

Bakgrunn

Onsdag 25. september 2019, ble Grimstad-utvalgets anbefalinger overlevert til forsknings- og høyere utdanningsminister Iselin Nybø. Utvalget har vurdert antallet fremtidige legestudenter i Norge og hvordan det kan utdannes flere leger enn i dag. I denne høringen ønsker vi å belyse utdanningen av flere legestudenter tilknyttet til Rogalandsområdet.

Grimstad utvalgets forslag

Utvalget foreslår at det opprettes 440 nye studieplasser på medisin i Norge. For å oppnå dette, foreslår utvalget at universitetene øker bruken av desentraliserte studiemodeller. I tillegg foreslår utvalget 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 slik at denne må styrkes betydelig fremover.

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

Utdanningskostnadene dekkes i dag av den enkelte studenten og studiet finansieres gjennom Statens lånekasse. Universitetene i Norge slipper å ta utgiftene. Land i Øst-Europa har en kvalitativ god medisinstudie og de utenlandske studentene er en velkommen inntektskilde i disse landene.

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.

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

Vårt helsevesen er bygget opp annerledes med lange praksisperioder i allmennpraksis. I tillegg inneholder undervisningen i Norge lovgrunnlagene innenfor vårt helsevesen, som helsepersonelloven osv.

Grimstadutvalgets rapport viser at Norge utdanner langt færre leger enn land vi ellers pleier å sammenligne oss med. Rapporten viser i klartekst at Norge i denne sammenheng er i selskap med land som vi ellers ikke sammenligner oss med på andre parametere om helse. Mangel på helsepersonell er en stor helseutfordring på verdensbasis. Det kan derfor også anføres etiske dilemmaer ved at så mange norske studenter opptar studieplasser i utlandet.

Punkt 1c: Hvordan blir din organisasjon berørt hvis det en større andel blir utdannet i Norge?

Vi blir positivt berørt. Rogalandskommunene har allerede hatt flere møter gjennom hele året 2019 og det er stor entusiasme for en legeutdanning i Stavanger, samt at utdanningsplanen ved UiS er drøftet med kommunene. Samarbeidet mellom kommunene, SUS og UiS har vist sterk vilje og et stort ønske om å få dette til. På tvers så ser vi en mulighet for gevinster i utdanningen og i primærhelsetjenesten om vi får integrert akademia og praksis i større grad enn i dag.

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 fellesmøter mellom UiS og Rogalandskommunene viser at det er et stort potensial for økt ressursutnyttelse av Rogalandsregionen hva gjelder faglige ressurser ved SUS, UiS og i kommunehelsetjenesten i regionen. 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 innenfor allmennmedisin og samfunnsmedisin ved sykehjem, kommunale akutte døgnplasser, legevakter, miljørettet helsevern, helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Punkt 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 erfaring med nyutdannede leger både fra utlandet og fra Norge. Vår erfaring er at de utenlandske legene som stort sett kommer fra Polen, Slovakia og Ungarn er faglig absolutt på høyde med de norsk utdannede. Våre erfaringer utelukkende positive og vi har ikke opplevd forskjeller i kompetanse, tvert imot!

Punkt 1e: Hvis ja, hva består forskjellen i?
Svaret er nei, se punkt 1d!

Punkt 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?

Vi er enige med Grimstadutvalget i vurderingen at en studiemodell der teoretisk kunnskap og klinisk praksis er integrert gjennom hele studieløpet er i tråd med internasjonale anbefalinger og ønskelig uansett utdanningsnivå!

Punkt 2:

Studieplasser og gradsrettigheter

Dagens situasjon for Lis 1

I dag er det 950 LIS1-stillinger. Årlig uteksamineres omtrent 1200 norske leger fra fakulteter i Norge og utlandet. Vi ser at det er nå en annen kjønnsfordeling en tidligere med rundt 70% kvinnelige legestudenter og 30% mannlige legestudenter, noe som vil prege arbeidsmarkedet og arbeidssituasjonen i årene som kommer. Per dags dato studerer rundt 30 % av medisinstudentene i utlandet (flest i Polen, Slovakia og Ungarn). Utvalget foreslår en regulering av det totale antallet nordmenn som studerer medisin. Vi mener at antall medisinstudentene må ses i sammenheng med den fremtidige demografien i Norge og med arbeidssituasjonen for nyutdannede leger fremover.

