

Høringsuttalelse: Studieplasser i medisin i Norge

Fra kommuneoverleger i sør Rogaland

Behov, modeller og muligheter

Innledning

I Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2018, jf. Innst. 12 S (2017-2018) ble det bevilget fem millioner kroner til en utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen. Videre ba Stortinget regjeringen igangsette et arbeid med mål om å øke antall studieplasser i medisin i Norge, herunder å vurdere å øke antall studiesteder, jf. vedtak 362 i Innst. 11 S (2017-2018).

Regjeringen Solberg nedsatte Grimstadutvalget 29. juni 2018.

Utvalgets mandat var å utrede hvorvidt det er mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier i Norge, herunder kapasitet til å ta opp flere studenter ved de medisinske fakultetene og tilgang på praksisplasser dersom de tildeles flere studieplasser. Utvalget skulle også utrede en modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene av studiet i Stavanger, samt samarbeid mellom Universitetet i Bergen, Universitetet i Stavanger og Stavanger universitetssykehus om medisineddannning.

Grimstadutvalget leverte sin utredning til forsknings- og høyere utdanningsminister Iselin Nybø 25. september 2019.

Utvalget har i alt 19 spesifiserte anbefalinger som berører utdanningskapasitet, studiemodeller, samarbeid om medisineddannning i Stavanger, norske medisinstudenter i utlandet og rammevilkår for praksisstudier. Utvalgets støtte til enkelte av anbefalingene betinges av gjennomføringen av andre anbefalinger.

Sammendrag av viktige anbefalinger fra utvalget

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

Studiemodeller

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

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.

G. Utvalget anbefaler studiemodeller i medisin som inkluderer en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning.

I. Utvalgets medlemmer Grimstad, Hunskår 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.

Samarbeid om medisinnutdanning i Stavanger

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

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.

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).

Utdanningskapasitet

Grimstadutvalgets anbefaler 440 nye studieplasser i Norge, se vedlagte tabell. Utvalget foreslår trepartssamarbeid mellom UiB, UiS og SUS. Universitetet i Stavanger (UiS) kan i en overgangsperiode tilby 3+3 modellen, men ønsker å tilby et fullverdig 6 årig studium i løpet av 10 år. En vellykket 3+3 modell ble gjennomført i Oslo fra 1969-1987. En slik løsning ved UiS går verken på bekostning av eksisterende samarbeid med UiB og SUS eller eksisterende samarbeid med UiB i primærhelsetjenesten i vår region.

Tabell 20: Forslag til opptrapping av nye studieplasser i medisin i Norge 2021–2027

Nye studieplasser	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Sum per lærested
NTNU	15			25	25			65
UiB	20	40	40	20				120
Trepartssamarbeid UiB–UiS–SUS*				20	40	10		70
UIT			25					25
UIO				50	50	70	60	230
	35	40	65	95	75	70	60	440

*Synliggjøring av totalt 70 studieplasser som del av 6-årig integrert løp, trepartssamarbeid UiB–UiS–SUS

Studiemodell

Kommuneoverlegene støtter utvalgets modell om 6 årig medisinerutdanning i Norge ved alle medisinske / helsevitenskaplige fakultet. Det vil imidlertid ta noen år før dette kan bli realisert i Stavanger. Som en umiddelbar midlertidig løsning støtter kommuneoverlegene utvalgets 3 medlemmer som anbefaler at 3+3-modellen er tjenlig inntil UiS kan etablere et fullverdig 6 årig studium i Stavangerregionen. Kommuneoverlegene støtter også den halvparten av utvalget som mener at gradsrett kan gis til flere enn dagens fire universiteter med medisinerutdanning. I dette tilfellet til UiS. Kommuneoverlegene støtter ikke argumentasjonen til den halvparten av utvalget som frykter at en ny medisinerutdanning vil ha vanskeligheter med å etablere sterke nok fagmiljøer til undervisning og forskning. Medisinstudentene ved UiS vil ha en balansert vektning av praksis både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at primærhelsetjenesten prioriteres høyere i utdanning av leger i tiden som kommer.

Styrke medisinerutdanningen nasjonalt

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

- Fornye medisinerutdanningen i Norge med vekt på studentsentrert læring, tverrfaglig læring i team, primærlegeperspektivet med humaniora og teknologi.
- Vektlegge samhandling gjennom et enda tettere samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten under utdanningen og tverrprofesjonelt samarbeid mellom medisin og helseutdanningene ved UiS
- Medføre mer forskning i primærhelsetjenesten

Gradsrettigheter

En gradsrettighet er selvstendig å kunne godkjenne et profesjonsstudium med de rettigheter profesjonen har i samfunnet.

