



Møteinnkalling

Utvalg: **Fakultetsstyret for Det helsevitenskapelige fakultet**
Møtested: Sirkulasjonssak
Møtedato: 31.01.2020
Tidspunkt: Alle bes svare aktivt innen 6. februar 2020



Saksliste

<i>Saksnr</i>	<i>Tittel/beskrivelse</i>	<i>U.off.</i>	<i>Arkivref.</i>
FS 1/20	Forslag på høringsinnspill fra Det helsevitenskapelige fakultet på Grimstadsutvalgets rapport		2019/5463

SAKSFRAMLEGG

Til:
Fakultetsstyret for Det helsevitenskapelige fakultet

Møtedato:
31.01.2020

Sak:
1/20

Forslag på høringsinnspill fra Det helsevitenskapelige fakultet på Grimstadsutvalgets rapport

Innstilling til vedtak:

Fakultetsstyret godkjenner høringsforslaget med de innspillene som fremkom i møte.

Bakgrunn:

Kunnskapsdepartementet (KD) har sendt [Grimstadutvalgets rapport](#) på høring til en rekke instanser, herunder UiT, med høringsfrist den 15. februar. Helsefak skal utforme et forslag til høringssvar fra UiT Norges arktiske universitet som formelt skal sendes fra rektor.

Dekanatet ved Helsefak har utarbeidet forslaget til høringssvar i tråd med de innspillene som UiT formidlet til arbeidsgruppen som utformet Grimstadrapporten.

Det foreliggende forslaget behandles også i Programstyret for medisin den 5. februar 2020.

Det vedlagte forslaget er diskutert med dekanene ved de medisinske fakultetene ved UiO, NTNU og UiB. Forslagene til høringssvar fra disse institusjonene er i hovedtrekk samstemte.

Høringsutkastet fra UiT ble drøftet i Felles ledermøte mellom Helsefak og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) den 27. januar 2020. UNN sender eget høringssvar.

Utkastet fra UiT er også etter forespørsel sendt til Regionalt samarbeidsorgan for utdanning (SAMUT) som utarbeider forslag på høringssvar for Helse Nord RHF og som skal behandles av deres styre den 5. februar 2020.

Thrina Loennechen
Dekan
–

Kjetil Kvalsvik
fakultetsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

Vedlegg

- 1 Forslag på høringssvar fra Det helsevitenskapelige fakultet til UiT Norges arktiske universitet
- 3 Notat Grimstadutvalgets utredning Studieplasser i medisin i Norge Behov modeller og muligheter

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

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

UiT mener at utredningen er viktig for medisinutdanningen nasjonalt.

Grimstadutvalget har foreslått en økning på 25 medisinstudenter ved UiT.

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

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

Samfunnet er ikke tjent med å utdanne leger til arbeidsledighet.

UiT slutter seg til hovedtrekkene i anbefalingene fra utvalget.

Høringsinstansene er bedt om å vurdere følgende:

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

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

Den internasjonaliseringen utdanning i et annet land medfører, kan gi en positiv effekt for studentene. I tillegg til at studentene fra Norge lever i et annet land og en annen kultur under studiene, møter de et bredt internasjonalt spekter av studenter. Det kan bidra til bedre internasjonal forståelse.

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

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

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

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

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

UiT støtter forslaget om redusert finansiering fra lånekassen til utenlandsstudier i medisin, hvis kapasiteten i Norge bygges opp. Det bør imidlertid ikke defineres spesifikke studiesteder for støtte i utlandet. Dette for å forhindre at studenter fra studiesteder som ikke inkluderes i benevnelsen «nærmere definerte studiesteder» stemples som ikke gode nok. En slik definisjon av nærmere godkjente studiesteder i utlandet vil også redusere internasjonalisering blant studentene. Grimstadutvalget foreslår en kvoteordning. Vi støtter dette.

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

Flere studenter medfører økt krav til fagpersonell, lokaliteter, undervisningslaboratorier, grupperom, IT-utstyr, undersøkelsesutstyr, økt kapasitet i simuleringssenter osv. I Tromsø er kapasiteten på en del spesialrom og laboratorier tilpasset dagens studenttall. Her vil vi måtte omorganisere studieplanen og undervisningsplanene for å få til en maksimalt effektiv bruk av ressursene. I en del tilfeller vil vi måtte se på mulighetene for å gjennomføre undervisning på ettermiddagstid.

Vi må også øke antall undervisere, i basalfag og kliniske fag, til gruppeundervisning som utgjør en stor andel av undervisningen på medisinstudiet ved UiT. Vi forutsetter en studieplassfinansiering som også dekker denne type økte utgifter.

Grimstadutvalget slår fast at UiT i Helse Nord utdanner klart flest leger pr. innbygger sammenlignet med de andre regionene og universitetene. Praksisplasser er allerede en utfordring. Ved et eventuelt økt opptak vil vi trenge flere praksisplasser i somatiske sykehus, i allmennpraksis og i psykiatrien. I Tromsø vil vi ved en økning av studenttallet måtte legge om 5.året for å utnytte praksisinstitusjonene enda bedre i løpet av hele året. Dette kommer til å forutsette et godt samarbeid både med både allmennpraksis, psykiatri og sykehus. Her vil det være behov for flere kvalifiserte veiledere, og institusjonene må sikres tilstrekkelig finansiering for det utdanningsansvaret de tar på seg. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten hos fastlegene og i spesialisthelsetjenesten.

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

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

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Se 1d)

1f) Grimstadutvalget fremholder at en studiemodell der teoretisk kunnskap og klinisk undervisning/praksis er integrert gjennom hele studieløpet er i tråd med internasjonale anbefalinger om medisin- og helseutdanning. Hvor viktig vurderes dette å være for utdanningen av gode leger?

