

## Økt opptak til medisinerstudiet - utredning av kapasitet og muligheter.

### Innledning

Helsefak og legeutdanningen er bedt om å svare på en bestilling med spørsmål og begrunnelser knyttet til mulighetene for økt opptak av medisinerstudenter. Se vedlagt brev og bestilling fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet.

Helsefaks dekan satte 18.10 ned følgende arbeidsgruppe som skal arbeide med å svare på bestillingen på vegne av Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT:

- Terje Steigen, prodekan klinisk undervisning. Leder av gruppa
- Eva Gjerdrum, Seksjonsleder Legeutdanningen
- Katrine Wennevold, Studieplansjef
- Gunnar Leivseth, Leder Programstyret medisin og instituttleder IKM
- Rolf Ole Lindsethmo, Hovedkoordinator praksis i sykehus
- May Lill Johansen, Hovedkoordinator praksis i primærhelsetjenesten
- Håkon Lindekleiv, Fag og forskningsdirektør, UNN
- Kevin Wang, medisinerstudent på 4. året og medlem av Programstyret for medisin

Mandat og arbeidsform:

Gruppen fordeler utredningsarbeidet mellom seg med utgangspunkt i hver deltakers kompetanseområde knyttet til oppgaven, og skal i arbeidet sitt involvere Instituttlederne ved ISM og IMB, Praksiskoordinatorerne i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark, stedsansvarlige i Hammerfest og Bodø og studieadministrasjonen ved Legeutdanningen. Gruppens mandat fremgår utover dette av bestillingen til fakultetene fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av KD. Vedlegg.

Dekanens gruppe har utarbeidet et første utkast til rapport som grunnlag for diskusjon i felles ledermøte mellom UNN og Helsefak den 26. november. Med utgangspunkt i hver gruppedeltakers kompetanse og er de blitt bedt om å svare på følgende spørsmål knyttet til bestillingen vi har fått. Se vedlegg.

1. Er det mulig å øke antallet studenter **innenfor dagens studiemodell** ved fakultetet f.o.m høsten 2020?
  - a. Hvis ja, oppgi antallet som kan tilbys og hvilke rammefaktorer som setter et tak.
  - b. Hvis nei, oppgi begrensende faktorer.
2. Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles? Siden det forrige spørsmålet knytter seg til dagens studiemodell, skal vi her beskrive og drøfte de mulighetene vi ser for **økt opptak med evt. nye omlegginger av studiemodellen**.
  - a. Beskriv et scenarium eller flere for hva som må til for økning av studenttallet.
  - b. Hvor mange studenter er det mulig å ta opp innenfor de scenarier som dere beskriver.

Den nasjonale arbeidsgruppa og departementet er spesielt opptatt av kapasiteten knyttet til praksisplasser både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Derfor er det viktig at rapporten er nøye med å beskrive:

1. Eventuelle utfordringer med kapasiteten på aktuelle praksisarenaer i dagens studiemodell og dagen opptak.
2. Utfordringer med praksisplasser ved økning av opptak innenfor dagens modell.
3. Kapasiteten i praksisplasser i en eventuell fremtidig ny studiemodell.

Rapporten og innspillene fra gruppens deltakere er delt inn i følgende tema:

- Praksis i primærhelsetjenesten
- Klinisk undervisning og PKU i primærhelsetjenesten
- Praksis i spesialisthelsetjenesten
- Klinisk undervisning og PKU i spesialisthelsetjenesten/UNN
- Praksis og klinisk undervisning i psykiatri
- Basisfag/preklinikk og teoretisk undervisning
- Innspill fra desentralisert utdanning 5. og 6. året i Bodø og Hammerfest
- Studentenes syn på økt opptak

**Vi gjør uttrykkelig oppmerksom på at dette utkastet er i en svært tidlig fase, innspillene er ikke behandlet i felles gruppemøte enda eller i organer ved Helsefak, og de er til dels sprikende i sine anbefalinger. Dette utkastet er satt sammen for at Felles ledermøte skal ha et godt diskusjonsgrunnlag i behandlingen av saken i sitt møte.**