Utvalget foreslår å bruke Lånekassen som virkemiddel for å regulere antall medisinstudenter i utlandet. Dette må gjøres på en måte som er preget av rettferdighet, tydelig informasjon og god kommunikasjon til dem det gjelder. Studiegebyrer i landene i Øst-Europa ligger ved rundt 100.000 til 150.000 årlig. Det vil derfor ikke være akseptabelt om det ender opp med at norske studenter i utlandet starter på et studieløp i god tro, som de ikke får råd til å fullføre. Vi mener derfor at alle norske medisinstudenter som i skrivende stund studerer i utlandet må få støtte til å fullføre den. Alt annet vil være en urimelig og usosial løsning. Vi er glad for at utvalget understreker at ingen av dagens medisinstudenter skal rammes av eventuelle endringer i finansieringen.

Praksis ved norske sykehus

Det er positivt at utvalget foreslår en strukturert hospitering og mer praksis som norske medisinstudenter i utlandet skal få ved norske sykehus. Det er viktig med relevant praksis i norsk helsevesen, både i primær -og spesialisthelsetjenesten, for de legene som studerer i utlandet.

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

Vi mener at studieplassene må økes nasjonalt tilsvarende 80 % for å dekke det fremtidige behovet spesielt i kommunehelsetjenesten.

Punkt 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?

Det bør åpnes for at flere enn dagens fire universiteter med gradsrettigheter i medisin tilbyr legeutdanningen. Dette bør skje gjennom en hel grad på UiS i Stavanger!

Begrunnelse for å velge Stavangerregionen:

Et av tiltakene utvalget foreslår for å øke utdanningskapasiteten i Norge, er å benytte Stavanger-regionen som studiested. Det er uenighet i utvalget hvorvidt Stavanger skal være en satellitt til UiB eller et eget studiested. Kommunehelsetjenesten i Rogaland er opptatt av at Stavanger-regionen utnyttes bedre enn i dag for å øke utdanningskapasiteten. Det er viktig for Stavanger regionen blir prioritert også med hensyn til et eget studiested og ikke som UiB campus i tilknytning til UiB. UiS har allerede hatt positive dialogmøter med Rogaland kommunene i henhold til en mulig fremtidig legeutdanning. Planen er her å etablere et 3 årig legestudiet og å ta tilbake en del av de utenlandske legestudentene (UiS kan ta imot 70 legestudenter i året). Dette vil være mulig på grunn av det gode forarbeidet som allerede har blitt gjort i dialog mellom UiS og kommunene i Rogaland. Videre må det nevnes at studiegebyrene for de utenlandske medisinstudentene ligger ved 100.000 til 150.000 kroner i året. Etter fullført legestudiet vil disse legene starter i arbeidslivet med flere hundre tusen kroner mer i studielån og stipend enn sine norske medstudenter. Vår erfaring med LiS1 legene fra Øst-Europa viser at disse studentene er faglig på høyde med sine norske legestudenter. SUS har i flere år hatt en samarbeidsavtale med Semmelweis universitetet i Budapest og opparbeidet seg god kompetanse for å ta imot norske medisinstudenter fra Øst-Europa. Ordningen har fungert godt med en vinn- vinn situasjon for begge parter. UiS og Rogalandskommuner er allerede godt faglig rigget til å begynne med en ny utdanningsmodell med fokus på primærhelsetjenesten. Vi mener dessuten at vi gjennom et samarbeid med et av Norges største sykehus (SUS) vil være i stand til å styre legeutdanningen fra UiS på et høyt faglig og forskningsmessig nivå. Det bygges for tiden et av Norges mest moderne sykehus ved Ullandhaug med tett tilknytning til UiS på campusområdet. Dette vil føre til synergieffekter mellom forsknings og læringsmiljøet ved Ullandhaug og universitetets campus i Stavanger. Stavanger regionen har også langt færre statlige arbeidsplasser enn andre deler av landet. Vi mener derfor at dette må tas inn i en helhetsvurdering, spesielt med bakgrunn i regionens avhengighet av oljesektoren som er midt i en krevende omstilling til et grønt skifte fremover.