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

Dette bidrar til at studentene og de ferdige legene har mer kjennskap til pasientenes liv og levekår samt geografiske og demografiske utfordringer når de uteksamineres. Vi mener at en slik integrert modell er av stor betydning for utdanningen av gode leger.

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

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

2b) Bør det åpnes for at flere enn dagens fire universiteter med gradsrettigheter i medisin kan tilby utdanningen? Bør dette i tilfelle skje gjennom en hel grad eller en fellesgrad?

Nei. De store ressursene dette vil kreve bør heller brukes til å bygge ut de eksisterende studiene med varige og desentraliserte studieløp knyttet til de mer kliniske delene av studiene etter modell fra Finnmarksmodellen og Bodøpakken ved UiT, og Levangermodellen ved NTNU. De eksisterende medisinske fakultetene i Norge vil samlet sett mer effektivt kunne utvide kapasiteten, sammenliknet med å bygge opp nye studiesteder fra grunnen av. Hvis man starter nye studiesteder, vil utfordringene spesielt være knyttet til

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

Å øke antallet gradsgivende institusjoner knyttet til medisin løser ikke utfordringene med å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser. Vi får, med en slik løsning, en institusjon til som skal være med å dele på en allerede godt utnyttet ressurs, og som alle eksisterende institusjonene har beskrevet utfordringer med. Her har vi Norge å ta av. De fire studiestedene har delt helseregionene mellom seg. UiT henter praksisplasser i Helse Nord. Vi er avhengige av at praksisinstitusjonene har ressurser og kapasitet til å ta imot flere medisinerstudenter hvis vi skal øke antall studenter.

3a) Grimstadutvalget har samlet inn innspill fra de medisinske lærestedene om mulig kapasitetsøkning i utdanningene. Vi ber de berørte UH-institusjonene, helseforetakene og kommunene gi en vurdering av økt ressursbehov og anslag på kostnader, utover studieplassfinansiering, ved å utvide kapasiteten i medisinerutdanningen, blant annet når det gjelder behov for økt kapasitet til undervisning og forskning, studentveiledning, praksis og integrerte universitetsarealer i sykehus og eventuelle andre kostnader. Vi ber om en vurdering av

dette behovet både med en økning i antall studieplasser som i forslaget fra Grimstadutvalget og med nedskalering til halvparten og en tredjedel av forslaget til økning i antall studieplasser.

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

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

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

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

Nei, da opprettholder man en gammel modell med pre-klinisk og klinisk del i studiet. Dette passer ikke med vår integrerte studiemodell, RETHOS og tverrprofesjonelt samarbeid som spirallæring i studiet. Det vil også være svært utfordrende å tilpasse en slik modell til den ulikhet i kunnskapsnivå som studenter fra ulike land og ulike utdanningsinstitusjoner nødvendigvis vil ha etter 2 eller tre års studier.

Uansett ville dette medføre fortsatt bruk av andre lands studieplasser som de heller bør bruke selv. Ressursene bør brukes til å styrke de lærestedene vi allerede har for medisinstudiet.

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

Nei, se svaret på 4a).

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

Vi ønsker ikke en slik modell

5. Andre innspill til høringen

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

- Kapasiteten i praksis i primærhelsetjenesten må styrkes gjennom en avklaring av arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen. Undervisning må bli en del av fastlegejobben og universitetene må få tilstrekkelig finansiering til å honorere fastlegene for å bidra. Vi ser også at flere legekantor mangler kontorplasser til studenter i praksis. Dette er også en

hemske for å ta imot flere studenter. Det må vurderes å gjeninnføre en ordning med tilskudd til etablering av studentkontor hos fastlegene.

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

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

Høringsnotat

Utredning fra Grimstadutvalget:

Studieplasser i medisin i Norge

Behov, modeller og muligheter

Innledning

I Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2018, jf. Innst. 12 S (2017-2018) ble det bevilget fem millioner kroner til en utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen. Videre ba Stortinget regjeringen igangsette et arbeid med mål om å øke antall studieplasser i medisin i Norge, herunder å vurdere å øke antall studiesteder, jf. vedtak 362 i Innst. 11 S (2017-2018).

Regjeringen Solberg nedsatte Grimstadutvalget 29. juni 2018.

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Hilde Grimstad, utvalgsleder, professor
- Steinar Hunskaar, prodekan
- Geir Sverre Braut, professor
- Elisabeth Farbu, klinikkssjef
- Karin Straume, fagdirektør
- Jeppe Emmersen, prodekan

Utvalgets mandat var å utrede hvorvidt det er mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier i Norge, herunder kapasitet til å ta opp flere studenter ved de medisinske fakultetene og tilgang på praksisplasser dersom de tildeles flere studieplasser. Utvalget skulle også utrede en modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene av studiet i Stavanger, samt samarbeid mellom Universitetet i Bergen, Universitetet i Stavanger og Stavanger universitetssykehus om medisineddannning.

Grimstadutvalget leverte sin utredning til forsknings- og høyere utdanningsminister Iselin Nybø 25. september 2019.

Utvalget har i alt 19 spesifiserte anbefalinger som berører utdanningskapasitet, studiemodeller, samarbeid om medisineddannning i Stavanger, norske medisinstudenter i utlandet og rammevilkår for praksisstudier.

Utvalgets støtte til enkelte av anbefalingene betinges av gjennomføringen av andre anbefalinger utvalget også kommer med. For eksempel gjelder dette opptrapping av utdanningskapasiteten i Norge parallelt med reduksjon i antallet som mottar støtte til medisineddannning i utlandet.

