

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 DEP
0032 Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK201900483

Dato: 12-02-2020

Høring Grimstadutvalgets utredning - Studieplasser i medisin i Norge - Behov modeller og muligheter

Det vises til Kunnskapsdepartementets (KD) invitasjon til høring om Grimstadutvalgets utredning om Studieplasser i medisin i Norge- Behov modeller og muligheter av 20. november 2019.

Legeforeningen har sendt utredningen på bred høring internt i organisasjonen.

Legeforeningen mener

- Legeforeningen støtter Grimstadutvalgets anbefaling om at Norge skal utdanne 80 % av våre egne leger.
- Antall studieplasser og antall LIS1-plasser må ses i sammenheng.
- Helseregionene må i større grad enn i dag utdanne tilstrekkelig antall leger innenfor eget opptaksområde.
- Den faglige kvaliteten i utdanningen må ikke forringes gjennom en opptrapping. Lærestedene må tilføres tilstrekkelige økonomiske og vitenskapelige ressurser.
- Finansieringssystemet for medisinsk grunnutdanning bør endres, slik at studentene lettere kan ha undervisning også på andre læringsarenaer enn helseforetakene.
- Desentraliserte undervisningssteder er sentrale forutsetninger for å få til kapasitetsøkninger av studieplasser. Primærhelsetjenesten må benyttes mer i utdanningen.
- Medisinstudiene i Norge skal være integrerte studieløp som følger internasjonale, kunnskapsbaserte anbefalinger for medisinsk utdanning. Dette lar seg best realisere gjennom hele grader.

Legeforeningen vil kommentere høringsforslaget i det følgende både når det gjelder anbefalingene, der det anses relevant, og når det gjelder majoriteten av spørsmålene det ønskes innspill til, ref. departementets høringsbrev.

Legeforeningens kommentarer

1. Utdanning av leger i Norge og utlandet

Dimensjonering, behov, internasjonale forpliktelser, økonomi

Dimensjonering av studieplasser må ses i forhold til nasjonale behov for leger og internasjonale forpliktelser. For å ha et tilstrekkelig antall leger til helsetjenestene i Norge, er vi i dag avhengige av at mange unge tar sin medisinske utdanning utenfor Norge. Nær 50 % av yrkesaktive leger i Norge har sin grunnutdanning fra utlandet. Norge har et svært lavt ambisjonsnivå når det gjelder utdanning av egne leger sammen lignet med for eksempel Danmark og Sverige. Tall fra OECD viser at Norge ligger svært lavt på egen relativ utdanningskapasitet av leger (1). Tall fra Helsedirektoratet (Hdir) bekrefter det samme (2).

I tillegg har Norge internasjonale forpliktelser. WHO-koden oppfordrer alle land til å ta ansvar for å utdanne sitt eget helsepersonell (3).

Å utdanne leger for en norsk helsetjeneste i en norsk kontekst er nå også forsterket ifm. innføringen av RETHOS (Retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene, innbefattet medisin (4)). Dette er retningslinjer og minstekrav for hva en lege skal kunne etter avsluttede studier.

Studieplasser på medisin i Norge er blant de dyreste i universitets- og høyskolesektoren. En økning i flere antall studieplasser i medisin i Norge vil medføre betydelige økte kostnader for staten. Medisinstudier i utlandet er langt rimeligere for den norske stat. Likevel kan ikke norske myndigheter legge viktige hensyn til side når det gjelder utdanningsspørsmål og basere seg på at norske studenter finansierer sin medisinutdanning med svært kostbare studielån.

Ovennevnte forhold synliggjør at utdannings- og spesialistkapasiteten i Norge er betydelig underdimensjonert. Det innebærer at man må tilstrebe en balanse med riktig dimensjonering av kapasiteten i grunnutdanningen og den videre spesialistutdanningen, LIS1-3, ut fra helsetjenestens behov.