Under forutsetning av at studieprogrammet tilfredsstiller de faglige kravene for akkreditering, vil det være rimelig at det universitetet som i praksis står for gjennomføringen av undervisningen også er ansvarlig for eksamensavviklingen og gradstildelingen.

Involvering og engasjement

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.

For oss vil en nærhet mellom praksisfeltet og UiS utløse engasjement og ressurser som det ikke vil være mulig å få eller benytte i mer sentraliserte ordninger. Regionen er sterkt engasjert i satsingen innenfor helseområdet og i HelseCampus Stavanger på Universitetsområdet spesielt, der også nye SUS skal inn i 2023.

Spørsmål fra KD 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 medisinstudenter. 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?

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.

Vi støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at flere medisinstudenter må utdannes i Norge. Universitetet i Stavanger (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.

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 helsevesen. 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. (viser til Oslo 1969-87)

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

Svaret på dette spørsmålet avhenger av hvilken modell og institusjon som velges for å øke utdanningskapasiteten i Norge (jf. også våre svar under pkt. 2b) og pkt. 4). Et av tiltakene Grimstadutvalget foreslår for å øke utdanningskapasiteten i Norge, er å benytte Stavangerregionen som studiested. Dette er også kommunehelsetjenesten i regionen opptatt av. 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 medisinstudiet, og for å fylle kravet om forskningsbasert utdanning, 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. Det er et stort behov for mer forskning på kommunehelsetjenesten. Kun 10 % av dagens forskningsmidler er rettet inn mot kommunenes utfordringer.

UiS samarbeider tett med Helse Stavanger/Stavanger universitetssjukehus (SUS) og representanter fra primærhelsetjenesten i videreutviklingen av sin 3+3-modell. 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 vår organisasjon til å bidra aktivt inn i etableringen av et nytt 3+3-studietilbud med en ambisjon om et framtidig integrert seksårig studieløp ved UiS.

Studiet ved UiS Vil være helt nytt. I utarbeidelsen av studieplanen kan det derfor tas hensyn til framtidige helsebehov, blant annet ved å legge vekt på kompetanse innenfor primærhelsetjeneste, tidlig intervensjon i de store helseutfordringene (akuttmedisin, psykisk helse, rusbruk) og samspill mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kunnskap fra utredningsarbeid i regionen de senere årene viser at det er et stort potensial for økt ressursutnyttelse av Rogalandsregionen både hva gjelder faglige ressurser ved SUS og UiS, og involvering og bruk av praksisplasser i kommunehelsetjenesten. 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.

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

Vi har i mange år hatt turnusleger/LIS1 leger. Alle har gjennomført LIS1 på sjukehus før tjeneste i kommunen. Det er ikke merkbar forskjell i diagnostisk kompetanse, men vi merker forskjell i tilnærming i behandlingsaspektet.

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Norsk utdannete har et annet forhold til antibiotika (lavere forskrivning) og håndterer psykiske / psykososiale problemer på en bedre måte.

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?

Når man i dag skal utvikle et nytt studietilbud, må dette bygge på oppdatert kunnskap fra forskning og praksis innenfor medisinsk utdanning og samtidig svare på utdanningsfronten. En tett integrering mellom teoretisk kunnskap og klinisk praksis er nødvendig, ikke minst fordi denne integreringen er nært koplet til undervisningsmetoder med høy grad av studentinvolvering. Læringen må sette studenten i sentrum og på samme tid være profesjonsrettet. Studentenes læring må preges av tverrprofesjonelt samarbeid, autentiske læringssituasjoner, av rike og gode tilbakemeldinger underveis og av en tydelig profesjonsfaglig teknologisk kompetanse. De samme pedagogiske og medisinsk didaktiske prinsippene bør i størst mulig grad benyttes gjennom hele studiet. Samtidig må utdanningen ta inn over seg endringer som gjelder pasientforløp, og derfor legge stor vekt på samhandlingskompetanse mellom helseprofesjoner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. UiS-modellen ivaretar disse aspekter i utdanningen.

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 miljø. 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?

Vi støtter Grimstadutvalgets anbefaling om 440 nye studieplasser i Norge, men vi støtter ikke utvalgets fordeling av alle disse studieplassene. Det kommer ingen nye selvstendige studieplasser til UiS.

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?

