

Høring - Grimstadutvalgets utredning: Studieplasser i medisin i Norge - behov, modeller og muligheter.

Svar fra UiT Norges Arktiske universitet (UiT)

Vi viser til høringen om Grimstadutvalgets utredning som er mottatt 14. november 2019.

UiT mener at utredningen er viktig for medisinstudiet nasjonalt.

Grimstadutvalget har foreslått en økning på 25 medisinstudenter ved UiT.

For å bidra til best mulig rekruttering av leger til Nord-Norge og for å bidra til at Norge kan dekke behovet for egne leger vil vi legge til rette for en kapasitetsøkning under visse forutsetninger.

Utvalget påpeker en nødvendig balanse mellom helsetjenestens behov og tilgang på leger. Behovet for leger vil endre seg over tid. Hvis vi skal utdanne flere leger i Norge så vil vi også at våre ferdige leger kommer til et forutsigbart arbeidsmarked. Det gjelder både LIS 1 stillinger og videre etter LIS 1.

Samfunnet er ikke tjent med å utdanne leger til arbeidsledighet.

UiT slutter seg til hovedtrekkene i anbefalingene fra utvalget.

Høringsinstansene er bedt om å vurdere følgende:

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

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

Den internasjonaliseringen utdanning i et annet land medfører, kan gi en positiv effekt for studentene. 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. Det kan bidra til bedre internasjonal forståelse.

Det gir også profesjonen nyttige faglige impulser fra andre tradisjoner enn våre egne.

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

Grimstadutvalget påpeker de internasjonale forpliktelsene Norge har sluttet seg til gjennom den globale koden for rekruttering av helsepersonell (WHO-koden). I Norge har vi, slik det ser ut nå, behov for et stort antall leger og må også kunne utdanne dem selv, ikke legge beslag på andre mindre rike lands ressurser for å dekke våre egne behov.

Vi sender nå ressurser ut av Norge, både penger og kunnskapssøkende unge mennesker. Disse kunne brukes til å ytterligere bygge våre egne medisinske/akademiske miljøer. Ved å øke studiekapasiteten i Norge kan midlene vi bruker ute, heller styrke utdanningen og forskningen ved norske universiteter.

De nye retningslinjene for helse- og sosialfagene, RETHOS, vil ikke bli en del av undervisningen til den store gruppen av norske leger som utdannes utenlands. RETHOS handler om faglige krav som det er bred enighet om både i helsetjenestene og i utdanningene, og i årene fremover vil det kunne tydeliggjøre større forskjeller mellom medisinstudenter fra ulike land enn det en ser i dag.

UiT støtter forslaget om redusert finansiering fra lånekassen til utenlandsstudier i medisin hvis kapasiteten i Norge bygges opp.

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

Flere studenter medfører økt krav til fagpersonell, lokaliteter, undervisningslaboratorier, grupperom, IT-utstyr, undersøkelsesutstyr, økt kapasitet i simuleringssenter osv. I Tromsø er kapasiteten på en del spesialrom og laboratorier tilpasset dagens studenttall. Her vil vi 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, i basalfag og kliniske fag, til gruppeundervisning som utgjør en stor andel av undervisningen på medisinstudiet ved UiT. Vi forutsetter en studieplassfinansiering som også dekker denne type økte utgifter.

Grimstadutvalget slår fast at UiT i Helse Nord utdanner klart flest leger pr. innbygger sammenlignet med de andre regionene og universitetene. Praksisplasser er allerede 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 5.året for å utnytte praksisinstitusjonene enda bedre i løpet av hele året. Dette kommer til å forutsette et godt samarbeid både med både allmennpraksis, psykiatri og sykehus. Her vil det være behov for flere kvalifiserte veiledere, og institusjonene må sikres tilstrekkelig finansiering for det utdanningsansvaret de tar på seg. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten hos fastlegene og i spesialisthelsetjenesten.

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

UiTs ansatte har ikke nok erfaring med slike studenter til å besvare dette. Det bør besvares av de som er veiledere for utenlandsstudenter i LIS 1 stillinger og senere (sykehus, allmennpraktikere osv.).

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Se 1d)

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 var integrert gjennom hele studiet med oppstart allerede i første studieår og 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). Vi utvikler også samme type integrerte studiemodell 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 uteksamineres. Vi mener 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 (WHO koden).

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 etter modell fra Finnmarksmodellen og Bodøpakken ved UiT, og Levangermodellen ved NTNU. De eksisterende medisinske fakultetene i Norge vil samlet sett mer effektivt kunne utvide kapasiteten, sammenliknet med å bygge opp nye studiesteder fra grunnen av. Hvis man starter nye studiesteder, vil utfordringene spesielt være knyttet til

1. Oppbygning av basalfagsundervisning og forskning
2. Oppbygging av kostbare laboratorieplasser
3. Tilgang til tilstrekkelig antall studieplasser
4. Tilgang på kvalifisert fagpersonell

Å øke antallet gradsgivende institusjoner knyttet til medisin løser ikke utfordringene med å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser. Vi får, med en slik løsning, en institusjon til som skal være med å dele på en allerede godt utnyttet ressurs, og som alle 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 hvis vi skal øke antall studenter.

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 forutsetter en gjeldende studieplassfinansiering. Ved UiT og Helsefak har vi i tillegg pekt på behovet for forutsigbar og tilstrekkelig finansiering av utdanningsoppgaver og praksis i primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har også pekt på betydningen av en styrking av fastlegeordningen med tanke på ivaretagelse av praksis og utdanningsoppgaver. Se under 5. Andre innspill til høringen.

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

Ja, det er sannsynlig dersom man koordinerer og legger til rette for det.

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 vår integrerte studiemodell, RETHOS og tverrprofesjonelt samarbeid som spirallæring i studiet. Det vil også være svært utfordrende 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.

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.

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

Som innspill til Grimstadutvalgets arbeid beskrev UiT følgende forutsetninger som sentrale for et evt. økt opptak av medisinstudenter ved institusjonen:

- Kapasiteten i praksis i primærhelsetjenesten må styrkes gjennom en avklaring av arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen. Undervisning må bli en del av fastlegejobben og universitetene må få tilstrekkelig finansiering til å honorere fastlegene for å bidra. Vi ser også at flere legekontor mangler kontorplasser til studenter i praksis. Dette er også en hemsko for å ta imot flere studenter. Det må vurderes å gjeninnføre en ordning med tilskudd til etablering av studentkontor hos fastlegene.
- 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 ovenfor stående 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 har 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 med UNN.