

# Høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF på Grimstadsutvalgets utredning «Studieplasser i medisin i Norge Behov modeller og muligheter»

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker for muligheten til å avgi høringsuttalelse i den viktige saken om behov, modeller og muligheter for studieplasser i medisin i Norge. Uttalelsen baseres seg på prosess internt der saken har vært diskutert i UNNs ledermøte (foretaksledelsen) og etter en bred høringsrunde i organisasjonen. Nedenfor følger våre uttalelser på de punktene som er løftet frem i høringsbrevet.

## ***1a) Hvilke fordeler er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?***

Det er vesentlig rimeligere for Norge å utdanne ungdommen vår i land med lavere kostnader enn i Norge.

Det at vi kjøper studieplasser i utlandet kan også bidra til å utvikle de universitetene som tilbyr internasjonale medisinstudier.

Den internasjonaliseringen utdanning i et annet land medfører kan gi en positiv effekt for studentene. Norge er et lite land, men har et økende etnisk og kulturelt mangfold. I tillegg til at studentene fra Norge lever i et annet land og en annen kultur under studiene, møter de et bredt internasjonalt spekter av studenter fra ulike land. Det kan bidra til bedre forståelse for kulturelt mangfold, internasjonalisering og global ressurstilgang.

## ***1b) Hvilke ulemper er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?***

I Norge har vi definert at vi har behov for et stort antall leger pr. innbygger og må også kunne utdanne dem selv, ikke legge beslag på andre, mindre rike lands ressurser for å dekke våre egne behov. Leger med utdanning fra utlandet vil gjerne ha mindre kjennskap til og kunnskap om norsk helsevesen og den norske velferdsstaten. Praksis er i noen land mindre integrert i studiene enn i Norge, og tverrprofesjonalitet er vektlagt i langt større grad i utdanningene i Norge enn i mange andre land. I sum kan disse forskjellene ha betydning for kvalitet i tjenestene.

Vi sender nå ressurser ut av Norge. Disse kunne brukes til å ytterligere bygge våre egne medisinske/akademiske miljø. Ved å øke studiekapasiteten i Norge kan midlene vi bruker ute, heller styrke utdanningen og forskningen ved norske universiteter. UNN støtter forslaget om redusert finansiering fra lånekassen til utenlandsstudier i medisin.

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

Flere studenter medfører økt krav til lokaliteter, undervisningslaboratorier, grupperom, IT-utstyr, undersøkelses utstyr, økt kapasitet i simuleringssenter osv. I UNN Tromsø er kapasiteten i ferd med å bli sprengt på en del undervisningsrom og nødvendige lærerkapasiteter. Her vil vi i samarbeid med UiT måtte omorganisere studieplanen og undervisningsplanene for å få til en maksimalt effektiv bruk av ressursene. I en del tilfeller vil vi måtte se på mulighetene for å gjennomføre undervisning på ettermiddagstid.

Vi må også øke antall undervisere til gruppeundervisning som utgjør en stor andel av undervisningen på medisinstudiet ved UiT, både i noen basalfag og ikke minst i kliniske fag der undervisningen de fire første studieårene i all hovedsak foregår i UNN og noe i primærhelsetjenesten. Vi forutsetter en studieplassfinansiering som også dekker denne type økte utgifter.

Grimstadutvalget slår fast at UiT i Helse Nord, hovedsakelig i samarbeid med UNN, utdanner klart flest leger pr. innbygger sammenlignet med de andre regionene og universitetene. Dette merker vi, praksisplasser er allerede i ferd med å bli en utfordring. Ved et eventuelt økt opptak vil vi trenge flere praksisplasser i somatiske sykehus, i allmennpraksis og i psykiatrien. I Tromsø vil vi ved en økning av studenttallet måtte legge om det store praksisåret vårt på 5. året for å utnytte praksisinstitusjonene enda tettere i løpet av hele året. Dette kommer til å forutsette et godt samarbeid både med både allmennpraksis, psykiatri og sykehus. Her vil behovet for flere kvalifiserte veiledere melde seg, og institusjonene må sikres en synlig finansiering for det utdanningsansvaret de har/tar på seg. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten. Vi viser til UiT's innspill til arbeidet med Grimstadutvalgets rapport.