### 1. Praksis i primærhelsetjenesten, 8 uker i 5. studieår

Studieåret 2018/2019 har vi 106 studenter i 5. års praksis, en økning på 18 studenter fra året før. Det var vanskelig for koordinatorgruppa å skaffe så mange nye praksisplasser i løpet av et år. Fra høsten 2019 har vi 116 studenter som skal ha praksis – dvs at vi trenger ytterligere 10 nye plasser, i tillegg til at vi må stabilisere plassene som ble skaffet sist. De negative svarene fra en del legekantor tyder på at det dels er mangel på kontorplass til student, og dels mangel på motiverte og kompetente veiledere. Flere av de meste erfarne allmennlegene i Nord-Norge er nå i ferd med å pensjonere seg, og en del fastlegehjemler står tomme. Med økt arbeidspress i allmennpraksis (av ulike årsaker) og uendret finansiering, er nyrekruttering utfordrende. Yngre leger mer interessert i fritid, og tar på seg færre oppgaver. Mange legekantor har også flere utdanningskandidater, både LIS 1 og LIS3, og de formelle kravene til både supervisjon og veiledning for disse har økt. Nå er det også kommet krav til formell kompetanse praksisveiledere i helseutdanningene. Vi ser det derfor ikke realistisk med ytterligere økning av antall praksisplasser innenfor dagens studiemodell og med dagens ressurser. Sannheten er at vi sliter med å skaffe nok plasser til de 116 studentene som skal starte i praksis til høsten. En prøveordning vi gjerne vil prøve ut i 2019 (inspirert av NTNU) er noen få dobbeltplasser, der to studenter deler på kontor, praksislærer og bolig.

En mulig fremtidig modell vil være å ha fire praksisperioder i året i stedet for tre. Da vil den fjerde gruppa ha praksis i primærhelsetjenesten fra midten av mars til slutten av mai. De studentene som er i den siste praksisgruppa må skrive sin masteroppgave tidligere på 5. året, og de vil få studentlisens to måneder etter de studentene som er i de tre første gruppene. Hvor mange ekstra praksisplasser en slik ordning vil gi, avhenger av hvor mange legekantor som kunne tenke seg å ha studenter fire perioder i året. I dag er det bare halvparten av de 42 kontorene vi har kontrakt med som tar imot tre studenter i året, resten tar to studenter i året. På grunn av problemene med rekruttering og stabilisering av de plassene vi allerede trenger med dagens studenttall, vil vi gi et forsiktig estimat på 10 mulige nye praksisplasser gjennom å øke til fire årlige praksisperioder.

### 2. Klinisk undervisning i primærhelsetjenesten

I følge den nye studieplanen fra 2012 skal allmennmedisin ha en sentral plass i undervisningen på alle studieår. De første fire årene er undervisningen casebasert, og allmennleger skal være med på

caseutvikling, caseveiledning og casegjennomgang i alle delemner. Dette sliter vi med å få til i dagens modell på grunn av store rekrutteringsvansker til akademiske stillinger i allmennmedisin ved UiT. Dersom studenttallet øker vil dette gjøre situasjonen vanskeligere. Å undervise i større grupper er ikke noe godt pedagogisk alternativ.

De tre første studieårene har studentene to dagers kortpraksis på allmennlegekontor, henholdsvis på høsten, uka før jul og uka før påske. Selv om disse ukene er valgt med omhu med tanke på at studentene kan reise til sine hjemsteder i praksis, er det opptil en fjerdedel av kullet som ønsker å ha praksis i Tromsø. Ofte er det flere studenter som ønsker praksis her enn det er Tromsø-leger som ønsker å student i praksisen sin. Økt travelhet i allmennpraksis har nok bidratt til dette, og det er vanskelig å se for seg en endring uten at arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen blir vesentlig bedre, og undervisning blir en del av fastlegejobben.

Allmennmedisin tilbyr i dag praktisk kliniske uketjenester (PKUer) til 3, 4 og 6 års medisinstudenter. Modellen er den samme for alle årene: To og to studenter møter enten på legevakta eller på legekontor, de har konsultasjon med en pasient hver, og får tilbakemelding fra klinisk universitetslektor og fra medstudent, varighet ca 2 timer. Dette er en ressurskrevende men pedagogisk svært vellykket modell som gir en bratt læringskurve spesielt for de ferskeste studentene. På 6. året fungerer PKUene som prøveeksamen i allmennmedisin. Også til stillingene som klinisk universitetslektor for PKUer har det i perioder vært vanskelig å rekruttere. Etableringen av et nytt universitetslegekontor på campus fra høsten 2019, der fastlønnet fastlegejobb skal kombineres med 40 prosent stilling som universitetslektor, kan avhjelpe noe. Uansett vil en økning i antall studieplasser være utfordrende for denne viktige læringsaktiviteten.

## 1. Praksis i spesialisthelsetjenesten

Isolert sett ut fra praksis i spesialisthelsetjenesten, mener vi det er mulig å øke antallet studenter innenfor dagens studiemodell ved fakultetet f.o.m høsten 2020.

