

Forslag til oppretting og organisering av Enhet for legeutdanning

Arbeidsgruppen takker for oppdraget og leverer med dette sin utredning. Arbeidsgruppen beklager den svært forsinkede leveringen i forhold til opprinnelig tidsfrist.

Det er ikke oppnådd konsensus i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppens flertall, bestående av Vinjar Fønnebø, Terje Larsen, Inger Njølstad, Arvid Inge Paulsen og Unni Ringberg slutter seg til utredningens beskrivelser, vurderinger og forslag.

Arbeidsgruppens mindretall, Torsten Risør, har utarbeidet en dissenserklæring som utgjør vedlegg til utredningen.

Tromsø/USA 3. oktober 2016

Vinjar Fønnebø

Terje Larsen

Arvid Inge Paulsen

Unni Ringberg

Torsten Risør

Inger Njølstad (leder)

Forslag til oppretting og organisering av Enhet for legeutdanning

Arbeidsgruppen takker for oppdraget og leverer med dette sin utredning. Arbeidsgruppen beklager den svært forsinkede leveringen i forhold til opprinnelig tidsfrist.

Det er ikke oppnådd konsensus i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppens flertall, bestående av Vinjar Fønnebo, Terje Larsen, Inger Njølstad, Arvid Inge Paulsen og Unni Ringberg slutter seg til utredningens beskrivelser, vurderinger og forslag.

Arbeidsgruppens mindretall, Torsten Risør, har utarbeidet en dissenserklæring som utgjør vedlegg til utredningen.

Tromsø/USA 3. oktober 2016

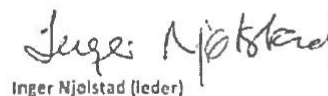

Vinjar Fønnebo


Terje Larsen


Arvid Inge Paulsen


Unni Ringberg


Torsten Risør


Inger Njølstad (leder)

Innhold:	Side
Sammendrag	3
Arbeidsgruppe og mandat	6
I Bakgrunn	8
Organisatoriske utfordringer	
Organisering av legeutdanningen i Norge og enkelte andre land	
Legeutdanningen ved UiT – innhold, struktur og ledelse	
Utfordringer knyttet til utdanningsledelse og praktisk klinisk undervisning	
Praksisstudier og desentralisert studium	
Prosjektorganisering ved implementering av revidert studieplan i medisin	
Historisk tilbakeblikk på organisatorisk struktur og budsjettmodell for legeutdanningen	
Helse Nord som finansiør av klinisk undervisning av legestudenter ved UiT	
Samarbeid mellom universitet, helseforetak og primærhelsetjenesten	
Hvorfor omorganisering og ny budsjettfordeling for legeutdanningen?	
II Forslag til organisering av Enhet for legeutdanning (ELU)	17

Organisasjon og ledelse

Medlemmer i styre, programråd og arbeidsutvalg

Beskrivelse av stillinger, oppgaver og ansvarsforhold

III Forslag til økonomi og budsjett knyttet til Enhet for legeutdanning (ELU) 25

Nytt prinsipp for budsjettfordeling

Budsjett for legeutdanningen

Tabell: Budsjettoppstilling 2016 – 2024 ut fra dagens budsjettmodell

Referanser 28

Vedlegg: Dissenserklæring 30

Sammendrag

Utdanning av leger er en viktig oppgave ved Det helsevitenskapelige fakultet. Profesjonsstudiet i medisin «eies» av tre institutter, i motsetning til så å si alle andre studieprogram der ett institutt er ansvarlig for programmet, og der undervisningen gis av et begrenset antall lærere med dedikert tilhørighet til studieprogrammet. Nåværende modell med mest mulig instituttvist «eierskap» og ledelse av legeutdanningen gir et klart utdanningsansvar til instituttene og tillater fleksibilitet i bruken av undervisningsressurser ved instituttet, men har også svakheter som er blitt særlig tydelige etter overgang til ny studieplan. I den seksårige legeutdanningen inngår et stort antall fag innen basal biomedisin, kliniske fag og samfunnsmedisin. Mye av undervisningen i kliniske fag gis av fagspesialister som har sin hovedstilling i helsetjenesten, er ansatt i bistilling (10-20%) ved UiT, har ansvar for en liten del av undervisningen, og har liten tilknytning til studieprogrammet forøvrig. I det reviderte programmet er det innført flere undervisnings- og læringsaktiviteter på tvers av institutt og studieår, og det har tydeliggjort behov for bedre koordinering og mer vekt på utdanningsledelse gjennom stillinger med jevnere fordeling av utdanningsoppgaver og forskning eller klinisk praksis.

Praksisstudier og praktisk klinisk undervisning (PKU) i legeutdanningen foregår både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Mens Kunnskapsdepartementet finansierer høyere utdanning generelt, finansierer Helse- og omsorgsdepartementet praksisstudier i spesialisthelsetjenesten gjennom de årlige budsjettildelingene til de regionale helseforetakene. Det gis ingen øremerkede bevilgninger til praksis i primærhelsetjenesten. Endringer i oppgavedelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og endrede krav til kompetanse hos helsepersonell vil påvirke innhold og undervisningsformer i utdanning av helsepersonell. Økende produksjonskrav og store omlegginger av drift i sykehusene gir andre rammebetingelser for undervisning enn før. Det er behov for et tett og forpliktende samarbeid mellom Helsefak og Helse Nord, UNN og KS for å løse dagens utfordringer og for å videreutvikle legeutdanningen slik at de nyutdannede legene har kompetanse for morgendagens helsetjeneste.

Kort oppsummert er medisinstudiet ved UiT komplekst og kjennetegnes blant annet ved at:

- tre institutt «eier» studieprogrammet
- faglig ledelse er lagt til et programstyre ledet av prodekan utdanning medisin og odontologi, og med de tre instituttlederne, studieplansjef (faglig leder for 2012-studieplanen) og studenter som medlemmer
- administrativ ledelse er dels lagt til fakultetsadministrasjonen, dels til instituttene
- undervisningselementer innføres i økende grad på tvers av instituttstrukturen, med uklart eierskap og ledelsesansvar som resultat
- teoretisk og praktisk undervisning omfatter 30-40 ulike fag hovedsakelig innen basale biomedisinske, kliniske og samfunnsmedisinske fag
- flere hundre personer er involvert i undervisningen, hovedsakelig ansatte i hoved- og bistillinger ved IKM, IMB og ISM, men også eksterne undervisere uten ansettelsesforhold ved UiT
- en stor del av praktisk klinisk undervisning foregår i universitetsklinikken (UNN) i form av korte gruppebaserte undervisningssesjoner, til dels med UNN-ansatte uten tilsettingsforhold ved UiT som undervisere/veiledere
- ekstern praksis i spesialisthelsetjenesten i femte studieår (18 uker) foregår ved alle sykehus i Nord-Norge og finansieres gjennom budsjettildeling fra HOD, fordelt av Helse Nord
- ekstern praksis i primærhelsetjenesten i femte studieår (8 uker) foregår ved fastlegekontor over hele Nord-Norge og finansieres av fakultetet, uten øremerket tilskudd fra utdanningsmyndighetene. På fakultets- og instituttnivå arbeides det med å etablere nye undervisningsarenaer i primærhelsetjenesten for å imøtekomme samfunnets behov for helsefaglig og medisinsk kompetanse slik det er definert i statlige styringsdokumenter
- desentralisert studietilbud er etablert i Bodø/Nordlandssykehuset (NLSH) for 24 studenter i sjette studieår, og en tilsvarende ordning er under etablering i Finnmark (Hammerfest, Alta, Karasjok) for 12 studenter, med Helse Nord som hovedfinansør av nye bistillinger tilknyttet ordningen

Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes en Enhet for legeutdanning (ELU) som har ansvar for daglig drift og utvikling av profesjonsstudiet gjennom styre og programråd for legeutdanningen og Team Medisin (administrativt personell).

Arbeidsgruppen foreslår følgende ledelsesstruktur for legeutdanningen:

- 1) Et strategisk styre som ledes av lege i professorstilling ved fakultetet og for øvrig består av instituttledere IKM, IMB, ISM, faglig representant for stedlig ledelse av desentralisert legeutdanning, representanter for eksterne samarbeidspartnere (praksisfeltet), og studenter. Styrets sekretær vil være Studieleder for legeutdanningen. Styret møtes 3-4 ganger årlig.
- 2) Et programråd som består av personer med direkte relasjon til og ansvar for faglig innhold og organisatorisk utforming av legeutdanningen: Studieleder for legeutdanningen (rådets leder), legeutdanningsledere ved IKM, IMB og ISM, stedlige representanter for legestudiet i Bodø og Finnmark, representant for UNN (praksiskoordinator for legeutdanningen) representant(er) for langsgående tema og studentrepresentanter. Delemneledere innkalles etter behov.

Rådets sekretær vil være administrativ leder for ELU. Programrådet møtes jevnlig gjennom studieåret og behandler løpende faglige og organisatoriske saker.

Arbeidsgruppen foreslår følgende stillinger for daglig ledelse av legeutdanningen:

- Studieleder for legeutdanningen i 100% åremålsstilling (nyopprettet)
- Administrativ leder i 100% stilling (fast stilling) (nyopprettet, vedkommende er ansatt i 2016)
- Studiekonsulenter (faste stillinger) (videreføring)
- En legeutdanningsleder (LUL) ved hvert av de tre instituttene (vitenskapelig åremålsstilling) (nyopprettet).

Arbeidsgruppen foreslår at Fakultetsstyret tildeler årlig budsjett til Enhet for legeutdanning innenfor studiepoengmidlene som genereres gjennom Profesjonsstudiet i medisin, og at Enhet for legeutdanning har budsjettansvaret for oppgaver som omfatter, men ikke er begrenset til:

- Administrasjon av studiet ved alle campus
- Ikke-instituttspesifikk undervisning: PROFKOM, VITKOM, førstehjelpskurs, mentorer, eksterne undervisere
- Legeutdanningsledere ved IKM, IMB, ISM
- Praksis i primærhelsetjenesten knyttet til fastleger/legesentra (reise, bolig, kontorutgifter, veiledning ved fastleger)
- Praksisarenaer i primærhelsetjenesten, herunder Kraftsenteret (husleie Samskipnaden), sykehjem, legevakt o.a. arenaer; lønn til ansatte (universitetslektorer) og eksterne veiledere
- Eksamen/sensur
- Ekstern evaluering av studiet og følgeforskning
- Kompetansehevende tiltak for undervisningspersonell
- Legeutdanningens andel ved Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)
- Digitale læringsverktøy
- Nye framtidige strategiske tiltak

Arbeidsgruppens forslag om at ELU får budsjettansvar for oppgaver og aktiviteter som nevnt ovenfor, vil innebære en betydelig budsjettøkning i forhold til dagens budsjettmodell.

Arbeidsgruppen foreslår at Aktivitetsregnskapet (AR 2) benyttes som grunnlag for fordeling av overskytende studiepoengmidler til de tre instituttene som har ansvaret for legeutdanningen.

Arbeidsgruppe og mandat

Arbeidsgruppen ble i januar 2016 oppnevnt av prosjektgruppen for ADM 2020 med følgende sammensetning og mandat:

«Med utgangspunkt i skissen til organisering av legeutdanningen nedenfor, nedsettes følgende arbeidsgruppe.

- Inger Njølstad (leder), instituttlederne ved ISM, IMB og IKM (eller de som instituttleder oppnevner), Torsten Risør, Unni Ringberg. Sekretær: Eilif Nilssen/Elin Holm.