Legeforeningen understreker at en økning i antallet studieplasser forutsetter flere LIS1-stillinger. I dagens situasjon utdanner vi til arbeidsledighet til tross for helsetjenestens behov for flere spesialister. Det vises til at MENON i Grimstadrapporten har beregnet det samfunnsøkonomiske tapet ved at nyutdannede kommer forsinket ut i arbeidslivet til å være i underkant av 125 millioner kroner.

Antall leger vi bør utdanne

Legeforeningens landsstyre vedtok i 2016 at Norge må utdanne 85 % av estimert legebehov (2).

Grimstadutvalgets tilrådninger om at Norge skal utdanne 80 % av våre egne leger, dvs. 440 nye studieplasser, til sammen 1076 innen 2027. Dette er en anbefaling som Legeforeningen støtter.

Et hovedtema rapporten belyser er sammenhengen mellom antall studieplasser for utdanning av leger og antall innbyggere i hver av de fire helseregionene, hvor Helse-Øst ligger lavest med 7,4 % per 100 000 innbyggere. Helseregionene har et "sørge for ansvar" når det gjelder utdanning av helsepersonell. Det er derfor betydningsfullt at helseregionenes ansvar for å utdanne tilstrekkelig antall leger er reflektert i forslaget til opptrappingsplan.

For å sikre en helhetlig, koordinert og god behandling og oppfølging av pasienter i dagens helsetjenester, er det viktig med inngående kjennskap til befolkningen og helsetjenesten i Norge. En viktig effekt av at flere studerer medisin i Norge, er at man vil kunne få inn flere LIS med felles erfaringsbakgrunn, både teoretisk og praktisk, også innenfor etikk, pasientkommunikasjon, samhandling og systemforståelse.

Samtidig er det ønskelig at noen leger utdanner seg utenfor Norge. Det gir et positivt og internasjonalt tilfang til vår helsetjeneste. Utvalgets estimat på 20 % utenlandsstuderende støttes av Legeforeningen

Reduksjon i Lånekassens ytelser

Dersom det er ønskelig å redusere støtten til norske studenter som studerer medisin i utlandet, må en slik reduksjon være med god forutsigbarhet, slik at den ikke rammer den gruppen som allerede har påbegynt medisinstudier i utlandet.

Anbefalingene til Grimstadutvalget

Utvalgets rapport gir et godt grunnlag for hvordan man skal kunne øke utdanningskapasiteten i Norge. Rapporten belyser utfordringene og kommer med gode forslag til å planlegge og gjennomføre en utdanningskapasitet på 440 nye studieplasser relativt raskt.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

Utvalget har ikke tatt stilling til om flere universitet enn dagens fire skal få gradsrettighet i medisin. Legeforeningen er ikke prinsipielt imot utvidelse av gradsrett, men mener at medisinstudiene i Norge skal være integrerte studieløp som følger internasjonale, kunnskapsbaserte anbefalinger for medisinsk utdanning. Dette lar seg best realisere gjennom hele grader. Ved å splitte opp en medisinutdanning på flere universiteter gjennom en felles grad, risikerer man å miste en enhetlig og integrert tilnærming til utdanningen.

Innføring av gradsrettighet til et nytt universitet kan føre til utvanning av spesielt små fagmiljø. Selv om det vil følge nye økonomiske ressurser med en eventuell etablering av et medisinsk fakultet, kan ikke økonomi alene løse utfordringen med små fag- og forskningsmiljøer.

I tillegg kommer spørsmålet om praksisplasser. Universitetet i Bergen har i dag 190 praksisplasser i Stavanger-regionen. Om det skal tilbys et medisinstudium med tilhørende egne praksisplasser i samme region, vil det kunne føre til færre praksisplasser og gå på akkord med kvaliteten i praksisutdanningen.

På den annen side vil et nytt studiested i medisin kunne føre til økt og større konkurranse mellom universitetene. Dette kan stimulere til nye undervisningsmetoder, mer innovativ forskning og gi ny giv til fagmiljøene.