Gjennomføring av 5. års praksis ved UNN Tromsø har til nå vært forbeholdt studenter med spesielle behov, familiære forhold etc. Dette har resultert i svært varierende antall 5. års studenter ved UNN Tromsø gjennom de siste 10 årene (8-16 studenter), dog er kapasiteten betydelig høyere. Vi mener at UNN Tromsø kan ta imot totalt 25 medisinerstudenter. I tillegg kan antallet praksisplasser i Harstad og Narvik økes med henholdsvis 3 og 2, totalt 5 plasser.

### Utfordringer:

Tid til undervisning er en begrensende faktor. Bistillingsavtalen må legge til rette for at de som har universitetstilknytning får den nødvendige tid til undervisning. Denne avtalen er under revisjon nå. Andre begrensende faktorer er tilgang på pasienter og undervisere i en travel sykehushverdag. I vår region er det relativt få pasienter innlagt. Noen arenaer er klart begrenset av pasienttilgangen, eksempelvis gynekologi og obstetikk. Vi ser allerede at jordmor-utdanningen strever med å få nok fødsler til jordmor-studentene. Lokalisering og plass er en begrensning, rom for undervisning og rom for journalskriving. Hvis all undervisning skal skje fra 08-16 er det vanskelig å øke antallet studenter. Det er vanskelig å finne ledig legetid for undervisning.

### **For å få dette til forutsettes en del moderate praktiske endringer, uten endring av studiemodellen:**

- Organiseringen av praksis i somatisk spesialisthelsetjeneste er uløselig knyttet til praksis i primærhelsetjenesten og i psykiatri. Det er uttrykt behov for økning fra 3 til 4 praksisperioder for å kunne øke antallet praksisplasser i de to sistnevnte spesialiteter. Dette vil således medføre behov den samme økningen i antall praksisperioder i somatisk

spesialisthelsetjeneste.

- I dagens studiemodell gjennomgår 5. års studenter obligatoriske kurs i gipsing, suturering, radiologisk undersøkelser og EKG, organisert og gjennomført ved praksissykehuset. Vårt inntrykk fra praksisevalueringer er at kursingen av studentene er av variabel kvalitet og omfang fra sykehus til sykehus. Ved økning av antall studenter og derav behov for økning fra 3 til 4 praksisperioder vil en kunne effektivisere denne obligatoriske kursingen for å unngå repeterte kurs og unødig belastning på lokalt personell. Vi anbefaler derfor en sentral oppstarts-uke hvor gipsekurs, suturkurs og andre felles ferdigheter legges inn før klinisk praksis begynner. Denne kunne eventuelt ligge på slutten av 4. studieår, etter eksamen. En sentralisering av disse kursene til UNN/UiT på slutten av 4. år ville avlaste lokale koordinatorene og personell på de mindre lokalsykehusene og sørge for en uniform kursing av studentene forut for praksisåret.
- I den praktisk kliniske undervisningen bør man legge opp en arbeidsplan/turnus som fordeler studentene utover dagen/ettermiddagen og kveld/natt. Dette kan løses ved at noen møter klokken 12 istedenfor klokken 08. Dette vil legge til rette for følgevakt, journalskriving og pasientkontakt.
- Vi må se for oss andre læringsarenaer, som simuleringssenter, innleide pasienter, kveldspoliklinikker og lignende. Slike endringer forutsetter lokal forankring i den enkelte institusjon og forankring i Helse Nord for å sikre finansiering av fagfolk i undervisningsrollen. Dette vil også kunne avhjelpe behov i utdanningen av leger i spesialisering (LIS).
- Noe nettbasert undervisning kan utvikles, dette kan være med å sikre «basis» for klinisk arbeid sammen med kollokvier som sikrer kontakt mellom mentor og student.
- Det vil sannsynlig være kapasitetsproblemer ved gynekologisk avdeling for gjennomføring av praksis og obligatoriske elementer av denne. En må derfor vurdere å redusere krav om aktiv deltakelse ved fødsler og heller kreve at studentene har vært med på og observert fødsel, gjerne sammen med jordmor-studenter. Avklaring av dette i forhold til nasjonale krav er nødvendig.