Kunnskapsdepartementet ønsker innspill på alle anbefalingene til utvalget som høringsinstansene mener det er relevant å uttale seg om. I tillegg ønsker departementet spesielt svar på spørsmålene nedenfor.

Spørsmål til høringsinstansene

1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet

Norge utdanner relativt sett få leger per innbygger, dersom en sammenlikner med andre OECD-land. Nær 50 prosent av medisinerstudentene utdannes nå i utlandet, og 2 av 3 norske medisinstudenter i utlandet studerer i Polen, Ungarn og Slovakia. For å dekke behovet for leger er Norge i dag avhengig av at mange nordmenn velger å studere medisin i utlandet. Utvalget påpeker at utenlandsk utdanning ikke nødvendigvis er i samsvar med behovene til norsk helsevesen. Studentene vil ikke alltid ha like gode forutsetninger for pasientsamhandling som studenter ved norske medisinstudier. Utvalget mener dimensjonering av studieplasser i medisin må sees i sammenheng med både helsetjenestens behov og Norges internasjonale forpliktelser. Utvalgets overordnede anbefaling er at vi på lengre sikt bør ha en utdanningskapasitet i medisin som dekker landets legebehov. Utvalget mener utdanningen må være tilpasset helsetilstanden, helsetjenesten og befolkningen i Norge, og fylle de krav som stilles til norske helseutdanninger.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

- 1a) Hvilke fordeler er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?*
- 1b) Hvilke ulemper er det ved at om lag 50 prosent av medisinstudentene utdannes i utlandet?*
- 1c) Hvordan blir din organisasjon berørt hvis en større andel blir utdannet i Norge?*
- 1d) Dersom din organisasjon har erfaring med nyutdannede leger fra utdanningsinstitusjoner både i utlandet og Norge, er det noen forskjeller i kompetanse mellom disse?*
- 1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?*
- 1f) Grimstadutvalget fremholder at en studiemodell der teoretisk kunnskap og klinisk undervisning/praksis er integrert gjennom hele studieløpet er i tråd med internasjonale anbefalinger om medisin- og helseutdanning. Hvor viktig vurderes dette å være for utdanningen av gode leger?*

2. Studieplasser og gradsrettigheter

I dag finnes det totalt 636 studieplasser i medisin ved fire etablerte læresteder i Norge. Utvalget anbefaler at vi i Norge utdanner 80 prosent av de legene vi trenger, noe som innebærer en økning på 440 studieplasser-

Utvalget er delt på midten hva angår meningen om tildeling av gradsrett for profesjonsstudiet i medisin til flere universiteter enn de fire universitetene som tilbyr medisinutdanning i dag. Med gradsrett menes retten til å utstede graden cand.med.

Én del av utvalget påpeker at en ny medisinutdanning vil ha vanskeligheter med å etablere sterke nok fagmiljøer til undervisning og forskning, samt vil bidra til å fragmentere eksisterende sårbare miljø. Denne delen av utvalget mener eksisterende fagmiljøer heller bør brukes til å styrke kapasiteten hos de fire universitetene som allerede utdanner medisinstudenter. Den andre delen av utvalget mener at så lenge studieprogrammet tilfredsstiller de faglige kravene som stilles for akkreditering, bør det være åpning for at også andre institusjoner kan tilby medisinutdanning. Disse utvalgsmedlemmene påpeker at nærhet mellom studiecampus og gradsgivende institusjon vil medvirke til et nært og bredt samarbeid med praksisfeltet som ikke lar seg realiserte i mer sentraliserte ordninger.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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

2b) Bør det åpnes for at flere enn dagens fire universiteter med gradsrettigheter i medisin kan tilby utdanningen? Bør dette i tilfelle skje gjennom en hel grad eller en fellesgrad?

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisinutdanninger

Dagens fire medisinske fakulteter har uttrykt til utvalget at det ikke er mulig å øke antallet medisinstudenter innenfor dagens rammebetingelser. For å kunne øke kapasiteten i dagens norske medisinutdanninger beskriver utvalgsrapporten premisser som de medisinske fakultetene har spilt inn til utvalget i deres arbeid. Institusjonene peker på at det er behov for avklaringer av økonomiske vilkår for samarbeidet med praksisfeltet, særlig når det gjelder finansiering av praksis i primærhelsetjenesten, men også i spesialisthelsetjenesten. I tillegg nevnes behov for investeringer i areal til undervisning, inkludert laboratorier, ferdighets- og simuleringsfasiliteter mv., samt personellressurser til undervisning, administrasjonsressurser og forpliktende avtaler om praksisstudier med praksisfeltet.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

3a) Grimstadutvalget har samlet inn innspill fra de medisinske lærestedene om mulig kapasitetsøkning i utdanningene. Vi ber de berørte UH-institusjonene, helseforetakene og kommunene gi en vurdering av økt ressursbehov og anslag på kostnader, utover studieplassfinansiering, ved å utvide kapasiteten i medisinutdanningen, blant annet når det gjelder behov for økt kapasitet til undervisning og forskning, studentveiledning, praksis og integrerte universitetsarealer i sykehus og eventuelle andre kostnader. Vi ber om en vurdering av dette behovet både med en økning i antall studieplasser som i forslaget fra Grimstadutvalget og med nedskalering til halvparten og en tredjedel av forslaget til økning i antall studieplasser.

