

Vedrørende organisering av 5. studieår og økning av antall studenter

Jeg viser til mail sendt fra meg til alle lokale koordinatorene av 5. års praksis i sykehus og svar fra disse under. De lokale koordinatorene er de som best kan angi kapasitet mtp økning av studentmassen på hvert enkelt sykehus og mulighetene for å opprettholde praksis i dagens form og omfang. Koordinatorene får også direkte tilbakemeldinger fra 5. års-studentene og noen av disse fremkommer også i svarene under.

Sammenfattet vil jeg si:

1. Utfra tilbakemeldingene tolker jeg det dithen at mange av de lokale koordinatorene ser betydelige kapasitetsproblemer mtp økning av studentantallet generelt og i hvert fall opp til 151 (og 181) og utvidelse fra 3 til 4 praksisgrupper.
2. Kapasitetsproblemene handler både om begrensede lærekrefter på hvert sykehus og at pasientgrunnlaget ikke matcher en økning i studentantall, spesielt ift fødsler etc.
3. På de sykehusene som også har medisinstudenter fra andre kull (som også blir større) og fra andre helsefaglige utdanninger (f. eks jordmorstudenter) vil det bli økt omfang av samtidighetskonflikter i den kliniske undervisningen og «kamp» om pasientene.
4. Det er en klar forventning fra flere koordinatorene om at det må følge økonomiske ressurser og/eller økt bemanning for å håndtere den økte studentmassen.
5. Økning i studentantall og grupper vanskeliggjør gjennomføring av obligatorisk kursing og andre elementer – en må vurdere å gjennomføre felles kursing for alle studentene før utplasseringen starter eller eventuelt i to bolker. Kan dette evt gjennomføres mere regionalt og ikke på hvert sykehus? F eks i Hammerfest, Tromsø, Bodø og Mo i Rana? Standardisering? Eller bør alle studentene få kursing ved UiT/UNN på slutten av 4. studieår? Dette er også viktig for å sikre at studentene får likt tilbud.
6. Ved utvidelse til 181 studenter må 5. års praksis endres på en mere radikal måte og sees i helhet med resten av medisinstudiet. En må vurdere å trekke mastergrad og eventuelt psykiatripraksis ut av praksisperioden for å forenkle logistikken og bedre kontinuiteten i opplæringen.
7. Ved utvidelse til 181 studenter må en vurdere å redusere omfanget av utplasseringen og sannsynligvis ta med en reduksjon i kvaliteten på klinisk praksis på kjøpet.
8. En mere radikal endring av 5. studieår må evt også gjennomføres hvis studentantallet forblir 151. Utfra tilbakemeldingene fra koordinatorene tror jeg ikke at en modell med 4 grupper i 5. års-praksis er levedyktig på sikt. Jeg oppfatter det slik at lojaliteten hos koordinatorene ved enkelte sykehus allerede er noe tynslitt.
9. Jeg mener at det foreligger uklare linjer ift ansettelse av lokale koordinatorene ved IKM og rapportering fra disse tilbake til UiT ved problemer med studentene ift skikkethet etc., noe som går til ELU. Det virker ikke som IKM og ELU er samkjørte. Hvis en skal øke studentantallet og undervisningsbelastningen på lokalsykehusene er det en forutsetning at ansettelse og oppfølging av lokale koordinatorene er på plass og at det er klare linjer innad i UiT og mellom UiT og lokale koordinatorene.

Følgende mail ble sendt ut til alle lokale koordinatore 08.02. Vedlagte excelskjema er tilgjengelig i denne mail.