Mandat:

- 1) Med utgangspunkt i skissen nedenfor, utrede og beskrive «enhet for legeutdanningen». Dette innebærer
 - a. Faglige og administrative funksjoner
 - b. Bemanning
 - c. Finansiering
 - d. Styring og ledelse.
- 2) Utrede mandat og fullmakter for «enhet for legeutdanning» ift. fakultetsnivå og ift. IMB, ISM og IKM.
- 3) Utrede fordeling av ny basisfinansiering for nye studieplasser og studiepoengmidler mellom «enhet for legeutdanning», ISM, IMB og IKM.

Arbeidsgruppen rapporterer til prosjektgruppen for Adm2020 innen 1. mai 2016.

Føringer fra fakultetsledelsen - skisse til organisering

- Enhet for legeutdanningen etableres som et organ med både faglig og administrativ ledelse for legeutdanningen.
- Studieadministrasjon knyttet til enhet for legeutdanning, ledes av en administrativ leder. Team medisin på fakultetsnivået vil inngå i denne. Det bør videreutvikles en sterk matrise med studiekonsulentene for legeutdanningen ved ISM, IMB og IKM. Informasjonsflyten mellom ledelsen for legeutdanningen og underviserne må vies oppmerksomhet.
- En enhet for legeutdanning kan både ha faglige og administrative oppgaver på tvers av instituttstrukturen.
- Stillingen som faglig leder for legeutdanningen lyses ut som en vitenskapelig åremålsstilling, med vanlige krav til legefaglig, pedagogisk og vitenskapelig kompetanse.
- Stilling som administrativ leder lyses ut som fast stilling som seksjonsleder.

Programstyret for medisin utgjør det dedikerte styringsorganet for legeutdanningen med delegerede fullmakter, og er underlagt dekanat og fakultetsstyret. Det må vurderes om funksjonen som prodekan utdanning skal ivaretas av én eller to personer, og det må avklares hvem som skal representere Helsefak i ulike nasjonale fora.

- Programstyret ledes av faglig leder for legeutdanningen
- Administrativ leder er programstyrets sekretær
- Medlemmer: IMB, ISM og IKM, studenter, evt. representanter for de regionale campus Finnmark og Nordland.

Programstyret vurderer selv behov for evt. strukturer underlagt programstyret. Herunder faglig ledergruppe rundt faglig leder for legeutdanningen, svarende til dagens Studieplanutvalg.

Programstyret forvalter en del av økonomien knyttet til legeutdanningen slik som i dag (studiepoengmidlene). Det kan her vurderes ulik skalering økonomi knyttet til programstyret – fra finansiering av felles utgifter som ligger «mellom instituttene» til at programstyret «kjøper tjenester»

fra instituttene. Hensikten er å styrke styringen på tvers av instituttene opp mot studieplanens behov. Dette gjelder særlig undervisningselementer som er nye og/eller instituttovergripende.

Oversikt over finansiering av nye studieplasser medisin – til fordeling basis og estimert studiepoengproduksjon:

Total tildeling til fordeling	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medisin 2014	273 778	167 334	714 891	1 262 447	1 810 003	2 357 559	2 631 338	2 631 338	2 631 338
Medisin 2016	1 035 500	3 106 500	5 374 922	6 750 766	9 216 609	11 682 453	13 371 672	14 284 266	14 740 563
Total årlig tildeling	1 309 278	3 273 834	6 089 813	8 013 213	11 026 613	14 040 013	16 003 009	16 915 603	17 371 900

Behovene for finansiering av enhet for legeutdanningen må ikke nødvendigvis avklares beløpsmessig i første om gang, men hva slags type aktiviteter og kostnader som bør finansieres derfra bør avklares ift. Instituttens videre planlegging av sin bemanning.»

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

- Prodekan utdanning medisin og odontologi: Inger Njølstad (leder)
- Representant for IKM: Kontorsjef Arvid Inge Paulsen
- Representant for IMB: Instituttleder Terje Larsen
- Representant for ISM: Professor Vinjar Fønnebø
- Leder for Profkom: Førsteamanuensis Unni Ringberg
- Studieplansjef medisin: Førsteamanuensis Torsten Risør
- Sekretærer: Eilif Nilssen/Elin Holm

Arbeidsgruppen har avholdt 14 møter i tidsrommet 24. februar – 30. september. For øvrig har arbeidsgruppen kommunisert via e-post og SharePoint (udoc.uit.no/Etablering av Enhet for legeutdanningen).

I Bakgrunn

Organisatoriske utfordringer

Helt siden opprettelsen av UiT og Fagområdet medisin (1972), har utdanning av leger vært en av hovedoppgavene til Det medisinske fakultet/Det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak) og en viktig inntektskilde for fakultetet. Studiet har hele tida vært «eid» av Institutt for klinisk medisin, Institutt for medisinsk biologi og Institutt for samfunnsmedisin, i motsetning til så å si alle andre studieprogram, som eies av ett institutt. Samtidig som hvert av de tre eierinstituttene har ansvar for å ansette og disponere lærerressurser til studiet, er det en rekke faglig-administrative oppgaver som best ivaretas i fellesskap, så som eksamensavvikling, internasjonal utveksling m.m. Dermed er det nødvendig og hensiktsmessig med både instituttvis og felles studieadministrasjon og faglig ledelse.

Delt eierskap til et studieprogram er faglig, administrativt og økonomisk krevende, ikke minst når eierne konkurrerer innbyrdes om fakultetets ressurser til forskning og undervisning. Ordningen med delt eierskap er spesielt krevende når nye, langsgående og ikke-instituttvis elementer innføres i studiet. Skal ansvar for rekruttering og utgiftene til lærerkrefter fordeles på de tre instituttene, og i så fall - etter hvilken fordelingsnøkkel? Hvordan kan man best legge til rette for og gjennomføre kontinuerlig forbedring av studiet gjennom tidsriktig og innovativ undervisning og praksis?

En annen vesentlig utfordring i utdanningen av leger er det delte utdanningsansvaret mellom Kunnskapsdepartementet (KD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). KD finansierer høyere utdanning ved universiteter og høyskoler. Grunnutdanningenes praksisstudier i spesialisthelsetjenesten finansieres av HOD gjennom de regionale helseforetakene. Tilsvarende praksisstudier i primærhelsetjenesten mangler finansiering, til tross for at helsemyndighetenes store satsing på primærhelsetjenesten gjennom Samhandlingsreformen (1) og utdanningsmyndighetenes påpeking av behovet for god utdanning for framtidens helsetjenesten i Samspillsmeldingen (2). Spesialisthelsetjenesten har et «sørge for»- ansvar for utdanning av helsepersonell, mens primærhelsetjenesten har et «medvirke til»- ansvar. Et stort antall av de kliniske lærerne i legeutdanningen har sin hovedstilling i helsevesenet. Hvordan kan disse kliniske lærerne ivareta god og tilstrekkelig veiledning og undervisning i kliniske fag og praksis, og samtidig tilfredsstille produksjonskravene i den kliniske tjenesten? Sykehuspoliklinikker er, for eksempel, i liten grad tilrettelagt som arena for studentaktiv læring i helseprofesjonsutdanningene. Det er dermed utfordrende å skape kvalitativt gode og studentaktiviserende læringsaktiviteter. Dette todelte forvaltningsansvaret gjør finansiering og videreutvikling av praksisstudiene ekstra utfordrende.

Slike og lignende utfordringer knyttet til beslutningslinjer, organisering og ledelse av legeutdanningen, samt finansiering og kostnadsfordeling av de enkelte undervisningselementer, danner noe av bakteppet for denne innstillingen.

Organisering av legeutdanningen i Norge og enkelte andre land

Grunnutdanningen for leger i Norge er et 6-årig profesjonsstudium som fører fram til autorisasjon som lege. Bestått avsluttende eksamen gir rett til autorisasjon. Legeutdanningene ved NTNU, UIB, UiO og UiT Norges arktiske universitet er i store trekk organisert på samme måte, med tre institutt som eiere, faglig ledelse ved prodekan og programstyre, instituttvist fordelt ansvar for faglig innhold og lærerkrefter, og med administrasjon av medisinstudiet på fakultetsnivå. De fire fakultetene har mange vitenskapelig ansatte i 10-20% bistillinger som har oppgaver innen undervisning og forskning. NTNU har i større grad enn de andre tre opprettet kombinerte 50/50- stillinger ved NTNU og St. Olavs hospital. Ved alle lærestedene foregår klinisk praksis og veiledning i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Mye av den kliniske praktiske undervisningen og veiledningen blir gitt av helsepersonell gjennom deres ordinære kliniske stilling, og uten ansettelsesforhold ved universitetet. Utfordringene med en slik kompleks organisasjonsmodell synes å være nokså like ved de fire lærestedene i Norge, slik det har kommet til uttrykk gjennom diskusjoner i Det nasjonale utdanningsmøtet i medisin, der studenter og faglige og administrative ledere av medisinstudiet ved de fire universitetene møtes jevnlig.

Bildet kompliseres ytterligere ved at fastlegene som regel er selvstendig næringsdrivende. Forskrift om fastlegeordning i kommunene (3) og individuelle avtaler med fastlegene regulerer legenes tjenesteutøvelse. For ansatte tjenesteytere vil imidlertid kommunene kunne påvirke tjenesteutøvelsene gjennom arbeidsgivers styringsrett. Undervisning og veiledning av medisinstudenter omfattes ikke av fastlegeforskriften. Tvert imot står det i gjeldende Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i pkt. 11.3 Medisinske studenter (4): «Legen kan ta imot medisinske studenter i sin praksis. Organisering og andre vilkår er kommunen uvedkommende, og legens forpliktelser overfor kommunen reduseres ikke.»

I våre naboland er legeutdanningene organisert på mange ulike måter, også innenfor det enkelte land. Karolinska Institutet (www.ki.se) er i en særstilling i Skandinavia ved å være et medisinsk universitet, med forskning, utdanning og klinisk praksis (sykehusdrift) innenfor én og samme organisasjon, men også med samarbeid med andre universitetssykehus i Stockholm. Legeutdanningen ved andre svenske universiteter er derimot organisert mer som i Norge, for eksempel har Umeå universitet avtalefestet kjøp av praksisundervisning i sykehus som eies og driftes av fylkene/regionene (<http://www.medfak.umu.se/samverkan/>).

I engelsk språkbruk brukes begrepene «School of Medicine» og «Medical school» om legeutdanningen, men School of Medicine er ikke betegnelse for et entydig organisatorisk konsept. En School of Medicine kan omfatte andre helseprofesjonsutdanninger enn legeutdanningen, samt videre-/etterutdanninger. I Storbritannia er legeutdanningen lagt til universitetene, med klinisk praksis i samarbeidende institusjoner (sykehus/primærhelsetjeneste). Den universitetsinterne organiseringen av legeutdanningen varierer betydelig (5). Ved mange legeutdanninger i USA foregår klinisk praksis i behandlingsinstitusjoner (sykehus og evt. også allmennpraksis) som er eid av universitetet og som sammen med et medisinsk eller helsefaglig fakultet utgjør en School of Medicine (eksempelvis <http://medschool.umaryland.edu> og www.ucsfhealth.org). Ved en del andre legeutdanninger i USA foregår derimot klinisk praksis i eksterne samarbeidende behandlingsinstitusjoner.