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

4. Modell med opptak av norske studenter fra utlandet

Utvalget skulle ifølge mandatet utrede en modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene i Stavanger. Det er enighet i utvalget om at den grunnleggende modellen for den norske medisინutdanningen skal være et seksårig integrert studium. Dette er fordi at utviklingen i både medisინutdanning og helsetjenesten peker i retning av integrasjon mellom teoretisk og praktisk kunnskap, tett kobling mellom utdanningene og helsetjenestene i hele studiet, og kvalitetssikring av kunnskaper og ferdigheter som skal innlæres og praktiseres i norsk helsetjeneste. Internasjonale anbefalinger om medisinsk utdanning baserer seg også på medisinstudiet som et integrert studium der praktisk og teoretisk kunnskap bygger på hverandre.

Utvalget har vurdert modeller der norske studenter fullfører 3 år (evt. 2 år) i utlandet, for så å fullføre de siste 3-4 årene i Stavanger (3+3-modell). Et samlet utvalg anbefaler at det ikke utvikles varige modeller av denne typen. Utvalget er delt på midten i spørsmålet om en slik 3+3-modell kan være hensiktsmessig som et midlertidig tiltak.

Halve utvalget argumenterer for at en midlertidig modell vil bruke store ressurser som heller burde benyttes for å bygge opp varig kapasitet ved de etablerte medisინutdanningene. Disse utvalgsmedlemmene vektlegger også at modellen baserer seg på et skille mellom preklinikk og klinikk som ikke samsvarer med moderne medisინutdanning, og at modellen kan øke den allerede høye andelen utenlandsstudenter. Denne delen av utvalget fremhever trepartssamarbeid mellom UiS-SUS-UiB som en bedre inngang til å heve utdanningskapasiteten i Stavanger.

Den andre halvdelen av utvalget mener en 3+3-modell kan ivareta de vesentlige formelle kravene til studieprogrammer i medisin i Norge, og vil kunne bidra til rask opptopping av utdanningskapasiteten. Disse utvalgsmedlemmene peker på at en midlertidig 3+3-modell vil kunne øke andelen som får en utdanning tilpasset norsk helsetjeneste frem til den nasjonale utdanningskapasiteten når et tilfredsstillende nivå.

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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

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

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

5. Andre innspill til høringen

UNIVERSITETET I BERGEN
Postboks 7800
5020 BERGEN

Vurdering av muligheter for økt opptak til profesjonsstudiet i medisin ved UiT - Norges arktiske universitet. Svar på bestilling fra KD

Oppsummering

Etter en samlet vurdering har Det helsevitenskapelige fakultet kommet frem til at det ikke er mulig å øke antallet medisinerstudenter ved UiT, Norges arktiske universitet (UiT) innenfor dagens studiemodell. Følgende er hovedutfordringene:

- Kapasiteten i praksis i primærhelsetjenesten og psykisk helsevern
- Kapasiteten i den praktisk kliniske undervisningen i spesialisthelsetjenesten (PKU)
- Anvendelsen av eksisterende spesialrom til undervisning må utredes med fokus på nye måter å utnytte kapasiteten
- Uttalelser fra studentene underbygger våre angitte argumenter

Gitt følgende forutsetninger kan UiT - Norges arktiske universitet øke opptaket til profesjonsstudiet i medisin med 20 -25 studenter årlig:

- Kapasiteten i praksis i primærhelsetjenesten må styrkes gjennom en avklaring av arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen. Undervisning må bli en del av fastlegejobben og universitetene må få tilstrekkelig finansiering til å honorere fastlegene for å bidra. Vi ser også at flere legekontor mangler kontorplasser til studenter i praksis. Dette er også en hemsko for å ta imot flere studenter. Det må vurderes å gjeninnføre en ordning med tilskudd til etablering av studentkontor hos fastlegene.
- Studieprogrammets 5. år vil måtte omorganiseres til å inneholde fire rotasjoner i alle tre praksisfelt, både sykehus, psykiatri og allmennlege. Dette ville innebære en maksimal bruk av studieåret for praksisperiodene, og enkelte studenter vil ikke være ferdig med sin praksisperiode før ved vår semesterets slutt.
- Det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten tilføres ekstra, øremerkede ressurser dersom antall studenter skal økes. Spesialisthelsetjenesten er allerede pålagt betydelige omstillingskrav både gjennom tildelinger på statsbudsjettet og ved at nye tilbud og den nye spesialistutdanningen for leger skal skje innenfor dagens budsjetttrammer. Undervisning av medisinerstudentene krever mye ressurser alle studieår.

- Man må revidere studiet og endre den praktisk-kliniske undervisningen (PKU) ytterligere. De siste 20 årene har spesialisthelsetjenesten hatt en betydelig omlegging av driften fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk. Liggetiden er betydelig redusert og turnover i kliniske avdelinger økt betydelig. Man må utvide undervisningstiden til også å inkludere ettermiddager og kvelder, i større grad benytte poliklinisk virksomhet, kanskje leie inn pasienter som bor i nærheten av sykehuset og som kan bidra i undervisningen selv om de ikke har planlagt behandling ved sykehuset og i større grad ha undervisere i hovedstilling ved UiT. En slik endring vil kreve en bred prosess.
- Utredning av kapasitet i spesialrom og omlegging av utnyttelse av disse arealene til undervisningsformål.