Ved etablering av flere studieplasser og eventuell tildeling av gradsrett, må et akademisk grunnlag og økonomiske rammebetingelser for alle berørte universiteter og universitetssykehus være sikret.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisinutdanninger

I Grimstadutvalgets rapport er integrerte studier og bruk av desentraliserte undervisningssteder sentrale forutsetninger for å få til kapasitetsøkninger av studieplasser. Legeforeningen understreker at disse forutsetningene er betinget av et solid akademisk grunnlag og robuste økonomiske rammebetingelser, herunder at rammevilkårene for klinisk undervisning og praksis i primærhelsetjenesten er ivaretatt. En opptrapping må ikke ramme det akademiske grunnlaget ved allerede etablerte studiesteder.

6-årige integrerte studier

En stor andel av dem som studerer utenfor Norge utdanner seg i land som har studieordninger som er vesentlig forskjellig fra de norske studieordningene. De norske studieløpene særpreges ved at praksis er godt integrert med teori tidlig i studiet. Medisinstudier i Norge kjennetegnes ved disse 6-årige integrerte studieprogrammene. Spirallæring er sentralt og klinisk eksponering er viktig. Det er i tråd med ledende kunnskap om medisinsk pedagogikk.

Et viktig prinsipp i moderne medisindanning, er at det medisinfaglige innholdet skal være forskningsbasert og i kunnskapsfronten. På tilsvarende vis mener vi at undervisningsformene i studiet skal være kunnskapsbaserte og stimulerer til livslang læring. Vi stiller oss derfor bak utvalgets anbefaling om at integrerte studiemodeller er den beste måten å drive medisinsk utdanning på.

Desentraliserte utdanninger/campus

En flaskehals for å få til flere studieplasser i medisin er tilgangen på praksisplasser i klinikken. Et viktig premiss for økninger i utvalgets rapport er derfor etablering av campuser utenfor universitetsbyene i store deler av studietiden, som en del av studieplanen ved lærestedet.

Legeforeningen ser at dette muliggjør kapasitetsøkninger, men en slik løsning må ivareta universitetstilknypning og tilhørighet, slik at campusløsningen ikke medfører fragmentering av studiemiljøer. NTNU og UiT har gode erfaringer med desentraliserte utdanningsmodeller.

Bruk av primærhelsetjenesten etc.

Legeforeningen går inn for at primærhelsetjenesten benyttes mer i utdanningen, ref. Legeforeningens rapport om Grunnutdanning for leger- utvikling og harmonisering (5). En slik innretning er i tråd med offentlige styringsdokumenter vedrørende behov og analyser for hvordan medisindanningen best kan innrettes de kommende år. Stortinget har også bedt Regjeringen om å sikre at medisinstudenter får praksis i kommunehelsetjenesten (6).

De nye retningslinjene for helse- og sosialfagene (RETHOS (4)) gir også føringer for at primærhelsetjenesten skal benyttes i større grad.

Legeforeningen mener at klinisk eksponering og tid i praksis er essensielt i utdanningen, og mener hele Norge bør delta i dette. Best utnyttelse av praksisplassene er viktigere enn helseregionenes inndeling. Utplassering i allmenntid medisin regnes som ekstern praksis, der studentene under supervisjon og veiledning skal fylle legerollen så selvstendig som mulig. Dette er en gjennomprøvd læringsform som gir godt utbytte og bør videreføres.

For å få dette til er det essensielt at det kommer på plass nasjonale ordninger for finansiering av studieplasser i kommune- og spesialisthelsetjenesten for å sikre undervisning av god kvalitet.

Det er viktig at praksisplasser er tilgjengelige, og at helsepersonell som bidrar til dette kompenseres tilstrekkelig for både tiden og ressursene som kreves i forbindelse med veiledning av studenter. Dette er essensielt i primærhelsetjenesten, hvor mange er selvstendig næringsdrivende og har en krevende arbeidssituasjon. De kommunalt ansatte må fristilles av kommunene for å undervise og veilede medisinstudenter, og det må sikres at dette ikke blir en ekstraoppgave i tillegg til en allerede hektisk arbeidshverdag. I den anledning ønsker foreningen å vise til side 98 i rapporten, se fjerde avsnitt, under utvalgets betraktninger rundt innspillet fra KS: "På sikt ser utvalget det som ønskelig at kommunene blir avtaleparten for universitetene, og at fastlegene blir pålagt studentundervisning gjennom sin tjenesteavtale med kommunen, slik det er gjort for veiledning og supervisjon av turnusleger/LIS1 i mange år og nå også for LIS3 i allmenntid medisin. "