En økning i studenttallet ved UiT vil medføre ytterligere økt press på UNN som undervisningsarena i kliniske fag, særlig de fire første studieårene. Som anført i innspill til Grimstadutvalgets arbeid er spesialisthelsetjenesten er allerede pålagt betydelige omstillingskrav. Undervisning av medisinerstudentene krever mye ressurser alle studieår, og det er en forutsetning at UNN tilføres ekstra, øremerkede ressurser dersom flere leger skal utdannes ved UiT. Det vil også være viktig å ytterligere endre den praktisk-kliniske undervisningen med mer bruk av poliklinikker og dagenheter og mindre fokus på sengepostene som undervisningsarenaer.

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

Det er store individuelle variasjoner mellom de nyutdannede legene. I enkelte tilfeller ser vi i UNN forskjeller i kompetanse mellom leger utdannet i Norge og leger utdannet i utlandet, særlig i begynnelsen av tjenesten. Erfaringen tilsier at disse forskjellene utjevnes et stykke ut i tjenesten. Dersom det er språkutfordringer i tillegg forsterkes forskjellene. Mye praksis fra norsk helsetjeneste i løpet av studietiden kompenserer for noen utenlandsstudenter for forskjellene i omfang av praksisundervisning i studiet.

**1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?**

De som har studert i utlandet bruker ofte lengre tid på å sette seg inn i en del praktiske forhold, og bruker lengre tid per pasient. Større fokus på opplæring i kommunikasjon, undersøkelsesmetodikk og andre praktiske ferdigheter ved de norske utdanningsinstitusjonene gjenspeiles i dette.

**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?**

I Norge startet en slik integrasjon av basalfag og klinikk, og teori og praksis i medisinerstudiet med Tromsømodellen i 1973, der møte med pasienter er integrert gjennom hele studiet med oppstart allerede i første studieår og videre med utplassering i landsdelens sykehus og primærhelsetjeneste i 5. studieår. Siden 2009 og 2016 har større grupper av studenter kunnet ta hele 5. og 6. studieår i henholdsvis Nordland (Bodø/Salten) og Finnmark (Hammerfest, Alta og Karasjok). Samme type integrerte studiemodell utvikles også i de andre helsefagene ved Det helsevitenskapelige fakultet i Tromsø.

Dette bidrar til at studentene og de ferdige legene har mer kjennskap til pasientenes liv og levekår samt geografiske og demografiske utfordringer når de ut-eksamineres. Både ved UiT og ved UNN mener vi at en slik integrert modell er av stor betydning for utdanningen av gode leger.

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

Det er rimelig ut fra et prinsipp om at Norge må sørge for å utdanne eget helsepersonell.

**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?**

Nei. De store ressursene dette vil kreve bør heller brukes til å bygge ut de eksisterende studiene med varige og desentraliserte studieløp knyttet til de mer kliniske delene av studiene. Dette etter modell av Finnmarksmodellen og Bodøpakken ved UiT, og Levangermodellen ved NTNU. De eksisterende medisinske fakultetene i Norge vil samlet sett mer effektivt kunne utvide kapasitet til å ta imot flere legestudenter, enn om man bestemmer å bruke ressurser på å bygge opp et femte studiested fra grunnen av. Hvis man starter noe nytt er det særlig oppbygning av basalfagsundervisning og forskning samt kostbare laboratorieplasser som vil være en utfordring.

Begrensningene og utfordringene ligger som kjent i tilgangen til tilstrekkelig med praksisplasser. Å øke antallet gradsgivende institusjoner knyttet til medisin bedrer ikke i seg selv utfordringene med å skaffe tilstrekkelig med plasser. Vi får kun en institusjon til som skal være med å dele på en allerede godt utnyttet ressurs, og som de ulike eksisterende institusjonene har beskrevet utfordringer med. Her har vi Norge å ta av. De fire studiestedene har delt helseregionene mellom seg. UiT henter

praksisplasser i Helse Nord. Vi er avhengige av at praksisinstitusjonene har ressurser og kapasitet til å ta imot flere medisinerstudenter.

**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 medisinerutdanningen, 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.**

UiT og UNN forutsetter en studieplassfinansiering som dagens, og at en slik også i fortsettelsen vil dekke våre utgifter. UiT og Helsefak har i tillegg pekt på behovet for en synlig og forutsigbar finansiering av utdanningsoppgaver og praksis i primær- og spesialisthelsetjenesten, og UNN vil understreke betydningen av dette.

