

Kunnskapsdepartementet (KD)  
Postboks 8119 Dep  
0032 OSLO

Hjemmel u.off:

Vår ref: 2020/102 - IAKK

Deres ref: 19/4959

Dato: 13.02.2020

## **Høring - Grimstadutvalgets utredning: Studieplasser i medisin i Norge - behov, modeller og muligheter. Svar fra Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS).**

Vi viser til høring om Grimstadutvalgets utredning mottatt 14.11.19 og takker for muligheten til å komme med innspill. Vårt innspill er basert på tverrfaglige diskusjoner på sykehuset.

Haraldsplass Diakonale Sykehus har så lenge det har vært medisinutdanning ved Universitetet i Bergen (UiB) vært delaktig i utdanning av medisinstudenter både gjennom undervisning og praksis. I den foreslåtte modellen Vestlandslegen fra UiB er HDS en sentral samarbeidspartner i gjennomføringen av de første tre studieårene sammen med Helse Bergen og kommunesektoren i regionen. Sammen med Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde har man et stort potensial for medisinutdanningen på Vestlandet med den samlede løsningen Vestlandslegen foreslår. HDS har, som lokalsykehus for 145.000 personer i Bergensregionen, et stort potensiale for å bli en større aktør i medisinutdanningen enn på nåværende tidspunkt. Sykehuset har nylig flyttet inn i nytt sengebygg hvor man har tatt i bruk nye teknologiske løsninger og arbeidsprosesser. HDS støtter utvalgets anbefaling om å øke antall studieplasser i medisin i Norge og har kapasitet til å ta imot flere medisinerstudenter enn vi gjør i dag.

Under følger Haraldsplass Diakonale Sykehus sine tilbakemeldinger på høringsbrevets spørsmål:

### **1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet**

a) *Hvilke fordeler er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?*  
Tradisjonelt sett har man i Norge hatt mange leger som er blitt utdannet i utlandet, og dette har gitt viktige faglige impulser. Økonomisk sett har disse ordningene vært gunstige for Norge da hver student har tatt på seg mye av kostnadene for utdanningen selv, enten ved hjelp av lån fra Lånekassen eller andre måter. For noen av studiestedene har dette blitt kommersielle gode avtaler, der utdanningsforløpet har blitt tilpasset norske studenter med undervisning på andre språk enn landets morsmål.

b) *Hvilke ulemper er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?*  
Studiestedene som ikke er fullfinansierte kommersialiserer medisinstudiet sin og legger opp til undervisning på engelsk eller tysk. Praksis må organiseres av studenten selv og gjennomføres stort sett i norske sykehus. Dette kan føre til mangelfull opplæring og mangelfull erfaring i kommunikasjonsferdigheter, kultur, systemforståelse og forståelse for omsorg – og helsetjenesten i Norge. Denne forståelsen er viktig å inneha i starten av LIS-1 tjenesten.

Det er allerede stor konkurranse rundt LIS-1 stillingene, der søkerne og sykehusene bruker mye tid og ressurser på rekrutteringsprosessen. Velger man å øke opp utdanningsplasser i Norge, vil man lykkes ved å innskrenke utenlandske plasser og ved å gi ressurser til å øke opp LIS-stillinger.

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

I den foreslåtte modellen Vestlandslegen fra UiB er HDS en viktig samarbeidspartner for universitetet sammen med Helse Bergen og kommunesektoren for gjennomføringen av de første tre studieårene. Sykehuset vil få en markant økning av studenter i praksis sammenlignet med dagens modell. Et sentralt aspekt i modellen med Vestlandslegen er ønsket om å rekruttere medisinstudenter som blir i landsdelen etter endt utdanning. Slike modeller bidrar til at kapasiteten i helsetjenesten i utdanningsøyemed blir bedre utnyttet, og sikrer en bedre planleggingshorisont både for kandidatene selv og for helsetjenesten regionalt. Modellen forutsetter et utvidet samarbeid mellom studienivåene og mellom utdanningsinstitusjon, foretak og kommunehelsetjeneste. Med vår tette lokasjon med UiB og Alrek Helseklynge, Helse Bergen og VID vitenskapelige høyskole, muliggjøres også bedre sambruk av studentarealer i området.