Legeutdanningen ved UiT – innhold, struktur og ledelse

Legeutdanningen ved UiT Norges arktiske universitet er et av 13 studieprogram for helseprofesjonsutdanninger ved Det helsevitenskapelige fakultet. Fra og med studieåret 2016/17 er det 116 studieplasser med statlig basisfinansiering ved legestudiet ved UiT.

Medisinstudiet i Tromsø ble etablert i 1973 og var bygd på en nyskapende studiemodell (6). Etter flere interne utredninger og revisjoner (7-9) nedsatte fakultetsledelsen i 2006 et eksternt utvalg for å evaluere medisinstudiet. Arbeidsgruppen ble ledet av professor Borghild Roald ved Universitetet i Oslo. Roald-rapporten (10) omtalte både faglige og organisatoriske forhold og svakheter ved studiet. Dette førte til at fakultetsledelsen både foretok endringer i administrasjonen av studiet og initierte en omfattende revisjon av faglig innhold og struktur i legeutdanningen. Prinsippene for revidert studieplan ble vedtatt av Fakultetsstyret i 2011 (11). Den reviderte studieplanen ble innført fra og med studieåret 2012/13 (12) og innføres år for år med 2012-kullet som «plog-kull».

Den reviderte studieplanen er bygd opp av 9 emner og to tematiske langsgående utdanningsselementer som strekker seg fra første til siste studieår og som inngår i alle emner (Profesjonell kompetanse (PROFKOM) og Vitenskapelig kompetanse (VITKOM)). Hvert emne består av delemner (teoretisk/praktiske integrerte kurs, praksisperioder og masteroppgave) og de fleste emner avsluttes med en integrert eksamen. Studieplanen bygger bl.a. på prinsipper om fagintegrasjon, casebasert læring og spirallæring, som er inkorporert i delemnene. Studieplanen, pedagogiske prinsipper, og struktur, roller og ansvarsforhold knyttet til studieplanen er utførlig omtalt i Håndbok for ledere ved legeutdanningen i Tromsø (13) og på nettsiden <http://site.uit.no/nystudieplan/studieplan>.

I tillegg til strukturen omtalt ovenfor er det ulike utvalg med funksjoner knyttet til studiegjennomføring og eksamensavvikling, bl.a. eksamenskommisjoner og Permanent eksamensutvalg (PEU), som ikke omtales nærmere her.

Den faglige studieledelsen er lagt til Programstyret for medisin (PM), som ledes av prodekan utdanning medisin og odontologi. Siden 2009 har programstyret bestått av instituttlederene for de tre eierinstituttene, to studentrepresentanter, observatør fra NLSH og Studieplansjef medisin, som leder implementeringen av revidert studieplan for medisinstudiet (2012-planen).

Den faglige ledelsen for hvert emne er lagt til ett av de tre eierinstituttene IKM, IMB og ISM, fordelt etter faglig innhold i emnet. Delemneledelsen for hvert av de 42 delemnene i studiet er lagt til ett av de tre instituttene, avhengig av faglig innhold.

Det tredelte eierskapet nødvendiggjør faglige og administrative ledelsesfunksjoner både på institutt- og fakultetsnivå. Emne- og delemnelederne er faglig ansatte, som regel ansatt enten i hovedstilling eller i 20% bistilling. De skal lede både utvikling og vedlikehold av det faglige innholdet i emnet/delemnet sammen med et lærerkorps bestående av et stort antall personer med varierende faglig og personlig engasjement og med ulike tilsettingsforhold ved Helsefak. Det faglige innholdet ivaretas gjennom såkalte fagenheter ved de tre instituttene. For kliniske fag samsvarer fagenhetene stort sett med de kliniske spesialiteter og grenspesialiteter, i alt 22 fagenheter ved IKM campus Tromsø, som for 17 fagenheters vedkommende er dubleret med tilsvarende enhet i Bodø. IMB og ISM har henholdsvis 8 og 7 fagenheter. I samråd med instituttledelsen fordeler fagenhetslederen undervisningsoppgaver blant sine medlemmer. Kontakten mellom fagenheter og delemnene sikres gjennom delemnekomiteene, som utarbeider timeplaner og undervisningsformer i det aktuelle delemnet.

Den administrative ledelsen av medisinstudiet er lagt til Fakultetsadministrasjonen ved Helsefak v/Seksjon for utdanningstjenester. Administrativ leder for utdanningsseksjonen har fram til 2016 ledet både den generelle studieadministrasjonen for alle studieprogram (eksamenstjenester m.m.) og den sentrale administrasjonen av medisinstudiet. Fire studiekonsulenter med medisinstudiet som arbeidsområde er lokalisert til utdanningsseksjonen, mens de tre eierinstituttene har ansatt egne studiekonsulenter som helt eller delvis har medisinstudiet som sitt arbeidsområde (IMB 1, ISM 1, IKM 3). Administrativ leder og studiekonsulentene utgjør «Team medisin».

Utfordringer knyttet til utdanningsledelse og praktisk klinisk undervisning

Forskningsbasert undervisning er et grunnleggende prinsipp for høyere utdanning. I tråd med dette er det tradisjon for at en stor del av den teoretiske og praktiske klinisk relaterte undervisningen i legeutdanningen blir gitt av undervisere med klinisk kompetanse på spesialistnivå og vitenskapelig kompetanse på førsteamanuensis- eller professornivå. Undervisningen i kliniske fag blir i stor grad holdt av personer med ansettelse både ved UiT og i spesialisthelsetjenesten, først og fremst UNN. Som regel er vedkommende ansatt som overlege ved UNN og førsteamanuensis/professor ved IKM, i form av henholdsvis 100% hovedstilling ved UNN og 20% bistilling ved UiT eller vice versa. Helsefak har mer enn 200 ansatte i 20% bistilling. De fleste er leger tilknyttet IKM. Innehavere av bistillinger kan ivareta både undervisningsoppgaver og forskning. Mange har betydelige lederoppgaver innen utdanning, i form av emne- eller delemneledelse i medisinstudiet.

Dagens ordning med utstrakt bruk av 20% bistillinger er svært utfordrende, ikke minst når ordinær undervisning og store utviklingsoppgaver knyttet til den pågående revisjonen av medisinstudiet skal

håndteres samtidig av de samme personer. Selv om mange undervisere gjør en svært god innsats, har manglende prioritering av undervisningsrelaterte oppgaver hos enkelte lærere vært et tilbakevendende tema i studentenes evaluering av den kliniske undervisningen, og representerer et stort problem i daglig ledelse og drift av medisinstudiet. Med et økende produksjonskrav i helseforetakene blir det mindre tid til, og mindre vektlegging av, kvalitativt god studentundervisning. Kravene til «pasientens helsetjeneste» med 6 måneders planleggingshorisont for avtalt behandling av den enkelte pasient har skapt ytterligere problemer for utdanningsvirksomheten i klinisk praksis ved at UNN krever tilsvarende tidsplan for avtale om undervisningsoppgaver, inkludert planleggingsmøter. I 2016 har Felles ledermøte mellom UNN og Helsefak vedtatt at UNN-ansatte med 20% bistilling ved Helsefak kan utføre oppgaver knyttet til bistillingen i løpet av vanlig arbeidstid for hovedstillingen, med inntil 7,5 timer per uke. Dette vil avhjelpe, men ikke fjerne, dagens utfordringer knyttet til planlegging, avvikling og evaluering av praktisk klinisk undervisning.

Arbeidsgruppen ser et klart behov for å høyne kvaliteten av klinisk undervisning, blant annet gjennom re-fordeling av forholdet mellom undervisning og klinisk arbeid fra dagens utstrakte bruk av 20% bistillinger til stillinger med en mer jevn fordeling av undervisning og klinisk arbeid. Dette kan for eksempel gjøres gjennom å opprette kombinerte stillinger med 40/60 eller 50/50 - fordeling mellom klinikk og utdanningsoppgaver, slik det gjøres bl.a. ved NTNU.

Praksisstudier og desentralisert studium

Helt siden medisinstudiet ble etablert, har en stor del av klinisk praksis i studiet foregått utenfor Tromsø. I 5. studieår har Tromsø-studentene desentralisert praksis i lokalsykehus og ved legekontor i hele Nord-Norge i 26 uker. Denne praksisperioden blir evaluert av studentene og studieledelsen som et svært lærerikt og viktig, men logistisk krevende element i legeutdanningen i Tromsø. Det er engasjert praksiskoordinatorer (leger) ved alle lokalsykehusene i Nord-Norge som mottar studenter og i primærhelsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark i tillegg til hovedkoordinatorer (delemneledere) sentralt.

Utrekningen fra 1999 om opptak av 120 studenter årlig (9), inneholdt vurderinger om desentralisert undervisning ut over 5. års praksis. På bakgrunn av denne ble studiet ytterligere desentralisert i 2009 ved å ta i bruk Nordlandsykehuset (NLSH) som base for gjennomføring av sjette studieår for noen studenter. I dag gjennomfører 24 studenter femte og sjette studieår ved NLSH, og i primærhelsetjenesten i Bodø og omegn. Avsluttende eksamen gjennomføres i Bodø. IKM har ansvar for emneledelsen for sjette studieår. Den desentraliserte modellen for sjette studieår har medført behov for stedlig studieledelse i Bodø, som utøves av en overlege ved NLSH med bistilling ved IKM (20 % stilling) og en studiekonsulent som er ansatt i studieseksjonen, med arbeidsplass i Studentenes hus ved NLSH. For å ivareta undervisningen i Bodø, er det opprettet 36 bistillinger (totalt 6,5 stillingsressurs) ved IKM for leger med hovedstilling ved NLSH og 4 bistillinger (totalt 0,9 stillingsressurs) ved ISM for leger i primærhelsetjenesten i Bodø og omegn). Bistillingene er finansiert av Helse Nord.

En tilsvarende desentralisert modell er under etablering i Finnmark (Finnmarksmodellen) (14). En pilot med 4 studenter vil bli prøvd ut i 2017/18. Fra og med studieåret 2018/19 vil 12 studenter gjennomføre siste studieår i Hammerfest, Alta og Karasjok. Planlegging og implementering av

Finnmarksmodellen er definert som et prosjekt med lokal prosjektledelse ved Finnmarkssykehuset. Prosjektet har siden 2015 hatt egen styringsgruppe som er oppnevnt av Fakultetsstyret og ledet av dekanen.

Prosjektorganisering ved implementering av revidert studieplan i medisin

Arbeidet med ny studieplan i medisin ble i januar 2010 organisert som prosjekt med

- Styringsgruppe med dekan (leder), studentrepresentant, prorektor utdanning, UNN-direktør, klinikkleder med UiT-tilknytning, lege fra Tromsø kommune og leder KS-Nord.
- Prosjektgruppe med prosjektleder (prodekan utdanning medisin), studenter, vitenskapelig ansatte og allmennleger. Prosjektleder rapporterte til dekan.
- Arbeidsgrupper (vitenskapelig ansatte og studenter) med ansvar for å utarbeide tematiske delprosjekt og som rapporterte til prosjektleder

Etter en større høringsrunde ble en justert innstilling om ny studieplan vedtatt i Fakultetsstyret i oktober 2011 og iverksatt fra 2012 (12). På grunn av kompleks logistikk og ønske om nært samarbeid med helsetjenesten, anbefalte Fakultetsstyret videreføring av prosjektorganiseringen med en egen styringsgruppe med ekstern representasjon. Avklaring av roller og ansvar mellom linjeledelsen og prosjektorganisasjonen ble vedtatt i styringsgruppen (sak S-REVMED 02-2012). Prosjektperioden ble vedtatt å vare til 2018, dvs. til studieplanen er gjennomført i sin helhet én gang. Studieplansjef medisin ble ansatt i fast stilling og et studieplanutvalg ble opprettet i 2012 som et underutvalg for Programstyret medisin (sak PM 02-12). Ifølge mandatet skal utvalget bl.a.: «behandle og avgjøre saker av faglig, organisatorisk og praktisk karakter som gjelder implementering av revidert studieplan, herunder planlegging av emner og delemner ...».