On Wed, Feb 8, 2023 at 7:54 PM Gjessing Petter Fosse <Petter.Fosse.Gjessing@unn.no> wrote:

«Hei alle lokale koordinatore

Som dere kanskje har fått med dere har studentantallet økt ved medisinstudiet i Tromsø i flere runder siden 2016 (116 studenter). I 2020 ble antallet økt til 136 og høsten 2022 startet 151 studenter sine medisinstudier ved UiT. I vedtatt statsbudsjett for 2023 er det berammet en ytterligere økning i årskull fra 151 til 181 studenter. Disse skal etter planen starte august i år. Dette er politisk vedtatt på tross av Grimstadutvalgets anbefaling om maksimal økning med 20-25 studenter fra antallet 116 i 2019.

Man kan mene mye om dette og siste ord er vel fortsatt ikke sagt om den siste og betydelige økningen, men vi må ta stilling til denne fordi den nå altså er politisk vedtatt.

Jeg ønsker derfor med denne mailen å starte en prosess der vi i første omgang ønsker tilbakemelding fra alle dere på:

- hvordan dere ser for dere kapasiteten ved deres sykehus til å ta imot det antall studenter jeg har foreslått i vedlagte excelskjema
- hvordan dere ser på evt utfordringer med koordinering av studentpraksisen og gjennomføring av kurs og obligatoriske elementer

Merk:

1. DE FORESLÅTTE STUDENTANTALLENE ER KUN ET UTGANGSPUNKT FOR Å KOMME I GANG MED PLANLEGGINGEN
2. Vi må etter alle solemerker gå fra en oppdeling i 3 til 4 studentgrupper og benytte flere uker av studieåret hvis totalomfanget av 5. års praksis skal forbli uendret
3. I vedlagt skjema fremkommer forslag til totalt antall studenter ved hvert lokale sykehus og fordelingen av disse pr uke av praksisperioden
4. Det er 3 ark med forslag til fordeling med totalt antall studenter på henholdsvis 136 (fra 24/25), 151 (fra 26/27) og 181 (fra 27/28)

Ber med dette alle om å besvare denne mailen!»

Jeg fikk svar fra koordinatore ved samtlige lokalsykehus, dog ikke fra absolutt alle koordinatore (både medisinsk og kirurgisk på hvert sykehus) og velger å referere alle svar her for å gi en detaljert innsikt i forholdene ved vært sykehus og uredigert videreformidle responsen.

- Kirkenes, kir. Koordinator:

«Jeg tror det kan fungere med 3 stk studenter samtidig på kirurgen. Da kan de fordele seg slik at en er i akuttmottaket hele dagen, mens en er på operasjonsstuen, og den siste kan være på poliklinikk. Når det er sagt så syns jeg at det var mye arbeid med årets studenter. Jeg hadde ansvaret for 6 personer, og det tok mye tid. Jeg tror ikke jeg har kapasitet til å ha dobbelt så mange studenter mtp arbeidsmengden.»

- Kir. koordinator, Hammerfest (som refererer til kir koordinator ved UNN Tromsø):

«Jeg er enig med Martins synspunkter. Ved Hammerfest Sykehus har vi også nådd grensen for å ta imot flere studenter. Vi hadde en kraftig påkjenning ved økning fra 6 opp til 12 studenter for noen år siden og vi ga tilbakemelding som ikke ble særlig godt mottatt. Parallelt med økning av studenter så stiger krav på individuell oppfølging/samtale og skriftlig dokumentasjon per student fra UiT. Dette mens stillingsprosenten er akkurat det samme som ved 16 år siden når undertegnede startet i jobben som femte års koordinator uten noen lønnsutvikling.

Hvordan mener UiT at man skal tilfredsstille kvalitetskravene på undervisning/koordinering med stadig ekspansjon av antall studenter med samtidig betydelig utvidelse av krav samt forlengelse av perioden? I tillegg til dette har de kliniske avdelingene utfordringer med krympende antall senger og færre innleggelser. Ved det nye Hammerfest sykehus kommer vi å ha betydelig mindre avdelinger med mindre antall senger som kommer å by på store utfordringer med plass mangel for både pasienter og personal. Med 16 studenter i praksis fra august til mai så kan det by på store problemer ved en allerede kritisk undervisningsarena.