#### **Andre forhold som må avklares ellers endres:**

- Bistillingsavtalen UNN/UiT må avklares og legge til rette for at man har 50/50 %, 50/70 % eller andre varianter av bistillinger som gir legen i bistillingen avsatt tid til undervisning i hverdagen.
- Som incentiv til lokalkoordinatorernes gode innsats bør honoraret per student tilfalle koordinatorgruppen for faglig utvikling.
- Tilbud fra UiT om noe pedagogisk kursing av koordinatorene og andre undervisere i sykehus. Vi tenker oss her et begrenset nettbasert kurs med en eller to korte samlinger. Dette vil avhjelpe behov både i student- og LIS-utdanning.
- Noen nye, eller omfordeling av bistillinger vil være nødvendig (se psykiatri/rus) for å gjennomføre undervisning av studentene 1.-4. og 5.-6. år.

### **3. Klinisk undervisning og PKU i spesialisthelsetjenesten/UNN**

Det er vanskelig å kunne tilby praktisk-klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten til flere medisinstudenter ved UiT innenfor dagens studiemodell.

Dagens studiemodell er i stor grad basert på den tradisjonelle praktisk-klinisk undervisningen der studenter undersøker selv og får demonstrert funn på inneliggende pasienter. De siste 20 årene har spesialisthelsetjenesten hatt en betydelig omlegging av driften fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk. Videre er liggetiden betydelig redusert og turnover i kliniske avdelinger økt betydelig. Den praktisk-kliniske undervisningen av dagens antall medisinstudenter er allerede utfordrende.

Det kan være mulig å øke kapasiteten ved å endre den praktisk-kliniske undervisningen ytterligere. Dette kan gjøres gjennom å utvide undervisningstiden til også å inkludere ettermiddager og kvelder, i større grad benytter poliklinisk virksomhet, kanskje leie inn pasienter som bor i nærheten av sykehuset og som kan bidra i undervisningen selv om de ikke har planlagt behandling ved sykehuset og i større grad ha undervisere i hovedstilling. En slik endring vil kreve en bred prosess som det ikke er mulig å starte eller fullføre innen januar 2019.

Det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten tilføres ekstra 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 budsjettrammer. Det er ikke ledige leger som kan utføre mer undervisning på grunnstudiet. Deltagelse av medisinstudenter på avdelingene er positivt, men erfaringsmessig kan dette medføre driftsutfordringer ettersom en lege ofte bruker lengre tid på å behandle en pasient dersom en student deltar. Å øke antall studenter i dagens studentgrupper er et alternativ, men tilbagemeldingen fra lærere og studenter er at dagens grupper er for store. Større studentgrupper kan redusere kvalitet og øke belastningen på pasientene.

#### 4. Praksis i psykiatrien

Utplassering i psykiatri ved et lokalt DPS i regionen foregår nå ved 14 enheter. Vi benytter alle enhetene som er tilgjengelige. Det har vært ønskelig med minst to studenter ved hver enhet for at studentene skal kunne ha nytte av hverandre og jobbe sammen, men også av mer organisatoriske årsaker. Ved UNN-Åsgård og i Bodø er antallet 6-8 studenter i hver omgang. Studentene er utplassert i tre omganger a 4 uker.

Psykiatrikoordinator vurderer det ikke mulig med en økning i antall studenter pr. omgang. Kapasiteten er allerede presset. Det vil imidlertid være mulig å ha en ekstra omgang med studenter i løpet av studieåret og det vil da være organisatorisk mulig med en økning av antallet studenter i utplasseringen i psykiatri dersom 5. året ses på isolert. Det er ikke diskutert med de ansvarlige for 2. året og 4. året hvorvidt det er mulig å øke i forhold til kapasiteten på PKU, men det er gitt et tilsvarende svar fra ansvarlig for undervisningen i rusmiddelavhengighet som følger. Vi trenger også mer tid før et endelig svar kan gis og dette svaret må ses på som et foreløpig svar.

#### 5. Klinisk undervisning i psykiatrien

##### **Uttalelsen gjelder undervisning i faget Rus- og avhengighetsmedisin.**

Undervisningen av medisinerstudenter innen Rus- og avhengighetsmedisin er lagt til 2. 4. og 6. studieår. Undervisningen består av fellesforelesninger, praktisk klinisk undervisning (PKU) i grupper og case-baserte undervisning i grupper. Klinisk orientert fellesundervisning innen Rus og avhengighetsmedisin har gjennom mange år vært besørget av en person for 2., 4. og 6. studieår. Klinisk orientert gruppeundervisning fordeles mellom overleger ved Rusavdelingen. Gruppebasert undervisning er ressurskrevende, særlig når slik undervisning legges til kliniske avdelinger eller når slik undervisning må besørges av leger ved kliniske avdelinger.