Historisk tilbakeblikk på organisatorisk struktur og budsjettmodell for legeutdanningen

Medisinsk studieplan UiT av 1971 (6) sier følgende om faglig ledelse og administrasjon (s. 102): «*Studiestyret* leder planleggingen og den løpende revisjon av studieordningen (studieplanen, eksamensordningen, etc.). Det har avgjørende myndighet i alle spørsmål som angår studieordningen. Det bør ha 8 medlemmer, oppnevnt for 3 år av gangen: 3 lærere og 3 studenter (1 lærer og 1 student velges ved hvert institutt), 1 yrkesutøver (utpekes av utvalget for planlegging og forskning) og 1 representant for helsemyndighetene (utpekes av utvalget for planlegging og forskning, eventuelt etter innstilling fra de nordnorske fylkesting). Styret velger selv sin formann, og det har en studieleder i heldags stilling som sekretær. Studiestyret har ellers felles sekretariat med utvalget for planlegging og forskning. (...) *Budsjettutvalget* skal koordinere instituttene budsjetter til et felles budsjett for hele fagområdet (medisin). Det består av 4 representanter, 2 fra studiestyret og 2 fra utvalget for planlegging og forskning.»

I løpet av 1980- og 1990-årene ble Fagområdet medisin gradvis endret i retning av et medisinsk fakultet. Budsjettutvalget ble erstattet av Fagstyret, og da Medisinsk fakultet (Medfak) ble opprettet i 1997, fikk man ordningen med fakultetsstyre ledet av dekan. Studiestyret mistet sin tidligere økonomiske handlefrihet, og dette organets faglige autonomi ble ytterligere innskrenket gjennom Kvalitetsreformen for høyere utdanning av 2003 (15), der studieprogramledelse har fått en tydelig rådgivende funksjon. Programstyrets oppgaver og mandat ble revidert av fakultetsstyret ved Medfak i 2006 i hht. Kvalitetsreformen og UiTs Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten. Programstyret fikk delegert følgende myndighet til å treffe beslutninger i studiesaker (16):

- Behandle og avgjøre saker vedr planlegging, revisjon og gjennomføring av studiet, herunder eksamensavvikling
- Behandle saker og innstille til Fakultetet om vesentlige endringer i studiet og emnene
- Ivareta helheten i studiet og se til at emnene representerer faglig helhet og fordypning
- I samarbeid med instituttene være ansvarlige for at den planlagte undervisningen gjennomføres
- Sette i gang nødvendige tiltak for å ivareta kvaliteten i studiet
- Foreslå nyanskaffelser og utskiftninger av undervisningsutstyr
- Se til at studentene blir ivaretatt faglig og sosialt, og sette i gang nødvendige tiltak ved svikt i ivaretagelse av studentene
- Utarbeide kvalitetsrapport for studiet etter UiTs kvalitetssikringssystem
- Foreslå opptakskomite

Den komplekse strukturen og det delte eierskapet mellom tre institutt har medført store utfordringer mht. administrasjon og ledelse av legeutdanningen. I årenes løp har det vært gjentatte forsøk på å beskrive og løse utfordringene, uten at man så langt har klart å komme fram til en faglig og administrativ ledelsesmodell som framstår som ideell. Rapporten fra den eksterne evalueringskomiteen i 2006 (10) pekte blant annet på flere administrative svakheter ved studieprogrammet, noe som medførte at fakultetet vedtok å omorganisere Studieseksjon for medisin. Leder for studieseksjonen skulle ha administrativt ansvar for medisinstudiet og for fire studiekonsulenter, der én konsulent fikk ansvar for 1.- og 2. studieår, én for 3. og 4. året, en for 5. året, og én for 6. studieår. I tillegg fikk leder for studieseksjonen faglig og personalmessig ansvar for studiekonsulenter med generelle studierelaterte oppgaver. Denne ordningen ble beholdt da fakultetet i 2009 fikk utvidet sin studieportefølje til 10 profesjonsprogram gjennom fusjon med Høgskolen i Tromsø, og seinere til 13 studieprogram for profesjonsstudier gjennom fusjonene med Høgskolen i Finnmark, Høgskolen i Harstad og Høgskolen i Narvik. Dette har medført et svært stort spenn i arbeids- og ansvarsområder for seksjonsleder, og resulterte våren 2016 med at stillingen ble splittet i to administrative stillinger; administrativ leder for Enhet for legeutdanning og administrativ leder for Seksjon for utdanningstjenester.

I 2010 ble det innført en ny budsjettfordelingsmodell ved Helsefak (17). I oppdragsdokumentet til den oppnevnte arbeidsgruppen ledet av fakultetsdirektøren ga Interimstyret bl.a. følgende føring:

«For undervisningskomponenten ønskes mest mulig av inntekter og aktivitet lagt til instituttene. Dette gir incentiver til å drive mest mulig kostnadseffektivt og rasjonelt. Videre flyttes ansvaret til produksjonsnivået. Samtidig må modellen ivareta behovet for samordning av undervisning på tvers av instituttene. Også medisinerutdanningen prøves løst etter en slik modell, med vektning av undervisningsformer som støtter opp om samordning og pedagogiske målsettinger.»

Arbeidsgruppen oppnevnte i samråd med dekan en undergruppe ledet av dekan, med følgende mandat: *«Arbeidsgruppen skal fremme forslag om fordeling av studiepoengmidlene innen profesjonsstudiet i medisin (finansieringskategori A). Gruppen skal vurdere fordelingen instituttene imellom samt legge frem en modell for ivaretagelse av mulighet for strategiske økonomiske og politiske prioriteringer, slik at ny budsjettfordelingsmodell kan stimulere til utvikling og fremme nye undervisningsformer.»*

Den nye budsjettfordelingsmodellen ble gjeldende fra 2010. Aktivitetsregnskapet (AR2) ble vedtatt som styringsverktøy for oversikt over undervisning og fordeling av undervisningsbaserte midler til instituttene.

Et av de overordnede prinsippene i den nye fordelingsmodellen var at legeutdanningen skulle være en egen enhet – siden kalt «Fellesmedisin». Utredningen omtaler budsjettmodellens styringselementer slik i pkt. 5.1.5: «Programstyret i medisin ledes av en prodekan og har medlemmer fra de 3 medisinske instituttene. Programstyret har budsjettansvar. Avstanden til linjeledelsen blir kort og beslutningsprosessene effektive. Programstyret vil ivareta strategisk utvikling av studiet med egne utviklingsmidler.» Videre heter det i kapittel 6.2 Medisinerutdanningen bl.a. at «prodekan for medisinerutdanningen i samråd med programstyret har budsjett disponeringsmyndighet og foretar en årlig revisjon før fordelingen av resultatmidler fra studiepoengproduksjonen fra medisinerutdanningen. For at denne fordelingen skal bli optimal vil det stilles krav til utvikling av styrets informasjonssystemer. Videre foreslår arbeidsgruppen at programstyret skal godkjenne undervisningsrammene for hvert kurs/emne og disse skal ligge til grunn for registrering av undervisningsbelastning. Dette gjøres for å unngå privatisering.

Finansieringsmodell for enheten Medisinerutdanningen:

Det foreslås et avtak av studiepoengmidler fra medisinerutdanningen, kategori A lik 26,5% for å finansiere enheten. Satsen vil variere fra år til år da utplasseringskostnadene henger sammen med antall studenter i praksis.»

Finansieringsbehovet for enheten Medisinerutdanning ble for 2010 definert til 13, 679 mill. kr., spesifisert som (1000 kr): Utplassering (8 852), sensur (400), studiekonsulenter (1 927), utvikling av studie/undervisningsformer (2 500). Dette ble balansert mot Avtak 26,5 % (11 542) og Refusjon sykehus ØM (2 137). Denne modellen har i prinsippet bestått fram til i dag.

Helse Nord som finansiør av klinisk undervisning av legestudenter ved UiT

Ved opprettelsen av UiT og Regionsykehuset i Tromsø (RST) ble det inngått avtale mellom staten og Troms fylkeskommune om universitetsklinikktilskudd knyttet til RST. Over tid gjennomgikk avtalen flere endringer. I 1999 omfattet det daværende Regionsykehustilskuddet bl.a. følgende: «Tilskudd til undervisning gis som delvis kompensasjon for sykehusenes merkostnader ved at undervisning av medisinstudenter inngår i den kliniske behandlingen. Tilskuddet tilsvarer 860 000 kroner per uteksaminert medisinerstudent.» (18). Ut fra gjeldende satser utgjorde undervisningstilskuddet til RiTØ 43,6 mill. kr i 1999. De påfølgende år ble det gjort flere justeringer av tilskuddsordningen. F.o.m. 2006 ble tilskuddet til utdanning lagt inn i basisbevilgningen til RHFene, som beskrevet i det årlige oppdragsdokumentet fra HOD til Helse Nord for 2007 (side 16) (19): «Helse Nord skal sørge for en kvantitativ riktig og en kvalitativt god utdanning av helsepersonellet som har helseregionen som praksisarena eller arbeidssted. Dette gjelder for helsepersonell i grunnutdanning (elever/lærlinger/studenter), turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning. Samarbeidsorgan og inngåtte samarbeidsavtaler skal sikre et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionen. Samarbeidsorganet ved universitetet skal ha et særlig fokus på undervisningen for medisinstudentene, jf. at tilskuddet fra 2006 ble lagt inn i basisbevilgningen.»

Til tross for at undervisningstilskuddet ikke lenger var spesifisert fra HODs side, valgte Helse Nord, i forståelse med Samarbeidsorganet mellom UiT og Helse Nord (USAM), å fordele spesifiserte utdanningsmidler i den årlige budsjettildelingen til de underliggende HF fram til 2012. Helse Nord har siden 2008 direktefinansiert 36 vitenskapelige bistillinger ved Nordlandsykehuset for å ivareta undervisning av sjetteårs medisinstudenter. En tilsvarende finansieringsordning er etablert for den vedtatte «Finnmarksmodellen».

Samarbeid mellom universitet, helseforetak og primærhelsetjenesten

Helsefak har etablert samarbeid om utdanning med spesialist- og primærhelsetjenesten gjennom formelle avtaler og kontrakter og gjennom en rekke fora, så som Universitetssamarbeidsorganet mellom Helse Nord og UiT og Nord Universitet (USAM), Felles ledermøte mellom UNN og Helsefak, og Felles utdanningsutvalg mellom UNN og Helsefak. Det avholdes dialogmøter mellom Helse Nord, UNN, UiT og Helsefak og Felles styreseminar mellom UNN og Helsefak. Det er opprettet Samarbeidsorgan mellom Helsefak og Tromsø kommune, og mellom Helsefak og andre kommuner. Helsefak har observatørplass i OSO –Overordnet samarbeidsorgan mellom UNN og kommunene i UNNs nedslagsfelt. Flere av samarbeidsorganene er på et overordnet nivå og ikke eksklusivt rettet mot legeutdanningen. I 2016 har UNN opprettet en stilling for koordinator ved Klinisk utdanningsavdeling, som i tillegg til mer generelle oppgaver i følge stillingsbeskrivelsen «skal koordinere praksisstudiene for medisinerstudenter i samarbeid med klinikkenes utdanningsansvarlige og de helsefaglige utdanningsinstitusjonene.»