Jeg ser på ytterligere økningen av studenter med lengre opphold ved Hammerfest Sykehuset med stor bekymring og anbefaler sterk å unngå det i regi av dagens modell. En slik økning kommer å kompromisse med kvaliteten av sykehuspraksisen og det er fare for økt misnøye bland både studenter og koordinatorene.

Dagens praksis krever allerede en god del 'dugnadsarbeide' fra lokale sykehus koordinatorene og UiT må innse at dette kan ikke bare fortsette i den rettingen i håp om at det går bra uansett.»

- Kir koordinator, UNN Tromsø:

«hvordan dere ser for dere kapasiteten ved deres sykehus til å ta imot det antall studenter jeg har foreslått i vedlagte excelskjema

Man sprer det jo her på 1 gruppe til(?), så man kunne jo tenke seg at det ikke får den store konsekvensen. Likevel vil jeg si at vi er godt over en smertegrense for lenge siden. I fjor hadde vi altså 19 studenter (6.5x3) og det var for mange for å opprettholde kvalitet. I år var vi 12 (4x3) og hadde akseptabel kvalitet. Man må da i Tromsø ta med i beregningen alle andre studenter fra alle andre år og i år hadde også meldt seg et «problem» med utenlandsstudenter som kommer inn via forskjellige kanaler på toppen av det hele. Årets 12 studenter var fornøyd men rapporterer samlet og utelukkende om disse problemene. Jeg fremstilte forskjellige scenarier med både 151 og 181, hvilket de så svært mørkt på. Det gjør jeg også. Jeg mener dette er «past the point of rescue» uansett og at det ikke finnes scenarier hvor det ikke går utover kvalitet, i hvert fall ikke som har vært presentert til meg. Loddet er kastet, men jeg må likevel formidle det. Jeg mener vi når en terskel der vi må vurdere om kvaliteten på den kliniske undervisningen/opplegget vi kan tilby 5. års studentene blir såpass redusert at vi ikke kan stå inne for at de har fått nødvendig opplæring. Ved å spre det på «en gruppe til» vil det da i Tromsø også gi stor belastning på et større tidsaspekt og det er vanskelig for meg å si impacten på dette vs. annen studentpraksis på andre år/kurs, men jeg vil med stor sannsynlighet anta at det blir et problem. Jeg har herved sagt i fra.

hvordan dere ser på evt utfordringer med koordinering av studentpraksisen og gjennomføring av kurs og obligatoriske elementer

Obligatoriske elementer er allerede en utfordring, vi ser det i forhold til en del prosedyrer, med økt studentantall tror jeg også det faktisk kan bli vanskelig/en betydelig koordineringsutfordring å få dem igjennom for eksempel vakter (hvor de ikke går oppå hverandre) og muligens også innkomstjournaler. Fødsler tror jeg kan bli det største problemet da det melder seg som det største problemet per i dag. «

- Med. Koordinator, UNN Tromsø:

«Vedrørende kapasiteten ved UNN i forhold til å ta imot økt antall studenter:

Allerede med nåværende antall studenter ser vi at i år med mange studenter i praksis ved UNN er studentene mer misfornøyd med praksisperioden enn i år med færre studenter i femteårs praksis. Studentene som har 5. års praksis i UNN konkurrerer også med studenter på andre årstrinn som har undervining i UNN, og også med sykepleie/ jordmor studenter. I tillegg kommer utenlandske studenter som har praksis i UNN.

De siste par årene under pandemien har vi ikke hatt utenlandsstudenter, men dette har til dels vært utfordrende for studenter som tidligere har hatt praksis hos oss.

Den ene store utfordringen er på lærer/veileder siden. Dersom det skulle komme betydelige ressurser til å ansette flere folk i universitetsstilling så endrer dette ikke noe på pasientgrunnlaget vårt som for flere subsjesialiteter er lavt. Vi ser allerede nå store utfordringer mht til gjennomføring av relevant praktisk klinisk undervisning for studentene.