Modellen som er planlagt i Stavanger er en nytenkende modell med praksis over et lengre tidsrom i primærhelsetjenesten ved at praksis er i reduserte dager i uken men over lengre tid. Det vil gi rom for modning i oppgavene og forståelse av hvordan kommunehelsetjeneste fungerer. Den kunnskapen legene vil tilegne seg i en slik modell tror vi vil ha betydning både for fremtidige pasientmøter mellom leger og innbyggere, rekruttering til kommunene og for fremtidig samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Det må inngås avtale med UiS om ansettelse av spesielt dedikerte fagpersoner fra kommunene som skal være veiledere. Den ressursen må kunne nyttes til all veiledning av legestudenter og i spesialiseringsløpene for leger. (også relevant for punkt 3b) Det vil være avgjørende at kommunen får økonomisk betingelser for samarbeidet.

Punkt 3: Premisser for økt kapasitet i norske medisnutdanninger:

Grimstadutvalget foreslår at mer praksis bør foregå i kommunehelsetjenesten. Vi mener at Stavanger modellen med nærhet mellom til studiecampus ved UiS og et nytt fremtidig Universitetssykehus vil sikre en kvalitativ god legeutdanning de siste 3 årene. Positivt er dessuten et nært og bredt samarbeid mellom undervisningsinstitusjon, sykehus og kommunene.

Vi er sikkert at en nærhet mellom praksisfeltet og UiS vil utløse et stort engasjement i Stavangerregionen. Dette vil etter vår mening føre til en god ressursutnyttelse og ressurser som det ikke vil være mulig å få eller benytte i mer sentraliserte ordninger. Regionen er sterkt engasjert i satsingen innenfor risikostyring og helseområdet og i HelseCampus Stavanger på Universitetsområdet spesielt, der også nye SUS skal inn i 2023

Oppbygning av et nytt universitetsmiljø i medisin med gradsrett til UiS vil bety økt kunnskap og økt praksis som vil føre til økt kompetanse, verdiskaping og muligheter for et utdanningsløp utenom det etablerte med en sterkere fokus på den allmennmedisinske utdanningen. Legges nye studieplasser kun til institusjoner med etablert medisinutdanning, ser vi dette som en kanalisering både av eksisterende og nye ressurser og kompetansebygging ut av regionen og til andre deler av landet. Vi ser dagens ordning innebære noen utfordringer for en stabil og nødvendig legerekruttering. Mange Lis 1 legene fra Østlandet vil ikke bli værende i Stavanger området etter fullført Lis 1 tjeneneste og søke seg tilbake til Østlandet for å fullføre Lis 2 og Lis 3 utdanningsløpet.

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.

Vi ser UiS som en motor i regionen for utdanning, kunnskapsutvikling, omstilling og verdiskaping. Derfor er vi opptatt av at UiS fra nasjonalt hold gis gode betingelser for vekst og utvikling i årene framover, særlig på områder der forholdene ligger til rette for det – som medisinutdanning til UiS.

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.

Vi vil som praksisfelt inngå forpliktende avtaler om praksisstudier dersom en medisinutdanning ved UiS blir en realitet.

Vi støtter Grimstadutvalgets anbefalinger om rammevilkår for praksisstudier som fremkommer i punktene Q-S.