1. Innledning

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

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

- Terje Steigen, prodekan klinisk undervisning og praksis. Leder av gruppa
- Eva Gjerdrum, Seksjonsleder Legeutdanningen
- Katrine Wennevold, Studieplansjef (tom 15.12.2018)
- Gunnar Leivseth, Leder Programstyret medisin og instituttleder Institutt for klinisk medisin (IKM)
- Gunnbjørge Svineng, Instituttleder ved Institutt for medisinsk biologi (IMB)
- Rolv-Ole Lindsetmo, Hovedkoordinator praksis i sykehus
- May Lill Johansen, Hovedkoordinator praksis i primærhelsetjenesten
- Håkon Lindekleiv, Fag og forskningsdirektør, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
- Kevin Wang, medisinerstudent på 4. året og medlem av Programstyret for medisin

Mandat og arbeidsform:

Gruppen har fordelt utredningsarbeidet mellom seg med utgangspunkt i hver deltakers kompetanseområde knyttet til oppgaven, og har i arbeidet sitt også involvert Instituttleder ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM), Praksiskoordinatorerne i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark, stedsansvarlige i Hammerfest og Bodø, ansvarlige for klinisk undervisning og praksis i psykiatri, ansvarlige for langsgående tema Profesjonell kompetanse og Vitenskapelig kompetanse, og studieadministrasjonen ved Legeutdanningen. Gruppens mandat fremgår utover dette av bestillingen til fakultetene fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av KD.

Besvarelsen baserer seg på utredninger knyttet til følgende fagområder:

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

Svarene er videre basert på forutsetningen om økt finansiering til eventuelle studieplasser etter dagens finansieringsmodell. Dette vil forutsette en del økte ressurser til utstyr, studentenes praksis utenfor Tromsø og flere stillinger, også merkantilt personell. Den nasjonale arbeidsgruppen og departementet er spesielt opptatt av kapasiteten knyttet til praksisplasser både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Man har bedt om beskrivelser av:

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

Det første spørsmålet vi er blitt bedt om å besvare er følgende:

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

Etter en samlet vurdering har vi kommet til at det ikke er mulig å øke antallet medisinerstudenter ved Universitetet i Tromsø innenfor dagens studiemodell. Følgende forhold er beskrevet som hovedutfordringene:

Praksis i primærhelsetjenesten og i psykisk helsevern

Det er ikke mulig å få til en økning av antall praksisplasser i primærhelsetjenesten innenfor dagens studiemodell. Dette på grunn av betydelige kapasitetsutfordringer og en lite tilfredsstillende finansieringsordning for utdanningsoppgaver i primærhelsetjenesten. Økt opptak vil kreve omlegging av gjennomføringen av praksis i hele studiets 5. år og omfattende endringer av finansieringen av undervisning og veiledning av medisinerstudenter i primærhelsetjenesten. Studieåret 2018/2019 har vi 106 studenter i 5. års praksis, en økning på 18 studenter fra året før. Det var vanskelig for koordinatorgruppen å skaffe så mange nye praksisplasser i løpet av et år. Fra høsten 2019 har vi 116 studenter som skal ha praksis – dvs. at vi trenger ytterligere 10 nye plasser, i tillegg til at vi må stabilisere plassene som ble skaffet sist. Negative svar fra en del legekantor tyder på at det dels er mangel på kontorplass til student, og dels mangel på motiverte og kompetente veiledere. Flere av de meste erfarne allmennlegene i Nord-Norge er nå i ferd med å pensjonere seg, og en del fastlegehjemler står tomme. Med økt arbeidspress i allmennpraksis (av ulike årsaker) og uendret finansiering, er nyrekruttering av veiledere utfordrende. Mange legekantor har også flere utdanningskandidater, både LIS 1 og LIS3, og de formelle kravene til veiledning for disse har økt. Nå er det også kommet krav til formell kompetanse for praksisveiledere i helseutdanningene. Vi ser det derfor ikke realistisk med ytterligere økning av antall praksisplasser innenfor dagens studiemodell og med dagens ressurser. Sannheten er at vi sliter med å skaffe nok plasser til de 116 studentene som skal starte i praksis til høsten. En ordning vi gjerne vil prøve ut i 2019 (inspirert av NTNU) er noen få dobbeltplasser, der to studenter deler på kontor, praksislærer og bolig.

Medisinerstudentene ved UiT har også praksis i psykisk helsevern i løpet av sitt 5. studieår. Det vil heller ikke her være mulig å øke antallet studenter og praksisplasser uten at man legger om studiemodellen, det vil si 4 bolker med praksis i 5. året.

Praktisk klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten

Det er ikke mulig å tilby praktisk-klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten til flere medisinerstudenter

ved UiT innenfor dages studiemodell på grunn av begrensninger i undervisningskapasiteten i 2.- 4. og 6. studieår. Studiet må da eventuelt revideres betydelig, og finansieringen av universitets- og utdanningsoppgaver i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord må tydeliggjøres og styrkes. Fordi dette er en utfordring i hele Helse Nord vil det heller ikke, i dagens situasjon, være en løsning å ta opp flere studenter med studiested og praktisk- klinisk undervisning i Hammerfest, Bodø eller ved andre sykehus i landsdelen.

Tilgang til spesialrom

Tilgang på laboratorieareal og andre spesialrom knyttet til undervisning i basisfag/preklinikk og teoretisk undervisning er en begrensning for mulighetene for et økt opptak. Dette kan løses ved å utvide gruppestørrelsen i undervisningene innen enkelte fag og, der det er mulig, også se på muligheten for å utvide undervisningstiden utover vanlig arbeidsdag. Dette må utredes nærmere da det også involverer lærernes arbeidsavtaler og vil, dersom dette vurderes som et reelt alternativ, innebære behov for drøftinger og forhandlinger mellom arbeidsgiver og ansattes organisasjoner.

Innspill fra studentene

Studentene våre ser betydelige begrensninger i mulighetene for økt opptak nå og legger vekt på at det allerede er betydelige utfordringer knyttet til planleggingen og avviklingene av den kliniske undervisningen i spesialisthelsetjenesten ved UNN (år 2-4 og 6). Gruppestørrelsene er allerede i dag en utfordring.