Med 16 studenter samtidig i UNN vil det også måtte være flere studenter samtidig på de forskjellige postene enn i dag med redusert læringsutbytte til følge. Tilstedeværelse av studenter gjennom store deler av undervisningsåret vil også kunne medføre «trøtthet» i systemet og også bidra til at UNN blir en dårligere læringsarena.

Gjennomføring av kurs og obligatoriske elementer:

I UNN har vi gjennomført et felles introduksjonskurs (rtg kurs, gipsekurs, suturkurs, EKG, undersøkelsesmetodikk og akutt abdomen) over 2 dager ved oppstart av høstsemesteret for alle 3 gruppene som har hatt praksis i UNN.

Det har vært helt nødvendig og samle alle studentene til et kurs. Jeg ser ikke for meg at vi vil klare å gjennomføre flere kurs i året pga begrensinger ifht bemanning/undervisere. Ved videreføring av denne modellen vil utbyttet reduseres med 32 studenter sammenliknet med dagens 10-18 studenter. Det går et par måneder fra felles introduksjonsdager til oppstart sykehuspraksis for de 2 gruppene som ikke starter praksisen sin først på høsten.

Med hensyn til gjennomføring av kollokvier så har vi inntil nå gjennomført 2 kollokvieserier, hver på 7 uker. Med videreføring av samme antall kollokvier vil vi måtte gjennomføre to til tre kollokvieserier: 2 av gruppene vil kunne få alle kollokviene i første bolk av sykehuspraksisen (gr 1 og 4) på 8 uker i to ulike kollokvieserier. Gruppe 3 kan ha 5 uker felles kollokvier med gruppe 2 (forut for psykiatripraksis) og Gruppe 1 som har 5 uker sykehuspraksis før tre uker psykiatri kan ha felles kollokvier første 5 uker sammen med gruppe 4. Da kan de siste to kollokviene for gruppe 1 og 3 kjøres i en 3. serie i den siste bolken av sykehuspraksisen.

Observerte journalopptak x 3 med veileder: 96 observerte journalopptak skal gjennomføres. Behov for 32 motiverte veiledere. Allerede med dagens studenttall er det utfordrende å skaffe veiledere.

Min vurdering er at det ikke er mulig å gi undervisning av god nok kvalitet med det økte studenttallet som nå er planlagt, og som vil gå utover både kvalitet og renomme. Alt som gjøres kan for å stoppe dette bør derfor gjøres. «

- Med. Koordinator, UNN Harstad:

«I følge skjema du har sendt planlegges det økning til 12-16 og 20 studenter hos oss.

Vi har de siste år planlagt for 9 studenter (ble bare 7 i år pga permisjon etc). Vi hadde 12 for et par år siden og dette ble mye selv om vi også trekker ifra alle hospitantene som dukket opp det året.

Jeg har diskutert litt med studentene som har vært her nå og også noen av de som har vært her de siste årene. De tenker alle at i den form som praksis har nå blir det å øke studentantallet vanskelig. Allerede når de var 12 og det var 4 studenter på ei avdeling til tider pga rotasjoner hit og dit var dette mye. De «slåss» om inntektene og å få gjort alle tingene på listene. Alt har ikke vært gjennomførbart.

Det krever mye å følge opp studentene og det er en fordel at det er samme koordinator eller fagperson som tar oppfølgingen av hver student. Jeg klarer ikke å følge opp like mye som før når antallet har økt og det er kommet flere faste krav som for eksempel midtveisevalueringen.

Jeg kan ikke se at vi har pasientgrunnlag i Harstad for at 20 studenter skal få tatt 20 inntekter ++. Jeg har også forstått at det etter hvert planlegges 6.års studenter her og hvordan dette skal gå sammen med 20 stk 5 års studenter forstår jeg ikke.