Innledningsvis til dette punktet vil vi understreke at vi går inn for en midlertidig 3+3-modell ved UiS med opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisინutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger og der UiS på selvstendig kjøp gis gradsrett. Vi mener at etablering av et slikt studium ved UiS verken går på bekostning av eksisterende samarbeid med UiB og SUS eller eksisterende samarbeid med UiB i primærhelsetjenesten i vår region. Argumentene for støtte til UiS sin 3+3 modell går fram av vårt svar til dette punktet i spørsmål 4a). Vi henviser derfor til dette.

Vi mener 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. I vår region har vi gode forutsetninger, vilje og evne, til samarbeid i viktige saker regionalt. I dette tilfelle til beste for kommune- og helse-Norge.

Vi leser Grimstadutvalgets rapport og anbefalinger for regionen som ikke bare å handle om et trekantssamarbeid (UiS, SUS og UiB), men om et firepartssamarbeid, der den store utnyttede kompetanse som befinner seg i primærhelsetjenesten i regionen også skal inkluderes. Slik vi leser rapporten, anbefales også samarbeid med andre helseforetak enn Helse Stavanger/SUS. 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 undervisningsinstitusjon og praksisfeltet.

For oss vil en nærhet mellom praksisfeltet og UiS utløse engasjement og ressurser som det ikke vil være mulig å få eller benytte i mer sentraliserte ordninger. Regionen er sterkt engasjert i satsingen innenfor helseområdet og i HelseCampus Stavanger på Universitetsområdet spesielt, der også nye SUS skal inn i 2023.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisინutdanninger

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 medisინutdanninger 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 medisინutdanningen, 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.

Vi vil som praksisfelt inngå forpliktende avtaler om praksisstudier dersom en medisინutdanning ved UiS blir en realitet. Vi støtter Grimstadutvalgets anbefalinger om rammevilkår for praksisstudier.

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 kunnskapen om omfanget av og innholdet i slike praksisplasser er liten. Det er grunn til å tro at mange opparbeider praksis knyttet til studier i utlandet gjennom lønnet arbeid som assistent i helsetjenesten. Frigjørings-effekten vil derfor trolig være lav, selv om noe utligning vil kunne forekomme.

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 medisინutdanningen skal være et seksårig integrert studium. Dette er fordi at utviklingen i både medisინutdanning 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 medisინutdanningene. Disse utvalgsmedlemmene vektlegger også at modellen baserer seg på et skille mellom preklinikk og klinikk som ikke samsvarer med moderne medisინutdanning, 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 medisnutdanningen 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 medisnutdanningen for fullføring av de tre siste årene i Stavanger i tråd med UiS sin 3+3-modell. UiS-modellen vil:

Resultere i en rask opptapping av utdanningskapasiteten i Norge
Norge vil få uteksaminert 70 nye leger årlig allerede tre år etter opptak.

Styrke utenlandsstudentenes kompetanse

Norske utenlandsstudenter vil få de siste tre årene av sin medisnutdanning langt mer tilpasset norske forhold og forskriftskrav

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 medisnutdanning ved UiS..

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 av forskningen innenfor medisinsk utdanning kommer fra USA og Canada. Der bygger selve medisinstudiet i stor grad på annen bachelorutdanning, og har en noe kortere varighet enn vi er vant med fra Europa. Selv om disse utdanningssystemene ikke er direkte sammenlignbare er det mulig å hevde med fremragende utdanninger i Nord-Amerika at det er mest vesentlig å sikre sterk grad av integreringen i siste halvdel av studiet. Det er mulig å bygge opp et studieprogram der man gjennom de tre siste studieårene sikrer at RETHOS-krav blir oppfylt, selv om studentene blir tatt opp med grunnlag i basal medisinsk utdanning fra ikke-integrerte studieprogrammer i utlandet.

Ved å inkludere utøvende leger tett i det akademiske og medisinfaglig fellesskapet fra og med utarbeidelsen av studieplanen, og i selve gjennomføring av studiet, styrkes grunnlaget for felles forskning og en forskningsbasert utdanning.

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.

Konklusjon:

Kommuneoverlegene i sør Rogaland viser til ovenstående og gir dette som høringsuttalelse.

Kommuneoverlegene i sør Rogaland mener at det snarest mulig må etableres en midlertidig 3+3 år studiemodell ved UiS samtidig som det planlegges et 6 årig integrert studieprogram ved UiS.

Kommuneoverlegene i sør Rogaland mener at UiS må gis selvstendig gradsrett.