Dagens finansieringsordning er en stor utfordring for utdanninger som ønsker å være i takt med utviklingen i helsetjenesten, der stadig nye oppgaver legges til primærhelsetjenesten, og det er økt fokus på samhandling innad i og mellom nivåene. Grunnutdanningen skal gi studentene kompetanse for denne morgendagens helsetjeneste. Da må utdanningen i større grad foregå på arenaer i primærhelsetjenesten bl.a. med fokus på samhandling.

Utfordringene gjelder også forholdet mellom den offentlige spesialisthelsetjenesten i helseforetakene, avtalespesialister og private sykehus. Dersom utdanningsinstitusjonen hadde disposisjonsrett over de kliniske utdanningsmidlene som i dag fordeles fra HOD til offentlige sykehus, ville man kunne inngå, og kontinuerlig revurdere, forpliktende avtaler om klinisk studentundervisning med dem som kunne tilby undervisning av høyest kvalitet. En slik modell er imidlertid ikke realistisk å få til på kort sikt, og utfordringene må derfor løses av utdanningsinstitusjonene og primær- og spesialisthelsetjenesten i fellesskap.

Hvorfor omorganisering og ny budsjettfordeling for legeutdanningen?

Den tradisjonelle modellen for organisering av legestudiet i Tromsø og prinsippet om mest mulig instituttvis «eierskap» og ledelse av legestudiet (jf. ovenfor) kan synes fornuftig. Modellen gir et klart utdanningsansvar til instituttene og gir mulighet for at de selv kan avgjøre og endre allokering av lærerressurser ved behov på en fleksibel og dynamisk måte. Dette er helt i tråd med fakultetsledelsens ønske om å ha sterke institutter som tar ansvar i utdanningssaker.

Imidlertid har modellen betydelige svakheter, som er blitt særlig tydelige etter overgang til ny studieplan for legeutdanningen (se ovenfor). I det reviderte programmet er det innført flere undervisnings- og læringsaktiviteter på tvers av institutt og studieår. De langsgående temaene PROFKOM og VITKOM er eksempler på undervisningselementer som blir svært krevende å gjennomføre fordi ansvar for rekruttering av undervisere og mentorer, og koordinering av undervisningen er fordelt på tre institutt og mange personer. Praktisk klinisk undervisning knyttet til PROFKOM og delemner i studiet involverer både universitetsansatte og faglig og administrativt personell ved UNN – og den faglige utdanningsledelsen ved Helsefak har ikke myndighet til å bestemme gjennomføringen av undervisningen fordi den utføres av eller er avhengig av personer i lav stillingsprosent eller uten tilsettingsforhold ved UiT.

Kort oppsummert er medisinstudiet ved UiT komplekst og kjennetegnes blant annet ved at:

- tre institutt «eier» studieprogrammet
- faglig ledelse er lagt til et programstyre, som ledes av prodekan utdanning medisin og odontologi, og med de tre instituttlederne, studieplansjef (faglig leder for 2012-studieplanen) og studenter som medlemmer
- administrativ ledelse er dels lagt til fakultetsadministrasjonen, dels til instituttene
- undervisningselementer innføres i økende grad på tvers av instituttstrukturen, med uklart eierskap og ledelsesansvar som resultat
- teoretisk og praktisk undervisning omfatter 30-40 ulike fag hovedsakelig innen basale biomedisinske, kliniske og samfunnsmedisinske fag
- flere hundre personer er involvert i undervisningen, hovedsakelig ansatte i hoved- og bistillinger ved IKM, IMB og ISM, men også eksterne undervisere uten ansettelsesforhold ved UiT
- en stor del av praktisk klinisk undervisning foregår i universitetsklinikken (UNN) i form av korte gruppebaserte undervisningssesjoner, til dels med UNN-ansatte uten tilsettingsforhold ved UiT som undervisere/veiledere
- ekstern praksis i spesialisthelsetjenesten i femte studieår (18 uker) foregår ved alle sykehus i Nord-Norge og finansieres gjennom budsjettildeling fra HOD, fordelt av Helse Nord
- ekstern praksis i primærhelsetjenesten i femte studieår (8 uker) foregår ved fastlegekontor over hele Nord-Norge og finansieres av fakultetet, uten øremerket tilskudd fra utdanningsmyndighetene. På fakultets- og instituttnivå arbeides det med å etablere nye undervisningsarenaer i primærhelsetjenesten for å imøtekomme samfunnets behov for helsefaglig og medisinsk kompetanse slik det er definert i statlige styringsdokumenter
- desentralisert studietilbud er etablert i Bodø/NLSH for 24 studenter i sjettede studieår, og en tilsvarende ordning er under etablering i Finnmark (Hammerfest, Alta, Karasjok) for 12 studenter, med Helse Nord som hovedfinansiør av nye bistillinger tilknyttet ordningen
- omfattende utvekslingsavtaler med 30-40 inn- og utreisende studenter i internasjonalt semester i 4. studieår

II Forslag til organisering av Enhet for legeutdanning (ELU)

Med henvisning til situasjonsbeskrivelsene tidligere i dette dokumentet, vil Arbeidsgruppen påpeke behovet for å styrke undervisning og utdanningsledelse i legeutdanningen. Arbeidsgruppen mener at det er et klart behov for å utvikle et tett, smidig og forpliktende samarbeid mellom Helsefak og Helse Nord, UNN og KS når det gjelder faglig innhold, gjennomføring, og ivaretagelse av utviklingsoppgaver i legeutdanningen i form av nye læringsarenaer

Ved fusjonen mellom UiT og Høgskolen i Tromsø i 2009 fikk Helsefak ansvar for 10 studieprogrammer. Fakultetet (dekan) valgte å ha to prodekaner for utdanning – én med særlig ansvar for medisin og odontologi, og én for alle de andre studieprogrammene. Prodekan utdanning medisin og odontologi fikk spesielt ansvar for å lede arbeidet med innstilling om ny

studieplan (vedtatt i 2011), og samtidig være leder av Programstyret medisin. Arbeidsgruppen ser et klart behov for å styrke den faglige utdanningsledelsen ved Enhet for legeutdanning og ved instituttene. De fleste andre profesjonsutdanningene ved Helsefak på bachelor- og masternivå ledes av en studieleder i åremålsstilling (4 år), med eller uten personalansvar. I nåværende organisasjon deles faglige ledelsesoppgaver mellom programstyreleder (prodekan utdanning) og studieplansjef medisin, som er leder av Studieplanutvalget. Arbeidsgruppen ser det som ønskelig med en enhetlig ledelse av Enhet for legeutdanning, at ledelsesoppgaver og –ansvar frigjøres fra prodekanfunksjonen, og at stillingen som studieleder for legeutdanningen omfatter personalansvar for administrativ leder. En slik stilling fins ikke innenfor nåværende organisasjonsstruktur.

Arbeidsgruppen foreslår også å styrke utdanningsledelsen i studiet ved at hvert av instituttene som har ansvar for programmet blir tildelt en ny stilling som faglig leder av legeutdanningens oppgaver ved pågjeldende institutt. Stillingen vil være en åremålsstilling (4 år) der utdanningsoppgaven utgjør minst 50% av stillingen og den resterende del av stillingen kan være forskning eller klinisk virksomhet. Stillingen får betegnelsen legeutdanningsleder (LUL). Denne person vil være å betrakte som en lagkaptein for alle på instituttet som har undervisningsoppgaver på legeutdanningen. En viktig funksjon tillagt hver av de tre stillingene er emneledelse for emner tilsvarende 2 studieår.

I forbindelse med innføring av ny studieplan, ble det ansatt en professor i bistilling for å ivareta følgeforskning på ny versus gammel studieplan. Følgeforskning er også planlagt i forbindelse med oppretting av desentralisert sjetteårsundervisning i Finnmark (side 11). Følgeforskning og forskning på undervisning og læring i studieprogrammene er et satsingsområde ved Helsefak, og organiseringen av slik forskning er under debatt. Arbeidsgruppen har ikke vurdert om forskning på legeutdanningen bør organiseres ved Enhet for legeutdanning eller på annen måte ved Helsefak.

Arbeidsgruppen foreslår å opprette en Enhet for legeutdanning (ELU) som omfatter faglig og administrativ ledelse av legestudiet gjennom Styre og Programråd for legeutdanningen og Team Medisin (administrativt personell).

Arbeidsgruppen foreslår følgende ledelsesstruktur for legeutdanningen:

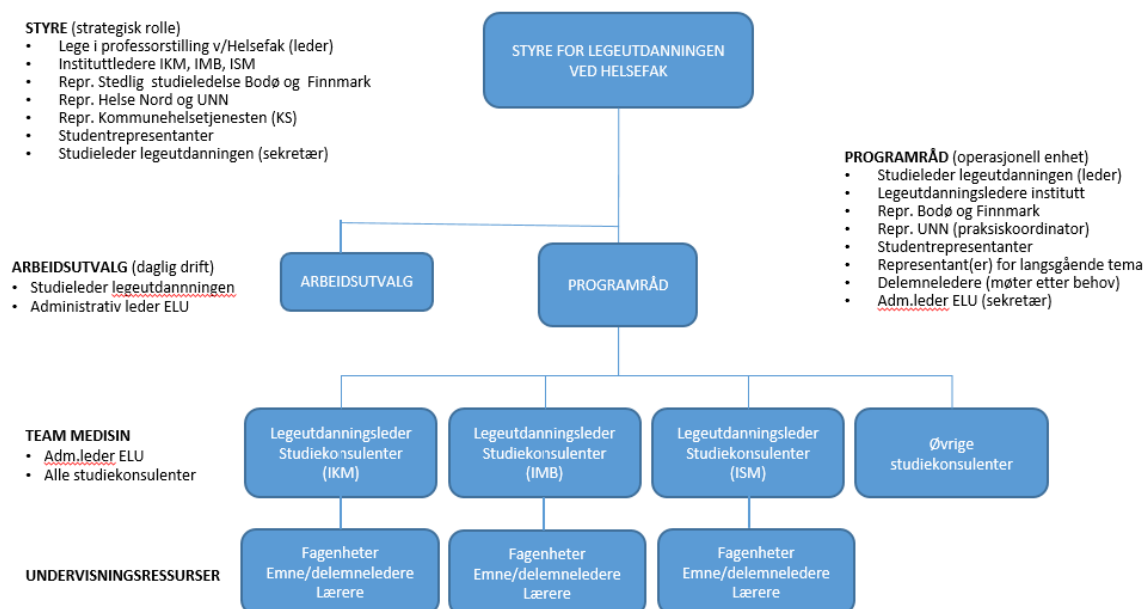
- 1) Et strategisk styre som ledes av lege i professorstilling ved fakultetet og for øvrig består av instituttledere, representanter for desentralisert ledelse av legeutdanningen, representanter for eksterne samarbeidspartnere (praksisfeltet), og studenter. Styrets sekretær vil være Studieleder for legeutdanningen. Styret møtes 3-4 ganger årlig. Se under for detaljert forslag til medlemmer.
- 2) Et programråd som består av personer med direkte relasjon til og ansvar for faglig innhold og organisatorisk utforming av legeutdanningen med studieleder for legeutdanningen som rådets leder. Rådets sekretær vil være administrativ leder for ELU. Programrådet møtes jevnlig gjennom studieåret og behandler løpende faglige og organisatoriske saker. Se under for detaljert forslag til medlemmer.