I forhold til kollokvier har vi klart å gjennomføre med å ha kollokviene x 2 i løpet av praksisen, dette vil måtte økes med flere grupper. Det er også stor forskjell på kollokviene når studentene styrer disse.

Flere gruppes som skal ha kollokvier krever mer ressurser av os.

Røntgen vil nok streve litt med å måtte ha undervisning flere ganger i løpet av året.

Jeg vil tro at det også vil bli vanskeligere på føde/gyn.

I forhold til anestesipraksis er det allerede press og vanskelig å tilpasse dagene mellom alle andre «anestesi praksis» personell.

Kollokvier og noe undervisning kunne kanskje sentraliseres til Tromsø? Kunne kanskje vært greit med ei oppdatering av temaer/retningslinjer.

I forhold til å dele opp i 4 lurer jeg på om noen har tenkt på det med de midlertidige lisensene de får. De kan jo ikke få lisens før de er ferdig i praksis. De får det nå på vårparten. De som først fullfører praksis mot sommeren vil jo få lisens senere og da komme bakerst i køen med tanke på jobbsøknader??

Det er vel opplest og vedtatt at det blir flere studenter men jeg tror at det må ses på måten de er i praksis på og om det må gjøres noen endringer. Jeg tror ikke vi klarer å gjennomføre praksis som nå. «

- Kir og med koordinator, Narvik:

«Svarer på vegne av både meg og Therese.

Vi ser ingen problemer med å ta to ekstra slik det skisseres, så lenge det altså er snakk om å forlenge den totale utplasseringsperioden og ikke jamme flere sammen på samme tid.»

- Kir Koordinator, Vesterålen

«For Vesterålens del er det helt overkommelig å håndtere denne økningen.

2 ekstra i forhold til det vi har i dag er fullt mulig mht pasienter, kontorplass og kollokvier/kurs hvis det er ønskelig fra UiT.

Å ha 2 på hver avdeling er det vi har i perioder med dagens ordning, hvor det fortsatt er nok for studentene å bryne seg på. De går ikke oppå hverandre eller mangler pasienter.

På kir kan man fordele på flere områder – avdelingstjeneste, følge vakthavende, kir.pol, følge spesialistpol (kir/ort), palliativt team og operasjon/anestesi. Tilsvarende på medisin – avdeling, gastrolab/dagenhet, poliklinikk av forskjellig slag og vaktjeneste.

Det vil si at det er mulighet til å spre studentene til forskjellige områder som alle har aktivitet alle dager, uten at de går i veien for hverandre.

Det vil og være mulig å ha studenter på andre studieår (2., 3. eller 4.), hvis det kunne avlaste og det foreligger en plan for utplassering.

Utfordringer

Det vil kreve mer logistikk og planlegging å legge til rette for flere studenter. Flere kontrollpunkter (intro, midtveisevaluering og prøveeksamen) og flere runder med kollokvier/kurs.

Er det aktuelt at det blir flere bistillinger i Vesterålen? Det vil være lettere hvis man kunne fordele på flere koordinatore/veiledere.

Per tiden er vi 2 koordinatore som holder kontroll på studentene og gjennomføringen.»

- Kir. Og med Koordinator, Lofoten:

«Som jeg kan se i excelarket vil det for Lofoten bety en ekstra gruppe med to studenter i året, og at praksisperioden vil forlenges for å få dette til å gå rundt, samt noen flere uker totalt med to grupper samtidig, altså 4 studenter i praksis samtidig. Sånn som det ser ut i dag er det nok kapasitet for å ha en gruppe til sånn som planen tilsier. Men det er en utfordring å få alle studentene gjennom de obligatoriske arbeidskravene, spesielt fødsler. Det vil jo selvfølgelig ikke bli lettere når det er flere om beinet. Her i Lofoten har vi også i perioder flere utenlandsstudenter som hospiterer, men de periodene legges nå til perioder uten femteårsstudenter i hovedsak, dette vil jo da komme i mer konflikt hvis praksisperioden utvides med en gruppe til. Så lenge det ikke blir flere enn 4 studenter samtidig så tror jeg det skal gå greit å få en gruppe til, altså fire grupper. Men utover det tror jeg ikke vi har kapasitet til å håndtere. «