UNN har vesentlige oppgaver i dagens medisinerutdanning, da særlig knyttet til praktisk klinisk undervisning i studiets andre, tredje og fjerde år, samt femteårspraksis for en andel av studentene. Med dagens studenttall utgjør den praktisk kliniske undervisningen i UNN totalt drøyt 550 timer på andre studieår, over 900 timer på tredje studieår og nesten 1800 timer på fjerde studieår. Det vil også bli økt behov for arealer, utstyr, eventuelle kostnader ved å ha undervisning utover normal arbeidstid, særskilt innkalling av pasienter til klinisk undervisning mm. Alt dette må særskilt finansieres.

Ved en økning i studenttallet ved UiT vil det kunne være en mulighet at UNNs øvrige lokalsykehus tas i bruk som undervisningsarena for 6. studieår, på linje med Hammerfest og Bodø i dag. Dette vil kunne bidra til å sikre bedre legerekuttering til Hålogalandsregionen, det vil understøtte en positiv utvikling i disse lokalsykehusene og vil kreve økte ressurser på samme måte som etablering og drift av Finnmarksmodellen har krevd. Det vil kreve særskilt finansiering for å bygge opp den nødvendige vitenskapelige og undervisningsmessige kapasitet.

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

I dag er utenlandsstudentene i hovedsak i sykehuset i perioder der det er mindre undervisningsaktivitet i studiene i Norge, som i sommerferier og på forsommeren. Dersom det å utvide periodene der praksis for studenter ved norske læresteder blir aktuelt for å håndtere en økning i studenttallet kan en reduksjon i antall utenlandsstudenter til en viss grad kunne frigjøre praksisplasser.

**4a) Bør det etableres en modell med opptak av norske medisinstudenter som har tatt deler av medisinerutdanningen i utlandet for fullføring av de siste tre årene i Stavanger? Hvorfor (ikke)?**

Nei, da opprettholder man en gammel modell med pre-klinisk og klinisk del i studiet. Dette passer ikke med dagens integrerte studiemodell i Tromsø, RETHOS og tverrprofesjonelt samarbeid som spirallæring i studiet. Uansett ville dette medføre fortsatt bruk av andre lands studieplasser som de heller bør bruke selv. Ressursene bør brukes til å styrke de lærestedene vi allerede har for medisinstudiet. Det vil også være svært utfordrende og krevende å tilpasse en slik modell til den ulikhet i kunnskapsnivå som studenter fra ulike land og ulike utdanningsinstitusjoner nødvendigvis vil ha etter 2 eller tre års studier.

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

*Nei, se svaret på 4a).*

***4c) Hva er synspunktene på eventuell varighet for en slik ordning?***

Vi ønsker ikke en slik modell

**5. Andre innspill til høringen**

Det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten tilføres ekstra, øremerkede ressurser dersom antall studenter skal økes. Spesialisthelsetjenesten er allerede pålagt betydelige omstillingskrav både gjennom tildelinger på statsbudsjettet og ved at nye tilbud og den nye spesialistutdanningen for leger skal skje innenfor dagens budsjetttrammer. Undervisning av medisinerstudentene krever mye ressurser alle studieår.

I tillegg til det ovenstående vil det i Tromsø bli behov for en betydelig revisjon av studiet med sikte på å endre den praktisk-kliniske undervisningen (PKU). De siste 20 årene har spesialisthelsetjenesten hatt en betydelig omlegging av driften fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk. Liggetiden er betydelig redusert og turnover i kliniske avdelinger økt betydelig. Man må utvide undervisningstiden til også å inkludere ettermiddager og kvelder, i større grad benytte poliklinisk virksomhet, vurdere å leie inn pasienter som bor i nærheten av sykehuset og som kan bidra i undervisningen selv om de ikke har planlagt behandling ved sykehuset. En slik endring vil kreve en bred prosess planlagt i samarbeid mellom UiT og UNN.

UNN anbefaler at det gjøres en grundigere kartlegging av det samlede ressursbehovet og sikres øremerket finansiering dersom studenttallet ved UiT skal økes.