Ny studiemodell har ført til økt utplassering av studenter på 6. studieår i Bodø og Finnmark. I Tromsø er studentene utplassert i ulike enheter ved Rusavdelingen UNN HF, noe som har gitt en betydelig økt arbeidsbelastning for leger ved avdelingen de siste årene. Ingen leger ved Rusavdelingen UNN HF har, per i dag, bistilling ved UiT for å ivareta denne undervisningen. Under disse vilkårene er PKU og case-basert undervisning vanskelig å organisere og gjennomføre. Økt opptak av medisinerstudenter vil føre til økt belastning på legene ved Rusavdelingen og vil være vanskelig å gjennomføre uten at det tilføres ressurser til avdelingen.

#### **Samlet vurdering klinisk undervisning i rus og psykiatri:**

- 1 Er det mulig å øke antallet studenter **innenfor dagens studiemodell** ved fakultetet f.o.m høsten 2020?

*Nei. Begrensende faktor er ressurser som trengs ved gruppebasert undervisning ved Rusavdelingen UNN HF.*

- 2 Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles ved **nye omlegginger av studiemodellen**?

*Det vil være mulighet til å øke studentantallet ved å øke ressurser til gruppebasert undervisning ved Rusavdelingen UNN HF.*

*Det må ansettes overlege(r) i bistilling, knyttet til Rusavdelingen for å ivareta denne undervisningsformen.*

*Dersom studenttallet fører til økning i antall grupper, vil arbeidsbelastningen øke betydelig.*

#### **6. Basisfag/preklinikk og teoretisk undervisning**

Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens studiemodell ved fakultetet f.o.m høsten 2020?

Ja, inntil 25. I de to første studieårene foregår en stor del av undervisningen i grupper. For all gruppeundervisning som foregår på legeutdanningen vil utfordringene for en stor del være av ressursmessig art. Det vil bli behov for flere grupper, og dermed flere kvalifiserte undervisere. Dette gjelder for all type undervisning, teoretisk, praktisk og klinisk undervisning. Dagens studiemodell har et stort innslag av studentaktiv læring i form av grupper/lab/case. Ved en økning av studentantallet bør forholdet mellom forelesninger og grupper/lab/case vurderes.

På de to første studieårene er det per i dag sprengt kapasitet i forhold til tilgjengelig laboratorieareal, slik at en økning på 25 eller mer vil bety at det må dannes nye grupper. Det kan bety at det ikke er plass i en normal timeplan (8-16) og innebærer at undervisningstidsrommet må utvides. For å øke kapasiteten må det gjøres endringer i Ex.phil slik at det frigjøres mere tid på timeplanen til annen undervisning. Antall studenter på basisgrupper som driver med gruppearbeider under veiledning, må økes.

Økt bruk av eldre studenter, som er en ressurs, i undervisning bør vurderes. Det bør være en utvelgelse av de som er mest motivert/egnet for å oppnå best mulig kvalitet.

Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles? Her beskrives et scenarium for økt opptak med evt. nye omlegginger av studiemodellen.

- Økt antall studieplasser vil medføre noen tilpasninger i studieplanen, som f.eks. økte gruppestørrelser og utvidelse av undervisningstid. Det forutsettes at dette ikke medfører en ny revisjon av studiemodellen som ble avsluttet i 2017.

- Bistillingsavtalen UiT/UNN må avklares og legges til rette for at man har 50/50 %, 50/70 % eller andre varianter av bistillinger som gir den ansatte i bistillingen avsatt tid til undervisning i hverdagen
- Vi må se for oss andre læringsarenaer, som simuleringssenter og mer bruk av digitale læringsverktøy.

Innenfor dette scenariet er det mulig å øke opptaket med 25-30 studenter.

## 7. Innspill fra desentralisert utdanning 5. og 6. studieår i Bodø

Innenfor dagens studiemodell vil et økt opptak av studenter fra høsten 2020, slå inn for Bodømodellen høsten 2024. På det tidspunktet vil sykehusutbyggingen som Nordlandssykehuset har vært igjennom de siste 7 årene være ferdig og undervisningen på revidert studieplan vil sitte godt. Med disse forutsetningene ser vi for oss at å øke studenttallet i Bodø med 50% (fra 24 til 36) skal kunne være realistisk, gitt at universitetet i Tromsø sørger for forutsigbare økonomiske rammer som ikke gjør oss sårbare for svingninger i undervisningstilskuddet fra Helse Nord. Om vi går for en slik løsning, vil vi ha behov for flere undervisere (innenfor noen, ikke nødvendigvis alle fagfelt) og en styrket lokal studieadministrasjon.