- Med koordinator, Bodø:

«Jeg er langt på vei enig i kommentarer fra Hammerfest sh. Vi her i Bodø har vel kapasitet til å ta imot noe flere studenter, men det må da følge flere stillinger rundt omkring, med denne økningen, det følger jo med et betydelig beløp, og vi må ha flere amanuensisstillinger for å få dette til på en god måte.»

- Kir. Koordinator, Mo i Rana:

«-Det generelle antallet når det blir som foreslått med 4 grupper med maksimal 6 studenter samtidig på sykehus er ingen større problem. Det som er avgjørende er at fordelingen mellom kir. og med. avd. blir gjort godt. Vi kan ikke ha mer enn 3 (maksimal 4 studenter i en kort periode) samtidig på kirurgisk avd. uten at det går ut over deres sjanse til å få gjort alle ferdighetskrav.

-ang. kurs og obligatoriske elementer tror jeg ikke at det blir verre enn det vi allerede har: to ganger gipse- og suturkurs og to ganger kollokvier. Det er allerede på grensen av det vi klarer. En ny fordeling må ikke lede til at det blir behov for x3.

- ang planlagt fordeling: gruppe 1 og 3 får 5 uker på sykehus hvor de ikke blir ferdig med en avdeling og får resten av praksis etter mange uker andre steder. Det er veldig uheldig og burde unngås. Når det er bare 6 uker kir. praksis må det planlegges slik at de blir ferdig med den før de forlater sykehuset. En isolert uke med stor avstand senere er lite effektiv og fører sikkert til manglende midtveisevaluering for mange. Det blir også urettferdig sammenlignet med gruppe 2 og 4 som får mer sammenhengende praksis på sykehus.

- ang. flere uker med studenter: dette øker belastningen ganske mye. Det blir vanskeligere å unngå eget fravær som lokalkoordinator i perioder hvor vi har studenter. Dere må regne med at flere lokalkoordinatorer gir seg og at det blir vanskelig å rekrutere nye.»

- Kir. Koordinator, Mosjøen:

«8 studenter i Mosjøen går nok bra på kir.avd.

Men universitetet må nok vurdere å utvide lektorstillingene på lokalsykehusene, feks fra dagens 20% på med. og kir avd til 30 eller 40% på hver avdeling. Det er allerede mye å organisere for at tjenesten skal bli bra.»

- Kir koordinator, Sandnessjøen:

«Det er vanskelig å spå hvordan fremtiden på Helgeland konkret ser ut. Allikevel tror jeg at rotasjonen slik du har foreslått, med rotasjon fordelt over lengre tid og kun to puljer á 3 studenter på sykehuset til enhver tid vil være fullt gjennomførbart for oss i Sandnessjøen. Utfordringen vil primært bestå av tilgang på undervisningsinteressert fagpersonell/leger. Studentene vil være her over en lengre tidsperiode, obligatorisk undervisning og oppfølging må avholdes i flere runder enn tidligere. Dette vil selvfølgelig skape en totalt større belastning på oss som er her, og som kollegene våre fra

Bodø og Hammerfest sier forutsetter det flere ressurser/stillinger for at det skal bli så bra som studentene fortjener.

Dersom størrelsen på sykehuset vårt skulle øke, slik det nå ligger an til, og sykehuset i Mosjøen faktisk skal nedbygges vil kapasiteten på Helgeland som helhet endre seg. Hvis vi i Sandnessjøen får økt ressurser tilsvarende det som eventuelt forsvinner fra Mosjøen vil vi kunne ta i mot flere studenter enn planlagt per nå - men hva som faktisk skjer i sykehusprosessen er dessverre umulig å spå.»

Mvh

Petter Gjessing