Foreningen anser at det legger uklare forutsetninger til grunn for fastlegenes fremtidige deltakelse i grunnutdanningen. Næringsdrivende fastleger kan under dagens regelverk ikke pålegges supervisjon eller veiledning av LIS1 eller LIS3. Det inngås derimot en avtale om dette mellom den enkelte kommune og fastlege, jfr. de relevante punktene fra ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmenntid medisin i fastlegeordningen i kommunene. Dette er et viktig

punkt å få presisert. Dagens fastlegeordning er under stort press. Det er ikke mye rom for ytterligere oppgaveoverføring til fastlegene. Foreningen understreker at den selvfølgelig er positiv til deltakelse i studentveiledning og undervisning, men dette må skje på frivillig basis.

Bruk av avtalepraksis

Legeforeningen ser også at andre læringsarenaer som supplement til sykehus og primærhelsetjenesten må kunne benyttes. Det vil gjenspeile bredden i legeyrket og gi studentene bedre oversikt over helsetjenesten. Avtalespesialister er en viktig del av spesialisthelsetjenesten og må benyttes i utdanningen.

Nasjonale rammevilkår

Det må kompenseres for reell tapt arbeidsfortjeneste, nødvendige nye ressurser og veiledning, samt at andre kommunale oppgaver må reduseres/avlastes for å gi tid til undervisning og veiledning for de legene som inngår avtaler om undervisning/praksis med kommunen.

Legeforeningen støtter innføring av nasjonale finansieringsordninger, og at det gjøres en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten. Dette må ikke forsinke arbeidet med opptrappingen av studieplassene.

4. Modell med opptak av norsk studenter fra utlandet

Siste del av mandatet til utvalget er å vurdere om Universitetet i Bergen, Universitetet i Stavanger og Stavanger Universitetssjukehus skal samarbeide om et mulig tilbud til norsk medisinstudenter i utlandet om å ta de tre siste årene ved Universitetet i Stavanger.

Den største utfordringen med en slik modell vil være å sikre at studentene har tilnærmet samme kunnskapsgrunnlag etter tre år. En slik løsning må evt. innebære at det gjøres avtaler med utvalgte universiteter i utlandet som er villige til å ta en relativt stor mengde norske studenter for en begrenset periode.

Dersom man ønsker å etablere et delt studieforløp, som for eksempel at man fullfører de siste tre årene av utdanningen i Stavanger, må det sikres et minimumskrav til kompetanse ved overgang til norsk studieplan. På den måten vil man i større grad få den ønskede legekompentansen, i tråd med behovene i norsk helsetjeneste, og i samsvar med moderne legeutdanning.

En overgangsordning hvor man henter hjem norske medisinstudenter for å fullføre graden i Norge er en mulighet, men dette bør være tidsbegrenset og den må evalueres etter en gitt tidsperiode.

Med hilsen

Den norske legeforenings sentralstyre etter fullmakt

Geir Riise
Generalsekretær

Kari Jussie Lønning
Fagdirektør

Øydis Rinde Jarandsen
Spesialrådgiver



Dokumentet er godkjent elektronisk

LITTERATURLISTE

1. <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm>
2. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet/Kunnskapsgrunnlag%20-%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf/_attachment/inline/536adfc5-f94a-41e6-8618-32e5d5c2b16a:cff1f3ae9321354e2ff9fbf9bbf8263ab511799d/Kunnskapsgrunnlag%20-%20Helsepersonell%20med%20utdanning%20fra%20utlandet.pdf
3. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70525/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf;jsessionid=A749A5F13D704C51FA10C3F3D96642FF?sequence=1
4. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
5. <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/6e77afe794314c389bab4e777536f1eb/grunnutdanningsrapport.pdf>
6. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2017-2018/inns-201718-109s/?all=true>