- Det er i enkelte delemner allerede for store grupper i den kliniske undervisningen på UNN. Studentene opplever at leger tar med seg deler av gruppen og andre blir stående igjen, fordi det ikke er plass å ta med seg alle til pasient. Gruppestørrelsene bør ikke økes ytterligere, det vil medføre flere grupper og kreve flere leger som undervisere.
- Perioder med mange studenter på sykehuset fører til at både leger og pasienter blir undervisningstrette. Dette kan bety at kapasiteten allerede er sprengt. Enda flere studenter kan gjøre belastningen større.

Studentene er videre spesielt opptatt av oppfølging og tilbakemelding. Medisinstudiet i Tromsø er, med kun en eksamen i året og få innleveringer, et veldig selvstendig studium. Dialog med forelesere og tilbakemeldinger i undervisningen blir derfor ekstra viktig, men dette blir vanskeligere med økt studentmasse. Det er allerede lett å forsvinne i mengden.

Det er mye bra undervisning i grupper på medisinstudiet i Tromsø. Herunder førstehjelpsuka, histologilab, undersøkelse av bevegelsapparatet, disseksjoner, casearbeid og mer. Det er ressurskrevende, men studentene ønsker ikke at et økt antall studenter skal føre til at god undervisning forringes på grunn av kapasitetsproblemer.

Det andre spørsmålet som skal besvares er:

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

Beskriv et scenarium eller flere for hva som må til for økning av studenttallet. Hvor mange studenter er det mulig å ta opp innenfor de scenarier som dere beskriver. Et mulig scenarium som vil gjøre det mulig med et økt opptak vil måtte baseres på følgende:

ØKNING MED 20 - 25 STUDIEPLASSER

Laboratorier og andre spesialrom

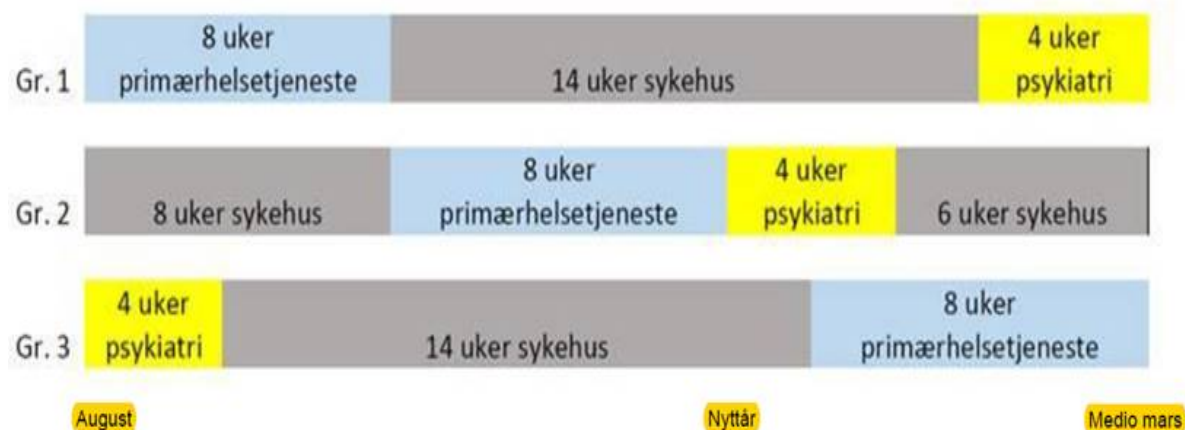
I de to første studieårene er det per i dag fullt utnyttet kapasitet i forhold til tilgjengelig laboratorieareal og andre spesialrom. En økning på 20-25 studenter eller mer vil by på noen utfordringer.

Et slikt scenarium krever:

Undervisning må skje i større studentgrupper. Studentenes innspill til denne rapporten peker imidlertid på at antallet studenter i gruppeundervisningen er høyt nok allerede. En utvidelse av studenttallet kan bety at det ikke er plass i en normal timeplan (8-16) og innebærer at undervisningstidsrommet må utvides. Dette involverer lærernes arbeidsavtaler og vil innebære behov for drøftinger og forhandlinger mellom arbeidsgiver og ansattes organisasjoner. Studentene må også motiveres for et slikt alternativ.

Praksis i primærhelsetjenesten og i psykisk helsevern

Kullet som i løpet av sitt 5. år er i praksis er delt i tre grupper. Gruppene roterer mellom praksis i primærhelsetjeneste, sykehus og i psykiatri slik modellen viser nedenfor. Praksisen går i dagens studiemodell over 26 uker med oppstart siste uke i august og avslutning medio mars.



En mulig fremtidig modell vil være å ha fire praksisperioder i året i stedet for tre. Da vil den fjerde gruppa ha praksis i primærhelsetjenesten fra midten av mars til slutten av mai. Hvor mange ekstra praksisplasser i primærhelsetjenesten en slik ordning vil gi, avhenger av hvor mange legekantor som kunne tenke seg å ha studenter fire perioder i året. I dag er det bare halvparten av de 42 kontorene vi har kontrakt med som tar imot tre studenter i året, resten tar to studenter i året.

