.</i></p> <p><i>Vanskelig å anslå kostnader inntil vi vet omfanget.</i></p>
<p><i>3b)</i> <i>Hvis antall utenlandsstudenter reduseres og etterspørselen etter hospitering, arbeidsutveksling, mv., dermed blir mindre, vil det kunne frigjøre praksisplasser for studenter fra norske utdannings-institusjoner?</i></p>	<p><i>Ja</i></p>
<p><i>4a)</i> <i>Bør det etableres en modell med opptak av norske medisinstudenter</i></p>	<p><i>Nei, helhetlig planlagt utdanningsløp er viktig for vellykket resultat.</i></p>

<p><i>som har tatt deler av medisinerutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?</i></p>	
<p><i>4b) Vil en slik 3+3-modell gi den ønskede legekompentansen, i tråd med behovene i norsk helsetjeneste, og i samsvar med moderne legeutdanning?</i></p>	<p><i>Nei</i></p>
<p><i>4c) Hva er synspunktene på eventuell varighet for en slik ordning?</i></p>	<p><i>Bør ikke innføres</i></p>
<p><i>5. Andre innspill til høringen?</i></p>	<p><i>Prinsipielt støttes tanken om å involvere flere HF utenfor universitetssykehusene i medisinerutdanning. Ved universitetssykehusene, særlig RH, er pasientgrunlaget veldig selektert og ikke representativt for de pasienter som nyutdannede leger møter. Det bør absolutt utvikles flere «campuser» ikke minst i HSØ hvor kapasiteten for å utvide den kliniske undervisningen er størst (jfr Grimstadutvalgets kartlegging).</i></p>