Arbeidsgruppen foreslår følgende stillinger for daglig ledelse av legeutdanningen:

- Studieleder for legeutdanningen i 100% åremålsstilling (nyopprettet) (heretter kalt studieleder)
- Administrativ leder i 100% stilling (fast stilling) (nyopprettet, vedkommende er ansatt i 2016)
- Studiekonsulenter (faste stillinger) (videreføring)
- En legeutdanningsleder (LUL) ved hvert av de tre instituttene (vitenskapelig åremålsstilling) (nyopprettet).

Figuren nedenfor illustrerer Arbeidsgruppens forslag til organisasjonsstruktur for legeutdanningen

Arbeidsgruppens forslag til organisasjonsstruktur for legeutdanningen



Medlemmer av styre, programråd og arbeidsutvalg

Styre for legeutdanningen

Oppnevnes av Fakultetsstyret for 4 år, bortsett fra studentrepresentanter (1 år) og består av:

- Leder (lege i professorstilling ved Helsefak) (oppnevnt av Fakultetsstyret for 4 år)
- Instituttledere IKM, IMB, ISM
- Faglig representant for stedlig ledelse av desentralisert legeutdanning (6. år) i Bodø
- Faglig representant for stedlig ledelse av desentralisert legeutdanning (6. år) i Finnmark
- Representant for Helse Nord (oppnevnes av Helse Nord)
- Representant for UNN (oppnevnes av UNN)
- Representant for kommunehelsetjenesten (oppnevnes av KS Nord-Norge)
- 2 studentrepresentanter (oppnevnes av Studentutvalget)

Studieleder for legeutdanningen er styrets sekretær

Programråd for legeutdanning (PLU)

Oppnevnes av Fakultetsstyret for 4 år, bortsett fra studentrepresentanter (1 år) og består av:

- Studieleder for legeutdanning (leder)
- Legeutdanningsledere (IKM, IMB, ISM)
- Representanter for desentralisert legeutdanning (6. år) i Bodø (1) og Finnmark (1)
- Representant for UNN (praksiskoordinator for legeutdanningen)
- Representant(er) for langsgående tema
- 2 studentrepresentanter

Administrativ leder for ELU er programrådets sekretær

Delemneledere innkalles til Programrådets møter etter behov.

Arbeidsutvalget leder daglig drift og består av:

- Studieleder for legeutdanningen
- Administrativ leder for ELU

Beskrivelse av stillinger, oppgaver og ansvarsforhold

Fakultetsstyret (FS) delegerer planlegging og gjennomføring av legestudiet til Enhet for legeutdanning (ELU). Fakultetsstyret tildeler et budsjett for gjennomføring av legeutdanningen. Budsjettet skal omfatte alle utgifter unntatt lønn til undervisere (vitenskapelige ansatte) som er ansatt ved de tre eier-instituttene IKM, IMB, ISM i ordinære kombinerte undervisnings- og forskningsstillinger.

Styre for legeutdanningen

Styret har et delegert ansvar (fra FS) for at Det helsevitenskapelige fakultet utdanner leger som kan autoriseres som leger i henhold til Lov om helsepersonell, (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>). Innenfor rammer gitt av fakultetsstyret, fastsetter styret studieplan for legeutdanningen ved fakultetet, karakterskala, og i hvilket geografisk område utdanningen skal gjennomføres. Styret fastsetter også hvilke fysiske fasiliteter som er nødvendige for å gjennomføre utdanningen, og gir rammer for undervisningspersonale.

Styret avgjør også på hvilken måte administrasjonen av legeutdanningen skal organiseres innenfor budsjett tildelt av fakultetsstyret. Studieleder rapporterer til styreleder.

Styreleder

Styreleder vil ha en viktig rolle som representant for legeutdanningen ved Helsefak på nasjonale og lokale arenaer og bør ha inngående kjennskap til studieprogrammet og legeyrket. Dersom prodekan

utdanning har denne kompetansen, vil det være naturlig at vedkommende er leder for styret. Alternativt kan styreleder være en lege i professorstilling ved Helsefak.

Programråd for legeutdanningen

Styret delegerer det operative ansvaret for gjennomføringen av legeutdanningen til Programrådet. Det nyopprettede Programrådet vil være en hybrid mellom det nåværende Programstyret og Studieplanutvalget. Programrådet ledes av studieleder.

Programrådet har det operative ansvaret for gjennomføringen av legeutdanningen og for kontinuerlig revisjon/videreutvikling av studiet innen de faglige rammer som er gitt av Styret.

Programrådet kan opprette faste og ad hoc underutvalg og arbeidsgrupper slik det finnes formålstjenlig.

Programrådet foretar beslutninger om behov for undervisning i spesifiserte fag/emner. Bestillinger rettes til legeutdanningslederen ved det institutt som har angjeldende fagkompetanse. Dersom instituttet ikke kan levere undervisningen i henhold til de kvalitetskrav Programrådet stiller, kan legeutdanningslederen bestille denne undervisningen ved eller i samarbeid med annet institutt (inkludert de øvrige institutter ved fakultetet), eventuelt fra eksterne kilder.

Et **arbeidsutvalg** bestående av studieleder og administrativ leder for ELU står for daglig drift og forbereder saker for programrådet.

Studieleder for legeutdanning

Arbeidsgruppen foreslår at stillingen som studieleder for legeutdanning lyses ut offentlig for 4 år med mulighet for forlengelse i én periode til. Vedkommende vil ha inntil 80% stillingsressurs som faglig utdanningsleder og det resterende til FoU-tid. Stillingen kan innehas av lege med vitenskapelig og pedagogisk kompetanse svarende til minst førstestillingskompetanse.

Studieleder vil være faglig leder og ha ansvar for å lede både drift og videreutvikling av legeutdanningen. Studieleder vil inneha personalansvar for administrativ leder for ELU. Arbeidsgruppen anser at oppgaven som faglig leder er så omfattende og viktig at den ikke kan løses innenfor en vitenskapelig stilling med lik fordeling av tid til utdanningsledelse og egen forskning.

Legeutdanningsleder

Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes en vitenskapelige åremålsstilling (4 år) som legeutdanningsleder (LUL) ved hvert av de tre eier-instituttene IKM, IMB og ISM, med 50/50-fordeling til utdanningsoppgaver og forskning/klinisk virksomhet. Stillingene lyses ut offentlig. Vedkommende ansettes som førsteamanuensis eller universitetslektor, avhengig av kvalifikasjoner.

Legeutdanningslederne lønnes av midlene tildelt av Fakultetsstyret. De rapporterer faglig til studieleder/instituttleder, men tilhører forskningsgruppe ved sine respektive institutt. Legeutdanningslederen skal være et bindeledd mellom studieprogramledelsen og instituttets undervisningspersonell, og vil - med fokus på at utdanningens målsetting oppfylles - ha til oppgave å

ivareta emneledelse (til sammen emner tilsvarende 2 studieår), delta som medlem i programrådet og bidra til at programrådets vedtak formidles til og implementeres på eget institutt. Samarbeid med koordinator for legeutdanningen ved UNN og andre eksterne praksis-koordinatorer om PKU (praktisk klinisk undervisning) inngår også i oppgavene.

Administrasjonen av legeutdanningen

ledes av Administrativ leder for ELU, som rapporterer til Studieleder, som har personalansvar for stillingen. Administrativ leder, studiekonsulenter ved Enhet for legeutdanning og studiekonsulent(er) ved hvert av de tre instituttene utgjør til sammen TEAM MEDISIN.

Hvem rapporter til hvem?

Stilling	Rapporterer til	Personalansvar
Styreleder	Dekan	Dekan
Studieleder for legeutdanning	Styreleder	Dekan
Legeutdanningsleder institutt	Instituttleder/studieleder	Instituttleder
Studiekonsulenter institutt	Legeutdanningsleder	Kontorsjef institutt
Studiekonsulenter fakultet	Studieleder	Administrativ leder ELU
Administrativ leder ELU	Studieleder	Studieleder
Delemneleder	Emneleder	Instituttleder
Ansatte langsgående tema	Studieleder	Instituttleder

Oppgave- og ansvarsfordeling mellom Prodekan utdanning (PU), studieleder for legeutdanningen (SL), Programrådet medisin og andre sentrale aktører

Universitetsstyret ved UiT har i dokumentet *Arbeids- og ansvarsfordeling for styring og ledelse av utdanningsprogrammene ved Universitetet i Tromsø* (møte 26.03.2009, sak S 15-09, 2009/174). bl.a. beskrevet ansvar og oppgaver for faglig studieprogramledelse ved UiT, utfyllende beskrivelse i Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten ved UiT, kap. 2. Aktører og ansvarsområder. Fakultetet bestemmer hvilken ledelsesordning som skal gjelde for hvert enkelt studieprogram, der man kan velge mellom studieleder og programstyre med programstyreleder. UiT sitt Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten nevner ikke spesifikt en situasjon der ansvaret for et studieprogram er delt mellom flere institutter. Derfor må Helsefak bruke beste skjønn i utarbeidelsen av revidert ledelsesstruktur for legeutdanningen. Arbeidsgruppen antar at den foreslåtte modellen med et styre med eksterne representanter og et programråd som også har ekstern representant (UNN), vil måtte behandles av Universitetsstyret.

Arbeidsgruppens forslag til ledelsesstruktur innebærer en endring i forhold til dagens organisering av legestudiet. Oppgaver for studieleder og grenseoppgang mot styreleder, prodekan utdanning, administrativ leder og legeutdanningsledere ved institutt kan beskrives slik:

- oppfølging av enkeltstudenter (skikkethet, faglig progresjon, stryk etc.)	Studieleder. Kan delegere til emneleder, kan involvere studentens mentorer
---	---

- oppfølging av stedlig ledelse i Bodø, Hammerfest etc.	Studieleder
- delta i samarbeidsfora mot UNN, Tromsø kommune og lignende arenaer)	leder av Styret for legeutdanning/Studieleder
- delta samarbeidsfora FOSS/TPS/Helped/Result)	Studieleder
- delta i diverse utvalg (Merittering, strategiutvalg, HO21)	Prodekan utdanning, Studieleder, leder av Profkom, Vitkom, legeutdanningsleder, administrativ leder ELU – avhengig av utvalget. AU for Programrådet fordeler oppgaver og oppnevner deltakere
- arrangere konferanser, møter (USAM, fak.styre/UNN-styre	Prodekan utdanning
- delta i felles ledermøte med UNN	Instituttleder IKM
- delta i felles utdanningsutvalg (FUU)	Legeutdannings-leder fra IKM
- delta i dekanatmøte og ledermøte	Prodekan utdanning
- delta i fast (ukentlig) møte med Seksjon for utdanningstjenester	Administrativ leder Seksjon for utdanning, Prodekan utdanning
- lede fast (ukentlig) møte med Team medisin	Administrativ leder ELU
- delta som medlem/varamedlem i USAM	Prodekan utdanning
- delta i Strategisk utdanningsutvalg UiT	Prodekan utdanning
- delta og bidra i planlegging av Nasjonalt utdanningsmøte medisin og Dekanmøtet i medisin	Studieleder
- delta i utvikling av Spesialistutdanningen i medisin	avhengig av tema, er ikke en ansvarsoppgave for Enhet for legeutdanningen
- ta ad hoc- møter med lærere, studenter, instituttene, besøkende, NOKUT, HDir etc. om forhold vedr studiet spesielt og utdanning generelt	Prodekan utdanning, Studieleder, legeutdanningsleder, leder av Profkom, Vitkom, Adm leder ELU– avhengig av møtet. Studieleder delegerer
- planlegge og gjennomføre studieplanseminar, workshops og kurs	Studieleder, legeutdanningsleder, leder av Profkom, Vitkom, Adm leder ELU – avhengig av aktivitet. Programrådet har ansvar for årlig studieplanseminar