Pr i dag finansierer UiT Det helsevitenskapelige fakultet praksis i primærhelsetjenesten med følgende summe:

- Praksis i 2 dager i henholdsvis 1., 2. og 3. år: Til sammen Kr 8250,- pr student
- Praksis i 8 uker i 5. året: kr 67 000,- pr student

For å styrke muligheten for å bruke primærhelsetjenesten og fastlegene som praksis og veiledningsarena for flere studenter i framtiden er det behov for en betydelig styrking av finansieringen av undervisningsoppgavene vi ønsker tjenesten skal bidra med. Det er behov for at studentpraksis i primærhelsetjenesten får en statlig finansiering som er sammenlignbar med den støtten som helseforetakene får. Det er også avgjørende at fastlegeordningen generelt blir styrket.

Studieprogrammets 5. år vil måtte omorganiseres til å inneholde fire rotasjoner i alle tre praksisfelt, både sykehus, psykisk helsevern og allmennlege. Dette ville innebære en maksimal bruk av studieåret for praksisperiodene, og enkelte studenter vil ikke være ferdig med sin praksisperiode før ved vår semesterets slutt. De studentene som er i den siste praksisgruppa må skrive sin masteroppgave tidligere på 5. året, og de vil få studentlisens to måneder etter de studentene som er i de tre første gruppene. I Tromsø får studentene lisens etter gjennomført 5. års praksis. Konsekvensen av en omorganisering vil bli at studentene i Tromsø ikke får tildelt sin lisens samtidig, dette fordi de vil ha gjennomført sine tre praksisperioder til ulik tid. Et alternativ her er at studentene ikke får midlertidig lisens som leger før de har levert masteroppgaven.

Før dette kan gjennomføres og legekantorene kan overbevises om å ta imot enda flere studenter per år, må arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen avklares, undervisning må bli en del av fastlegejobben og universitetene må få tilstrekkelig finansiering til å honorere fastlegene for å bidra. Vi ser at flere legekontor mangler kontorplasser til studenter i praksis. Dette er også et hinder for å ta imot flere studenter. Det bør vurderes å gjeninnføre en ordning med tilskudd til etablering av studentkontor hos fastlegene.

Psykiatrikoordinator vurderer at det vil være mulig å ha en ekstra bolk med studenter i løpet av studieåret og det vil være organisatorisk mulig med en økning av antallet studenter i utplasseringen i psykisk helsevern, dersom 5. året ses på isolert. Det som imidlertid ikke er vurdert tilstrekkelig med de ansvarlige for 2. året og 4. året er hvorvidt det er mulig å øke praksisen i 5. året i forhold til den generelle kapasiteten på praktisk klinisk undervisning i psykiatri og rusproblematikk i 2. og 4. året. Det er behov for mer tid og utredningsarbeid før et endelig svar kan gis.

Spesialisthelsetjenesten

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har sammen med UiT ansvaret for den praktisk kliniske undervisningen i studieprogrammets 2., 3., 4. og 6. studieår og gir et betydelig antall undervisningstimer per år til dette. Bidraget fra UNN til studiet kommer både fra leger med bistillinger og gjennom en stor innsats fra leger i UNN. Dette skjer gjennom undervisning, som mentorer i basisgruppemøter, i praktisk klinisk undervisning, gjennom PROFKOM-samtaler (Profesjonell kompetanse), veiledning på masteroppgaver, i følgepraksis («Doctor on call») samt lengre og kortere opphold for utvekslingsstudenter i medisin. I tillegg er alle legestudenter på UiT velkommen til å komme innom avdelinger i UNN for læring.

Praktisk klinisk undervisning (PKU) i UNN er primært gruppeundervisning med pasient, under veiledning av lege, som foregår ute i klinikkene. PKU varer fra 45 minutter til en arbeidsdag. I løpet av vårsemesteret 2017 har til sammen 385 legestudenter hatt praktisk klinisk undervisning i klinikkene. I løpet av høstsemesteret har til sammen 422 legestudenter hatt praktisk klinisk undervisning i klinikkene. Legestudentenes PKU er den mest omfattende studentundervisningen som foregår i foretaket.

Studentene er utplassert i praksis i alle regionens sykehus, inkludert UNN, i 5. året. Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset har ansvaret for henholdsvis 12 og 25 studenter i praksis i 5. studieår og praktisk klinisk undervisning i 6. studieår. Se for øvrig vedlagte tabelloversikter over sted og omfang for praksis og klinisk undervisning i landsdelen.

Det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten tilføres ekstra, øremerkede ressurser dersom antall studenter skal økes. Spesialisthelsetjenesten er allerede pålagt betydelige omstillingskrav både gjennom tildelinger på statsbudsjettet og ved at nye tilbud og den nye spesialistutdanningen for leger skal skje innenfor dagens budsjetttrammer. Undervisning av medisinerstudentene krever mye ressurser alle studieår. Dagens studiemodell er i stor grad basert på den tradisjonelle praktisk-klinisk undervisningen der studenter

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

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

Det er ikke tilgjengelige leger som kan utføre mer klinisk undervisning i profesjonsstudiet. I den nordlige landsdelen er det ikke nok legespesialister ved sykehusene. For å bedre denne situasjonen må spesialistutdanningen styrkes. Et viktig tiltak er opprettelse av tilstrekkelig antall LIS 1 stillinger til at de nyutdannede legene kommer i gang med spesialiseringen.

Deltagelse av medisinstudenter på avdelingene er positivt, men erfaringsmessig kan dette medføre driftsutfordringer ettersom en lege ofte bruker lengre tid på å behandle en pasient dersom en student deltar. Å øke antall studenter i dagens studentgrupper er et alternativ, men tilbakemeldingen fra lærere og studenter er at dagens grupper allerede er for store. Større studentgrupper kan redusere kvalitet og øke belastningen på pasientene.