Om man skulle tenke endringer av nåværende studiemodell, for eksempel et desentralisert 3+4. studieår (slik de har gjort ved NTNU med Levanger og Namsos), ser vi for oss at vi fra 2022 kunne tatt i mot 6 studenter på 3. studieår og økt med 6 studenter årlig inntil vi ender på 36 studenter på 3-6. studieår. For eksempel noe sånt som dette:

| År   | 3. år | 4. år | 5. år | 6. år |
|------|-------|-------|-------|-------|
| 2022 | 6     | 0     | 24    | 24    |
| 2023 | 12    | 6     | 24    | 24    |
| 2024 | 18    | 12    | 30    | 24    |
| 2025 | 24    | 18    | 36    | 30    |
| 2026 | 30    | 24    | 36    | 36    |
| 2027 | 36    | 30    | 36    | 36    |
| 2028 | 36    | 36    | 36    | 36    |

Om vi skulle bli enige om å gå for en slik løsning (eller noe liknende), vil behovet for undervisningsressurser, administrasjon og fasiliteter bli ytterligere forsterket.

Dette er hva vi tenker, som et første utspill i denne prosessen. Vi er positive til å se på mulighetene for å øke og bidra sterkere inn i utdanningen av legestudenter i Nord-Norge. Så får vi diskutere detaljer som ulike fagfelts styrker og svakheter i Bodø/Nordland, finansiering og evt utbedrede fasiliteter i neste omgang.

## 8. Innspill fra desentralisert utdanning 5. og 6. studieår i Hammerfest.

Det er ikke mulig å svare godt på spørsmålet om økt studenttall innenfor den tidsfristen som her er gitt. Finnmarksmodellen driftes av undervisere fra Finnmarkssykehuset, tre kommuner og UNN (regionale fag). Finansieringen er i all hovedsak ekstern. Dette gjenspeiler også organiseringen som er i prosjektfasen. Vi har enda ikke hatt 12 studenter på 6. året og har ikke erfaringer fra full drift, men vi ser at undervisningsressursene vi har tilgjengelig blir brukt opp med 2 x 6 studenter i rotasjon.

De tre kommunene finansierer for eksempel stillinger til undervisere på ISM. Kommunene Alta, Karasjok og Hammerfest må derfor alle involveres i et eventuelt spørsmål om økt studenttall. Finnmarkssykehusets ledelse avslutter nå byggeprosjekter i Kirkenes, Karasjok og Alta samtidig som prosjekteringen av nytt sykehus i Hammerfest er på sitt mest intense. Det har vært en helt urealistisk



oppgave å forsøke å samle beslutningstakere i respektive organisasjoner på disse få ukene som har vært til rådighet. Vi har derimot diskutert temaet i prosjektstaben hvor 6. års koordinatorene fra kommunene har deltatt. Temaet er også berørt når programstyret besøkte Hammerfest 14- 15. 11. Innspillet er i stor grad tuftet på diskusjonen i prosjektstaben pluss mine utfyllende tanker.

Per i dag er stemningen i kommunene at de ønsker at ISM skal finansiere stillingene som i dag er finansiert av hver av kommunene. Dette er nylig tatt opp med ass direktør Nylund når han besøkte Alta kommune i høst. Det er kjent at lønnsbetingelsene er dårlig tilpasset en fastleges utgifter. Dette utgjør en dobbelt begrensende faktor;

**a) ISM må overta finansieringen**

**b) er det flere fastleger som brenner så for undervisning at man vil tape lønns inntjening?**

I spesialisthelsetjenesten ved Klinikk Hammerfest er det pågående rekruttering innenfor de regionale fagene nevrologi, hud, revmatologi, onkologi, øye og ØNH. For fagene nevrologi og hud er det foreløpig uavklart når stedlig spesialist for undervisning vil være på plass. I onkologi jobbes det med å få flere stedlige onkologer og i ØNH og øye vil det være spesialister med bistillinger på plass i 2020. Rekrutteringsarbeidet skjer i et samarbeid mellom prosjektledelsen, UNN, IKM og Finnmarkssykehuset. Spesialistene som er i klinikk Hammerfest (omfatter både Hammerfest, Karasjok og Alta) er svært involvert i alle byggeprosjekter og planlegging av fremtid drift (ambulering fra Hammerfest til Alta og Karasjok). I tillegg kommer prosjektering av nytt sykehus i Hammerfest, undervisning/veiledning av 5. og 6. års studentene og implementering av ny spesialistutdanning.