Uansett om et studieprogram ledes av en studieleder eller av et programstyre, angir Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten ved UiT (16) en rekke oppgaver som må løses av aktører med ledelsesfunksjoner i utdanningene. Arbeidsgruppens forslag legger opp til en endret oppgave- og ansvarsdeling enn i dagens ledelsesstruktur. På listen er anført i **fet blå skrift** hvilket organ/stilling som har ansvar for disse oppgavene i en ny struktur:

Studieprogramledelsen:

Ansvar for oppgaven legges til:

- har en koordinerende og rapporterende funksjon for sitt program, og skal se til at programmet har en faglig helhet og en faglig fordypning samt ivareta undervisningskvaliteten.	Programrådet på mandat fra Styret
- skal behandle saker og fatte vedtak om mindre endringer vedrørende planlegging, revisjon og gjennomføring av studiet	Programrådet
- skal behandle saker og fremme forslag til instituttet om vesentlige endringer vedrørende planlegging, revisjon og gjennomføring av studiet	Programrådet
- har ansvaret for å organisere undervisningsvirksomheten og det pedagogiske arbeidet	Programrådet , med emneledere (LUL) som de som fører vedtak ut i emne- og delemner.
- skal sørge for at planlegging og evaluering gjennomføres i henhold til kvalitetssikringssystemets bestemmelser	Programrådet legger rammer, bestiller og saksbehandler. Delemneledere har ansvar for gjennomføring og rapportering av evaluering
- skal sørge for at emner og program evalueres i henhold til kvalitetssikringssystemets bestemmelser	Programrådet
- har ansvaret for oppfølging og tilbakemelding til studentene på evalueringer	Programrådet behandler Emneledere har ansvar for tilbakemelding
- skal påse at lover, forskrifter, reglement og andre bestemmelser for utdanningen blir fulgt	Styret , basert på rapportering fra Programrådet
- skal påse at kvalitetssikringssystemets bestemmelser blir fulgt	Styret , basert på rapportering fra Programrådet
- er ansvarlig for at de budsjettmidler som særskilt avsettes til programmet blir anvendt ut fra faglige prioriteringer og innenfor de rammer som er satt	Styret
- er ansvarlig for faglige vurderinger ved opptak av studenter	Programrådet med administrativ støtte fra seksjon for utdanning
- har ansvaret for at studentenes tilbakemeldinger underveis i studiet blir fulgt opp fortløpende	Programrådet , avhengig av saken kan delegeres til emneleder å følge opp og informere studentene.
- skal se til at det eksisterer relevante tilbud om utvekslingsopphold ved utenlandsk lærested	Seksjon for Utdanningstjenester

- skal fremme forslag til eksterne sensorer overfor instituttet	Legeutdanningsleder ved institutt
- skal se til at det finnes ordninger som styrker det faglige og sosiale nettverket blant studentene innenfor programmet	Programrådet
- skal utarbeide en årlig rapport om kvaliteten og gjennomføringen av programmet (kvalitetssikringsrapport). I rapporten foreslås kvalitetsforbedringer som legges til grunn for planleggingen av neste studieår eller for neste studentkull i henhold til de føringer som blir fastsatt i kvalitetssikringssystemet. Resultatet av tidligere tiltak skal også vurderes i rapporten.	Programrådet , basert på innrapportering fra delemne- emne- fagenhets- og instituttledere

- planlegge og involvere andre aktører i strategisk utviklingsarbeid innen pedagogikk, praksis, nye læringsformer	Programrådet på mandat fra Styret, alle i Enhet for Legeutdanning deltar og bidrar
---	--

IKM vil i hovedsak ha ansvar for planlegging og koordinering av klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten. ISM vil i hovedsak ha ansvar for planlegging og koordinering av klinisk undervisning i primærhelsetjenesten. I samråd med Styret kan IKM og ISM "bestille" denne undervisningen fra hele Helse Nord's geografiske område.

III Forslag til Økonomi og budsjett for Enhet for legeutdanning (ELU)

I mandatet heter det i pkt. 3) at Arbeidsgruppen skal: «*Utrede fordeling av ny basisfinansiering for nye studieplasser og studiepoengmidler mellom enhet for legeutdanning, ISM, IMB og IKM*».

Nytt prinsipp for budsjettfordeling

Budsjettfordelingsmodellen fra 2010 bygget på prinsippet om å styrke instituttene's ansvar og autonomi når det gjelder utdanning. I tråd med dette skulle Fellesmedisin ha budsjettansvar for et minimum av undervisningsrelaterte aktiviteter, i hovedsak bare eksamen/sensur, praksis i primærhelsetjenesten, studiekonsulenter og uttak av midler til strategiske tiltak. Erfaringen har vist at dette prinsippet ikke passer så godt for utdanninger som eies av flere institutt (se side 6).

Arbeidsgruppen foreslår at den gjeldende budsjettfordelingsmodell (fra 2010) endres, slik at ovennevnte prinsipp reverseres. Dette medfører at flest mulig elementer i legeutdanningen finansieres i fellesskap av de tre eier-instituttene; i prinsippet «alt» unntatt faste vitenskapelige stillinger ved de tre instituttene. Faste vitenskapelige stillinger unntas fordi man ikke blir ansatt på et spesifikt utdanningsprogram, men har ifølge tilsetningsvilkårene generell undervisningsforpliktelse

med oppgaver som kan skifte over tid og som i prinsippet omfatter undervisning på bachelor, master og doktorgradsnivå.

Budsjett for legeutdanningen

Medisinstudiet representerer den største enkelt-inntektskilden ved Helsefak, både pga. opptakstørrelse og varighet av utdanningen, og fordi studieprogrammet hører inn under utdanningene med de høyeste satsene for statlig finansiering. Studieprogrammet finansieres av KD i form av fast basistilskudd til de tildelte studieplasser (2016: kr 224 000 per plass per år) og variable tildelinger basert på rapportert studiepoengproduksjon i programmet (2016: kr 149 000 per 60 studiepoeng, kategori A). Forventet studiepoengproduksjon er 60 poeng årlig per student. 75% av satsene for studieplasser og studiepoeng videreføres fra UiT sentralt til Helsefak. I perioden (1999) – 2013 var det 100 studieplasser. Antall aktive studenter i programmet varierer og avviker fra antall tildelte studieplasser pga. permisjoner, stryk til eksamen, frafall og overbooking ved opptak. Dette medfører at antall produserte studiepoeng varierer fra år til år.

I 2014 ble UiT tildelt 6 nye studieplasser, og i 2016 ytterligere 10, slik at vi fra høstsemesteret 2016 har i alt 116 studieplasser med statlig basisfinansiering. Økningen i antall studieplasser og medfølgende økt studiepoengproduksjon vil medføre økt statlig tilskudd til medisinstudiet de kommende år som vist i tabell i arbeidsgruppens mandat og som gjengis her:

Total tildeling til fordeling	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medisin 2014	273 778	167 334	714 891	1 262 447	1 810 003	2 357 559	2 631 338	2 631 338	2 631 338
Medisin 2016	1 035 500	3 106 500	5 374 922	6 750 766	9 216 609	11 682 453	13 371 672	14 284 266	14 740 563
Total årlig tildeling	1 309 278	3 273 834	6 089 813	8 013 213	11 026 613	14 040 013	16 003 009	16 915 603	17 371 900

Arbeidsgruppen foreslår at Fakultetsstyret tildeler årlig budsjett til Enhet for legeutdanning innenfor studiepoengmidlene som tildeles Helsefak på grunnlag av avlagte eksamener i legeutdanningen og at Enhet for legeutdanning har budsjettansvaret for oppgaver som omfatter, men ikke er begrenset til:

- Administrasjon av studiet ved alle campus
- Ikke-instituttspesifikk undervisning: PROFKOM, VITKOM, førstehjelpskurs, mentorer, eksterne undervisere
- Legeutdanningsledere IKM, IMB, ISM
- Praksis i primærhelsetjenesten knyttet til fastleger/legesentra (reise, bolig, kontorutgifter, veiledning ved fastleger)
- Praksisarenaer i primærhelsetjenesten, herunder Kraftsenteret (husleie Samskipnaden), sykehjem, legevakt o.a. arenaer; lønn til ansatte (universitetslektorer) og eksterne veiledere
- Eksamen/sensur
- Ekstern evaluering av studiet og følgeforskning
- Kompetansehevende tiltak for undervisningspersonell
- Legeutdanningens andel ved Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)

- Digitale læringsverktøy
- Nye framtidige strategiske tiltak

Tabellen på side 27 viser budsjettutviklingen i perioden 2016 – 2024 dersom dagens budsjettmodell beholdes. Arbeidsgruppens forslag om at ELU får budsjettansvar for oppgaver og aktiviteter som nevnt ovenfor, vil innebære en betydelig budsjettøkning i forhold til dagens budsjettmodell.

Arbeidsgruppen foreslår at Aktivitetsregnskapet (AR 2) benyttes som grunnlag for fordeling av overskytende studiepoengmidler til de tre instituttene som har ansvaret for legeutdanningen.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. Nr.47 [2008-2009]. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid,
2. Kunnskapsdepartementet. Meld St 13 [2011-2012]. Utdanning for velferd – Samspill i praksis, 2012.
3. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
4. ASA 43190– Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/lonn-og-tariff/legeavtaler/rammeavtalen-asa-4310/>
5. Wynford-Thomas D, et al. Medical Schools Council. Organisation and management of medical schools. A survey of ten U.K. universities. August 2012.
http://www.medschools.ac.uk/Publications/Documents/Organisation_and_Management_of_Medical_Schools.pdf.
6. Medisinsk studieplan Universitetet i Tromsø. Tromsø-Oslo-Bergen: Universitetsforlaget, 1971
7. Revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø. Innstilling fra et utvalg nedsatt av Studiestyret for medisin. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1992 (Leder: Helge Stalsberg)
8. Prinsipper for og konsekvenser av opptak av 70 studenter pr. år til medisinstudiet i Tromsø. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1993. (Leder: Jarle Aarbakke).
9. Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til embetsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Det medisinske fakultet. Tromsø: Universitetet i Tromsø 1999. (Leder: Arnfinn Sundsfjord)
10. Roald B, Edin BB, Eika B, Lycke KF. Evaluering av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø. Rapport fra en ekstern evalueringsgruppe. Avgitt 6. juli 2006.
<https://uit.no/Content/482257/ROALD-rapporten%20-%20evaluering%20av%20medisinstudiet%202006%20.pdf>
11. Medisinsk studieplan Universitetet i Tromsø. Innstilling fra prosjektgruppen for revisjon av medisinstudiet ved Det helsevitenskapelige fakultet. Tromsø: Universitetet i Tromsø 2011.
12. Profesjonsstudiet i medisin. 2012-studieplanen.
<http://site.uit.no/nystudieplan/studieplan/https://uit.no/Content/453432/H%C3%A5ndbok%20bl%C3%A5%202016%20versjon%206.pdf>
13. Håndbok for ledere ved legeutdanningen i Tromsø. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, Det helsevitenskapelige fakultet. Utgave 11. februar 2016.
<https://uit.no/Content/453432/H%C3%A5ndbok%20bl%C3%A5%202016%20versjon%206.pdf>
14. Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet. Rapport til Fakultetsstyret, FS 21/15.
15. Kunnskapsdepartementet. St. meld.nr.27 (2000-2001) Gjør din plikt – kreve din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/eebf61fb4a204feb84e33355f30ad1a1/no/pdfa/stm200020010027000dddpdfa.pdf>
16. Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten ved UiT. Kap 2. Aktører og ansvarsområder.
https://uit.no/om/enhet/artikkel?p_document_id=413874&p_dimension_id=88200
17. IH-09. Orienteringssak, ny budsjettfordelingsmodell. Ephorte 2009/1785-1

18. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Del 4. Finansiering av regionale helseforetak.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-1/id453861/?ch=5>
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2007 Helse Nord RHF.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/2007nord.pdf>

Vedlegg:

2. oktober 2016
Tromsø

Dissens-erklæring

Arbeidsgruppen har levert en utredning som svar på oppdrag fra Helsefaks prosjektgruppe for ADM2020. Jeg har tatt del i arbeidet som medlem av arbeidsgruppen, men kan ikke gi støtte til utredningen og leverer med dette min dissens til innholdet.