Det er vanskelig å beregne nøyaktig hvilke ressurser spesialisthelsetjenesten må få tilført for å øke antall medisinstudenter. Et mulig utgangspunkt er kompensasjonen universitetssykehusene fikk frem til etableringen av de regionale helseforetakene for å dekke merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen. Dette var i 2001 anslått til 860.000 kr per student. Indeksjustert utgjør dette 1.165.976 kr per student i 2017. Det er ingen grunn til å tro at undervisningen har blitt billigere i 2017 sammenlignet med 2001. Blant annet har lønnsveksten i samfunnet vært høy i perioden.

En utfordring med finansieringen av medisinerstudentene er at det særskilte tilskuddet til utdanning av medisinerere fra 2006 ble lagt inn i basistilskuddet til RHF-ene. Helse Nord RHF har besluttet å fordele tilskuddet til medisinerstudentene til alle de helsefaglige utdanningene. Dette har medført at f.eks. 2. år av sykepleierutdanningen får tilført syv ganger så mye som medisinerutdanningens 1.-4. år fordi midlene fordeles på alle sykehusene (også de som ikke utdanner medisinerstudenter). Som en konsekvens av dette får ikke universitetssykehuset i dag tilstrekkelig kompensert sine kostnader med medisinerstudenter. Det pågår en dialog mellom UNN og Helse Nord om dette spørsmålet. En økning av antall medisinerstudenter krever en direkte tilførsel av midler til universitetssykehuset.

Digitale læringsressurser og simulering

Simulering blir brukt i økende grad i opplæring av medisinsk personell og det kan gi en merverdi i forhold til læringsprosesser og øving på praktiske prosedyrer. Det reduserer likevel ikke behovet for lærere i klinikken, studentene må møte ekte pasienter. Vårt simuleringslaboratorium har allerede underkapasitet og må oppskaleres og videreutvikles. Dette vil medføre økte kostnader (i størrelsesorden 3 mill. per år).

Studieprogrammet må revideres med henblikk på å innføre en mer utstrakt bruk av digitale læringsressurser på alle nivå, trening i ferdighetslaboratorium og bruk av simuleringer og digitale simuleringsverktøy. En slik

utvikling av undervisning og veiledning i studiet vil i sin tur også gripe inn i hvordan man faglig sett legger opp både teoretisk- og praktisk-klinisk undervisning, og innholdet i praksisperiodene i løpet av studiets 5. år.

Man kunne satse noe mer på klinisk simulering enn i dag. Noen studiesteder i utlandet har egne personer som de bruker som simulerte pasienter. Dette kan være skuespillere eller legfolk som får opptrening og instruksjon i hvordan dette skal fungere. På denne måten kan studentene lære om kommunikasjon, undersøkelse og diagnostikk under kontrollerte betingelser. For å få til dette kreves det midler til å bygge opp en slik "pool" av simulerte pasienter. Dette krever en egen ansatt for å administrere disse, og en skuespiller som kan instruere. I tillegg må det lages pasientkasuistikker som de simulerte pasientene skal spille. Denne undervisningen kan i noen grad erstatte PKU på 2-4 studieår, men PKU senere i studiet må fortsatt inneholde vanlige pasienter for å kunne gi realistiske utfordringer og erfaringer til studentene.

Ved hjelp av nyere teknologi kan man få til at simulerte pasienter har patologiske hjerte og lungelyder ved auskultasjon, og selv om det er vanskelig å få til kliniske funn ved simulering av andre problemstillinger er det kanskje ikke umulig. Man bruke dukker og muligens «virtual reality» i fremtidens simulering, men dette krever midler til etablering av et simuleringslaboratorium med egnet utstyr. Et simuleringslaboratorium bør også inneholde modeller for å øve på klinisk undersøkelse og praktiske ferdigheter i så stor utstrekning som mulig. Det planlegges nå nytt simuleringslaboratorium på UNN i samarbeid med UiT hvor man skal ha utdanning og øvelse for Legeutdanningen og Leger i spesialisering (LIS). Der vil det være behov for investeringer i utstyr og større lokaler for å dekke legeutdanningens behov, gitt økt opptak. Simuleringer ved hjelp av teknologi krever betydelig utredning og tilrettelegging. Det er i dag langt mellom de riktig gode løsningene som i tilfelle skulle kunne bidra til å endre medisinerstudiet.

Desentralisert undervisning og å utnytte helseforetak og primærhelsetjeneste i hele landsdelen

I framtida kan man se for seg å satse på økende grad av desentralisert undervisning. Dette er prøvd i andre land med spredt befolkning, som Skottland, Canada og Australia, med stort hell. Tromsø har allerede erfaring med desentralisert undervisning i Bodø og Finnmark. NTNU har startet et slikt prosjekt høsten 2018. Dette forutsetter at der er kapasitet til å ta imot studenter og at man har tilgjengelige, kvalifiserte undervisningskrefter. Dette er i dag en utfordring i nord. Til en viss grad skyldes dette mangel på legespesialister ved noen av sykehusene, spesielt i Finnmark. Dette, i tillegg til at manglende finansiering er en utfordring i hele Helse Nord, gjør at det ikke vil være en løsning å ta opp flere studenter med studiested i Hammerfest, Bodø eller ved andre sykehus i landsdelen.

Vennlig hilsen

Thrina Loennechen
dekan

Kjetil Kvalsvik
fakultetsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

Saksbehandlere: Prodekan klinisk undervisning og praksis, Terje Steigen og seksjonsleder Legeutdanningen, Eva Gjerdrum.

Vedlegg

- 1 Tabelloppsett praksisfeltet med Sykehus ved UiT
- 2 Tabelloppsett studenter og uteksaminerte kandidater ved UiT