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

e) *Hvis ja, hva består forskjellen i*

HDS er et populært arbeidssted for nyutdannede leger og har stor tilslutning til sine LIS-1 stillinger. Sykehuset opplever at leger utdannet i utlandet har større utfordringer rundt kunnskap om journalsystem og andre viktige IT-systemer som brukes i den kliniske driften i sykehuset. Vi har også opplevd store forskjeller mellom norske og utenlandske studenter i grunnleggende ferdigheter som undersøkelsesmetodikk og anamneseopptak.

f) *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?*

Vi ser det som veldig hensiktsmessig at teori og praksis går hånd i hånd i legeutdannelsen. Vi ser det som svært nyttig for studentene å kunne bruke teori i praksis og får en synergieffekt av dette.

## **2. Studieplasser og gradsrettigheter:**

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

HDS støtter utvalgets tilrådning om å øke utdanningskapasiteten for leger i Norge i tråd med WHO-koden for rekruttering av helsepersonell slik at Norge har studieplasser nok på medisin til å utdanne 80% av det nasjonale behovet. Haraldsplass har utnyttet potensial for praksis og utdanning på sykehuset, der vi ved hjelp av en bedre modell kan fordele studentene jevnere gjennom døgnet og året. Med finansiell støtte til akademiske stillinger og administrative ressurser, vil dette kunne bli en god utnyttelse av potentialet som ligger i sykehuset vårt.

- b) *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 er viktig å holde på de allerede sterke utdanningsinstitusjonene vi har i Norge i dag, og det bør ikke åpnes for flere enn dagens fire universiteter som har gradsrettigheter i medisin. Ved en spredning av studiestedene frykter vi rekrutteringsutfordringer til lærestedene, som igjen vil føre til redusert kvalitet på utdanningen og oppfølgingen av studentene. Vi støtter videre Grimstadutvalgets anbefaling om å beholde 6-årig studieforløp for medisin.

### **3. Premisser for økt kapasitet i norske medisnutdanninger**

- a) *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 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.*

Haraldsplass Diakonale Sykehus tar årlig imot studenter i praksis fra ulike studieår fra medisnutdanningen ved UiB og har tradisjonelt vært medisinstudentenes første møte med klinikken og pasientene. Etter innføring av studieplan Medisin 2015 ved UiB har sykehuset i betydelig mindre grad enn tidligere blitt brukt som praksisarena, og sykehuset er både interessert i og vil legge til rette for økt bruk i legeutdanningen fra UiB. Vi er innstilt på å finne gode løsninger gjennom avtaler og praktisk tilrettelegging både når det gjelder undervisningsarealer, undervisningsarenaer og bruk av våre kliniske avdelinger i en økt legeutdanning gjennom modellen Vestlandslegen.

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

HDS har til enhver tid mellom fire og seks medisinstudenter fra utlandet i ulike praksisopphold i våre klinikk,er og det brukes mye tid for å legge til rette for at studentene skal oppnå læringsmålene fra utdanningsstedet med veiledning fra våre ansatte. Om denne andelen gikk ned ville man frigjort praksisplasser for norske medisinstudenter.

### **4. Modell med opptak av norske studenter fra utlandet**

- a) *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)?*

Haraldsplass Diakonale Sykehus støtter utvalgets tilrådning om å bygge videre på eksisterende samarbeid om medisnutdanning mellom UiB, Helse Bergen, Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Førde og HDS. Sykehuset tror at en gjenhenting av studenter fra utlandet vil skape for store ulikheter og kvalitetsforskjeller sammenlignet med studentene som går hele utdanningen i Norge. For å kunne få til den 6-årige modellen som er foreslått i Vestlandslegen vil det være viktig med et fortsatt godt samarbeid mellom UiB og SUS for en god gjennomføring av de tre siste årene av denne modellen.

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

HDS ser det som viktig at studiemodellen for medisinstudiet har integrert teoretisk kunnskap og klinisk undervisning og praksis gjennom hele utdanningsløpet. En 3+3-modell vil skape ulike kunnskapsgrunnlag gjennom utdanningen og antas å utdanne leger med ulike kvaliteter.

Med vennlig hilsen

Kjerstin Fyllingen  
Administrerende direktør



Petter Lave Thornam  
Viseadm. direktør og fagdirektør