Oppsummert og overordnet mener prosjektstaben at Finnmarksmodellen må få erfaringer med 12 studenter på begge studieår samt noe mer tid til å få fram flere bærende akademikere så det blir flere til å dele på oppgavene. Likevel besvares spørsmålene da vi legger til grunn en optimisme for fremtiden og at miljøet i Finnmark nettopp vil bli sterkere slik prosjektet har planer for. Oppbyggingen av Finnmarksmodellen understøttes av særlig Helsefak, UNN og FIN, i et eget arbeid utover undervisningsarbeidet.

*Er det mulig å tilby flere studentplasser fra høsten 2020? Et større MK-20 vil ikke merkes vesentlig i klinikk/praksis i Finnmark før ved 5. studieår, gitt samme studieplan som i dag. Det vil si høsten 2025.*

**Det betyr at når rekrutteringsarbeidet har lyktes, academia har blitt sterkere og finansiering av kommunale stillinger er på plass så kan det være grunnlag for å starte diskusjonen om økt undervisningsansvar til Finnmark. Hvor mange av studentene på et kull er i en livssituasjon der de kan delta på en desentralisert studiemodell?**

*Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles?*

Dette kan bety flere i antall eller desentralisering tidligere i studiet. Digitalisering av undervisningsplattformer er foreløpig kommet kort ved medisinerutdanningen på UiT og kan gi nye muligheter for at studentene desentraliseres tidligere i studiet ved at undervisningen understøttes av digitale løsninger. **Det vil være å foretrekke at studentene desentraliseres tidligere enn at flere desentraliserte studiemodeller introduseres for 5. og 6. året, utover Finnmark og Bodø.**

Begrunnelsen er erfarings basert med ståsted Finnmark - og handler om at et godt samarbeid mellom studiested og organiseringen internt på Helsefak foreløpig ansees som «nybrottsarbeid» jfr etablering av ny organisering hvor ELU og programråd opprettes og nylig etablert Felles Utdannings Utvalg Finnmark.



Det vil også være bra for student og underviser å følge enkeltpersoners utvikling over flere år ved en modell der studentene desentraliseres tidligere enn 5. året. Det ansvarlig gjør både student og underviser.

*Utfordringer med kapasiteten på aktuelle praksisarenaer i dagens studiemodell og dagen opptak:* I Finnmark er **nok gruppestørrelse på 6 oppad maksimalt for våre læringsarenaer**. Særlig gjelder det Karasjok (psykiatri og allmennpraksis) og pediatrik avdeling ved Hammerfest sykehus. Sistnevnte er antakelig den mest begrensede faktor ettersom fødselstallet i Finnmark har gått jevnt nedover de siste 15 år. Tilsvarende ser tallene for inntak til vgs skole på årskull ut slik at tilflytning av unge ikke kompenserer for færre fødte Finnmarkinger. I primærhelsetjenesten har flere nye legekontor i Finnmark tatt imot 5. års studenter dette studieåret (n = 28 studenter) og mye av kapasiteten er allerede hentet ut med nåværende kullstørrelse.

*Utfordringer med praksisplasser ved økning av opptak innenfor dagens modell:* Dårligere kvalitet på undervisningen. Flere studenter per pasientkonsultasjon.

*Kapasiteten i praksisplasser i en eventuell fremtidig ny studiemodell:* Kapasiteten er uendret men kan utnyttes bedre ved å utnytte hele døgnet (turnus) i for eksempel 4. studieår. Men da må kunnskap i større grad tilføres gjennom digitale plattformer og ikke i samtid ettersom kullet vil være spredt utover døgnet og på flere praksisarenaer/studiested.

#### 9. Et studentperspektiv på økt opptak av medisinstudenter i Tromsø.

Det er mulig å øke antall medisinstudenter, men det finnes begrensninger. Allerede med dagens studentantall merkes det veldig godt at vi er mange. Som 4. årsstudent og tillitsvalgt ser studentrepresentanten i arbeidsgruppen disse begrensningene:

- Det er i enkelte delemner allerede for store grupper når vi er på sykehuset. Studentene opplever at leger tar med seg deler av gruppen og andre blir stående igjen, fordi det ikke var plass å ta med seg alle til pasient. Jeg vil derfor si at man ikke burde øke gruppestørrelsene ytterligere.
- Perioder med mange studenter på sykehuset fører til at både leger og pasienter blir undervisningstrette. Det nevnes ofte av legene at vi er mange. Og vi merker at det derfor ofte er bedre å ha PKUer i starten av delemnene enn på slutten. Enda flere studenter kan gjøre belastningen større.
- En del undervisning må man selv melde seg på gjennom SPIPS. Her er det ofte vanskelig å få melde seg til et passende tidspunkt og det blir ofte fullt veldig fort med dagens studentantall.
- Med store studentgrupper på sykehuset er man avhengige av at det er flere leger som har mulighet til å ha med seg studenter slik at gruppen deles opp. Det fungerer utmerket på avdelinger med god tid og engasjerte leger. Andre avdelinger kan det være kun en underviser som har tatt på seg for mye, fordi ingen andre hadde tid eller lyst.
- Har lyst til å legge oppmerksomhet på oppfølging og tilbakemelding til studentene. Medisin i Tromsø er, med kun en eksamen i året og få innleveringer, et veldig selvstendig studium. Dialog med forelesere og tilbakemeldinger i undervisningen blir derfor ekstra viktig, men det kan tenkes at dette blir vanskeligere med økt studentmasse. Det er allerede lett å forsvinne i mengden.
- Det er mye bra undervisning i grupper på medisinstudiet i Tromsø. Herunder førstehjelpsuka, histologilab, undersøkelse av bevegelesapparatet, disseksjoner, casearbeid og mer. Det er ressurskrevende, men jeg ønsker ikke at et økt antall studenter skal føre til at god undervisning må taes ut av studiet.

Om man skulle øke opptaket av studenter er det spesielt den kliniske undervisningen på sykehuset som må endres. Det er ikke mulig å øke gruppestørrelsen mer enn i dag, men det er kanskje mulig å lage flere grupper. Om man i tillegg klarer å engasjere flere av legene på UNN til å bli interesserte i undervisning vil det også bli lettere å være en stor gruppe studenter. Man må også sørge for å kunne gi en viss tilbakemelding og oppfølging til den potensielt større mengden medisinstudenter i Tromsø. På bakgrunn av erfaringene som student og samtaler med medstudenter tror jeg ikke man burde øke antall studenter med mer enn maksimalt 20.

## 10. Konklusjon

### **Simulering og desentralisert undervisning**

Det er ikke uten videre mulig å se for seg hvordan man skal øke antall studenter innenfor dagens studiemodell. Det kan imidlertid vær mulig å tenke seg løsninger som kunne bidra til å gjøre det mulig å ta opp flere studenter ved UiT.

Den ene muligheten er å satse mer på simulering enn det som er tilfellet i dag. Mange studiesteder i utlandet har egne personer som de bruker som simulerte pasienter. Dette kan være skuespillere eller legfolk som får egnet undervisning. På denne måten kan studentene lære om kommunikasjon, undersøkelse og diagnostikk under kontrollerte betingelser. For å få til dette kreves det imidlertid midler til å bygge opp en slik "pool" av simulerte pasienter som får opptrening og instruksjon i hvordan dette skal fungere. Dette krever en egen ansatt for å administrere disse, og en skuespiller som kan instruere. I tillegg må det lages pasientkasusistikker som de simulerte pasientene skal spille. Denne undervisningen kan i stor grad erstatte PKU på 2-4 studieår, mens PKU senere i studiet må fortsatt inneholde vanlige pasienter for å kunne gi utfordringer til studentene. Imidlertid vil tilfanget av pasienter for 5 og 6 studieår øke hvis man lar studenter på yngre kull benytte seg mer av simulering.

Ved hjelp av teknologi kan man få til at simulerte pasienter har patologiske hjerte og lungelyder ved auskultasjon, og selv om det er vanskelig å få til kliniske funn ved simulering for øvrige problemstillinger er det kanskje ikke umulig. I tillegg kan man bruke dukker og muligens virtual reality i fremtidens simulering, men dette krever midler til etablering av en simuleringslab med egnet utstyr.

En annen mulighet er å satse på økende grad av desentralisert undervisning. Dette er prøvd i andre land med spredt befolkning, som Skottland, Canada og Australia med stort hell. Tromsø har allerede erfaring med desentralisert undervisning i Bodø og Finnmark. NTNU har også startet et slikt prosjekt høsten 2018. Studentene får lære medisin i distrikt, og med økt fokus på læring innen primærhelsetjenesten. En slik modell ville fungert aller best om finansieringen av undervisning av helsepersonell i primærhelsetjenester ble etablert fra sentralt hold først. Uten dette krever det økt støtte til universitetene for å betale allmennleger i distrikt for å bidra til slik undervisning.