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 for tidlig 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. Frigjøringseffekten kan øke dersom

finanseringen fra staten vil føre til et større engasjement i kommunehelsetjenesten. Vi mener derfor at legeveiledere bør ansettes i minst 20 % stillinger ved UiS. Det vil være avgjørende for primærhelsetjenesten at kommunene får gode nok økonomiske betingelser som dekker utgiftene til legeutdanningen.

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)?

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 medisინutdanningen for fullføring av de tre siste årene i Stavanger i tråd med UiS sin 3+3-modell. UiS-modellen vil:

Resultere i en rask opptrapping av utdanningskapasiteten i Norge

Norge vil få uteksaminert 70 nye leger årlig tre år etter opptak. Dette vil bidra til en rask opptrapping av norsk utdanningskapasitet. Legges nye studieplasser til universitetene med etablert medisინutdanning, vil kandidatene først bli uteksaminert seks år etter opptak. For staten vil det medføre lavere utgifter med UiS sin treårs-modell enn for et seksårig studieprogram.

Styrke utenlandsstudentenes kompetanse

Faglig sterke norske utenlandsstudenter vil få de siste tre årene av sin medisინutdanning langt mer tilpasset norske forhold og forskriftskrav. Utdanningene i utlandet er ikke nødvendigvis tilpasset nye RETHOS-krav og gir ingen kunnskap om norsk helsevesen og helsebehov. Begge disse svakhetene utlignes dersom utenlandsstudenter i medisin tar de tre siste studieårene ved UiS.

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 medisინutdanning ved UiS. Nærhet mellom studiecampus og ansvarlig institusjon (UiS) vil sikre en effektiv og fleksibel gjennomføring av studieprogrammet og i stor grad medvirke til et nært og bredt samarbeid mellom undervisningsinstitusjon og praksisfeltet. Dette lar seg vanskelig realisere i mer sentraliserte ordninger.

Styrke medisინutdanningen nasjonalt

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

- Fornye medisინutdanningen i Norge med vekt på studentsentrert læring, allmennlegeperspektivet 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 på primærhelsetjenesten
- Bidra til verdifulle erfaringer om styrker og svakheter i gjennomføring av et helt nytt studieprogram med sterk medvirkning fra kommune- og spesialisthelsetjenesten som kan nyttiggjøres i utviklingen av et integrert seksårig studium.

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

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. Vi er trygge at de utenlandske medisinstudentene som i mesteparten kommer fra Polen, Ungarn og Slovakia vil være minst likegodt utdannet i de nødvendige fagene etter 3 års utdanningsløp for å fortsette utdanningen i Norge.

Ved å inkludere praktiserende 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. Vi ser for oss, som tidligere nevnt, at praksisveileder i allmennmedisin vil bli ansatt i 20 % stillinger ved UiS.

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.

Punkt 5: Andre innspill: se punkt 2b begrunnelse for Stavangerregionen!

Vår Konklusjon:

Utvalget har gjort et grundig arbeid og pekt på viktige fremtidige utfordringer. Vi mener at det er uetisk Norge med alle sine ressurser kjøper studieplasser i andre land når land som Danmark de siste årene har økt sin utdanningskapasitet over 1000 legestudenter mens Norge ligger langt under 1000.

Rapporten kommer med flere gode forslag. Vi mener at det er viktig med:

1. Å øke utdanningskapasiteten i Norge i henhold til å dekke min 80 % av legebehovet fremover selv
2. Å styrke Stavanger regionen med statlige arbeidsplasser i fremtiden
3. Å gjøre ordningene for praksis i Norge for utenlandsstudenter mer rettferdig og mer målrettet mot et økende behov for legestillinger i primærhelsetjenesten
4. Å etablere en robust legeutdanning i Rogalandsregionen med sterkere fokus på primærhelsetjenesten med flere hands on pasient timer
5. Å bidra ytterligere i nasjonal sammenheng med medisinfaglig forskning og utdanning av leger
6. Å etablere en robust legeutdanning i Rogalandsregionen med sterkere fokus på primærhelsetjenesten
7. Å styrke samhandling mellom SUS omkringliggende kommuner for å bidra i utdanningen