Jeg bifaller sterkt, at det gjøres et arbeide for å sikre at en god organisasjon og ledelse er på plass for legeutdanningen. Jeg har oppfordret dekanatet til å starte en slik prosess flere gange siden 2012. Jeg er enig med gruppen i at utdanningsledelse må styrkes, og at et helhetlig strategisk arbeid med organisering, økonomi, faglig innhold og administrasjon vil kunne løse noen av dagens utfordringer. Et styrket samarbeid med aktører utenfor Helsefak virker også opplagt og fremadrettet. Utredningen inneholder en solid og nyttig gjennomgang av mye informasjon som setter rammer for utdanningen og som ofte kan være litt vanskelig tilgjengelig for de som arbeider med utdanningen i praksis. Jeg vurderer derfor at utredningen kan få en funksjon som introduksjon til legeutdanningens historie og organisering for ny medarbeidere som kommer inn i komiteer og utvalg på studiet.

Min dissens går derfor ikke på oppgavens nødvendighet, og det er gjort mye bra arbeid med utredningen. Min dissens retter seg mot selve prosessen i arbeidet – nå og videre – og mot vesentlige dele av dagens situasjon, som har stor betydning for hvilke endringer som er nyttige og tilstrekkelige, men som er beskrevet utilstrekkelig.

Prosess. Jeg savner en beskrivelse av arbeidsgruppens arbeid og hvordan utredningen er fremkommet. Det er ikke brukt sakspapirer eller møteinnkallinger i arbeidet, og det er ikke ført referat fra møtene og ikke dokumentert vedtak gjort i gruppen. I litteratur om organisering av legeutdanning fremgår at organisasjonsendring bør involvere bredt i organisasjonen for å sikre forankring, involvering og gode prosesser. Det har ikke skjedd her og siden ingen prosessdokumenter (møteinnkalling, referat etc.) finnes er det heller ikke mulig for aktører utenfor gruppen å orientere seg eller gi sine innspill. Det bør derfor i det minste gjennomføres en regelrett høringsrunde på utredningen til alle med oppgaver på utdanningen.

Aktuell organisasjon. Det beskrives en historisk prosess, tidligere organer og en budsjettmodell. Men den aktuelle organisasjon beskrives, men angis blott enkelte steder i teksten. Den nuværende organisering, som ble opprettet i 2012 består av delemnekomiteer med ledere, emnekomiteer med ledere og et studieplanutvalg med emneleder, studenter, leder for langsgående tema, prosjektkoordinator og studieplansjef. Denne organisasjon var ny i 2012 og var resultat av et omfattende utredningsarbeid forankret i dekanat og i styringsgruppe med eksternt representasjon. Det var klart beskrevne roller og ansvar for aktørene i denne struktur og flere faste akademiske stillinger ble opprettet for å sikre først implementering og siden drift av studieprogrammet. I utredningens beskrivelse kan det se ut som det alene har vært Programstyret Medisin som har ledet legeutdanningen, men den reelle daglige ledelse

og det reelle arbeide er gjort i de organer som er nevnt ovenfor. Utredningens forslag om en to-delt ledelse og oppgavedeling mellom de to likner veldig på dagens struktur med Programstyre og Studieplanutvalg. Men i perioden fra 2012-2016 er Studieplanutvalget mandat reelt redusert betydelig av Programstyret. Å få en god analyse av aktuell organisering og de endringer som har skjedd de seneste årene bør legges til grunn for forslag om organisasjonsendring.

Langsgående tema. I forlengelse av ovenstående bør langsgående tema – Profkom, Vitkom, klinisk ferdighetstrening – diskuteres. Det angis at det har vært utfordrende å få til disse instituttvergrepene aktiviteter, men hvorfor har det vært utfordrende og hvordan vil en ny organisering kunne bedre dette? I betraktning av hvor omfattende arbeide som er gjort med disse tema er mangelen i utredningen påfallende. I organisasjonskart og beskrivelse i utredningen er heller ikke omtalt de ledere og komiteer som arbeider med langsgående tema og det er derfor ganske uklart, hvilken rolle de har i en ny organisasjon, motsatt situasjonen i dag, hvor de er forankret i Studieplanutvalget.

Institutt-aktiviteter. Det angis at det er utfordrende å få til langsgående tema på tvers av institutt, men i praksis har også prosesser innenfor enkeltinstitutter vist seg utfordrende. Perioden fra 2012 til i dag er preget av sene og ufullstendige leveranser fra særlig Institutt for Klinisk Medisin. Med leveranser tenkes her på delemnebeskrivelser, plan for undervisning og timeplaner. Å utforme disse tekster er utfordrende og nytt for mange, men det er likevel påfallende at denne oppgaven er løst med betydelig mindre besvær på Institutt for Medisinsk Biologi og Institutt for Samfunnsmedisin. Forklaringen er sikkert sammensatt, og man kan overveie betydning av kommunikasjonsveier og beslutningsprosesser på instituttet, samt forståelse av organisasjonens oppbygging og egen rolle i den. Det kan også være kompetansemessige utfordringer med å leve opp til rammevilkår som Kvalifikasjonsrammeverket, UiTs kvalitetssystem for utdanningsprogrammer, Studieplan for Profesjonsstudiet Medisin og de involverte IKT-verktøyer som anvendes. En analyse av dette bør gjøres og legges til grunn for å sannsynliggjøre at en ny organisering bedre klarer å løse disse utfordringer i fremtiden.

Hva er ELU? Det fremgår ikke klart, hvem Enhet for Legeutdanning er. I mandatet for gruppen kan det virke som det primært er tenkt på de med administrative oppgaver, men i utredningen beskrives primært den faglige ledelsen, selv om andre funksjoner og oppgaver er nevnt. I gruppens diskusjoner har det været klart at ELU omfatter alle som har oppgaver på utdanningen, dvs. flere hundrede personer. Men i organisasjonskart og tekst virker det til at bare de med ledelsesoppgaver er tenkt med. Dette gir en uklarhet, som gjør det usikkert på hvilket nivå utfordringer er lokalisert og hvordan det tenkes at en ny struktur skal styrke problemløsning og beslutningsprosess i organisasjonen.

Legeutdanningsleder (LUL). Denne ny stilling på hvert av de tre instituttene foreslås i innstillingen. Den vil i praksis redusere antall medlemmer i studieplanutvalget (Programrådet i ny struktur). I dag er alle ni emner representert, i ny struktur foreslås det at LUL varetar emneledelse for eget institutt. Jeg vurderer at dette kan se ut som et mer effektivt system, men reelt er mer sårbart. IKM har allerede meldt at det blir vanskelig/umulig å finne en person som kan utfylle LUL-oppgaven. Det betyr at det helt mangler kommunikasjonsledd mellom ELU og IKMs ansatte. IKM har fra 2012 til i dag hatt vanskelig med å utfylle poster som emneledere og det har svekket kommunikasjon

og samarbeid mellom Studieplanutvalget og IKM. Denne problemstilling vil sannsynligvis øke hellere enn minskes med det forslag som foreligger i innstillingen.

Faglig leder av medisinstudiet. Det foreslås opprettet en ny åremålsstilling som faglig leder for programmet. Her må jeg gi uttrykk for en personlig undren. Jeg er ansatt som studieplansjef for medisinstudiet, en stilling og en tittel som ble opprettet i 2012 som en fast akademisk stilling. Denne stilling ble sett som sentral for implementering og videre drift og utvikling av studieplanen. I en organisasjonsendring bør det vurderes om denne stilling har fungert etter hensikt og med de rammevilkår som var planlagt. Den skisserte stilling som faglig leder er tillagt de samme oppgaver i ELU og stort sett samme virkemidler. Det er derfor i praksis nærmest en kopiering av studieplansjef-funksjonen, ikke en ny funksjon. Å opprette en ny funksjon i tillegg til en tilsvarende eksisterende stilling og uten å vurdere erfaringer med eksisterende stilling virker ikke hensiktsmessig.

Forskning. Det er gjort en del forskning på organisasjonsutvikling på medisinstudiet i ulike kontekster. Eksempler på denne forskning har jeg meldt inn i gruppens arbeid og gitt forslag til bruk i arbeidet, men det inngår ikke i innstillingen. Jeg mener vi bør bruke muligheten for å utvikle en forskningsbasert organisering, hvor vi trekker på gode erfaringer fra tilsvarende utdanninger og organisasjoner. På samme vis som vi er forpliktet til å drive forskningsbasert utdanning i alle andre sammenhenger. Det vil også være naturlig å overveie, hvordan de planlagte og igangværende forskningsprosjekter på medisinsk pedagogikk, studieplanarbeid og studenters læring tilknyttes Enhet for Legeutdanning.

Fremtid. Forslaget om et "programråd", som varetar den daglige ledelsen av studieprogrammet er sentralt i utredningen. Men mandatet for dette programråd fortøner seg noe uklart. Hvilke oppgaver tenkes rådet å løse og med hvilke virkemidler? Hvilket råderom for beslutninger om endring i det faglige innhold eller endret fordeling av ressurser til undervisningen vil rådet ha? Jeg har i prosessen beskrevet forslag til dette, men det inngår ikke i gruppens utredning. Jeg har også tidligere beskrevet en rekke punkter, som er kommet opp i studieplanutvalgets arbeid, men som ikke er håndtert adekvat i dagens studieplan. Det bør ligge i et "programråds" mandat at det er behov for løpende endringer om man skal ha en tidssvarende og fremtidsrettet utdanning.

Som det fremgår er de fleste av mine ovenstående kritikkpunkter knyttet til dagens situasjon som sammen med systematisk erfaringsoppsamling (inkludert forskning) bør legges til grunn for evt. endring. Å foreta endring ut fra en tidligere historie, en uklar problemformulering, en mangelfull beskrivelse av den aktuelle situasjon og uten en bred involvering av ansatte virker som et litt usikkert grunnlag for en ny organisering. Det er også et usikkert grunnlag for å sikre at alle ansatte ser seg selv i organisasjonen og føler eierskap til utdanningsarbeidet. Da blir det vanskelig å få til god kvalitet og fremtidsrettet arbeid på utdanningen.

Med vennlig hilsen og håp om en god videre prosess,

Torsten Risør
Studieplansjef Medisin

