



Allmennlegeforeningen

DEN NORSKE LEGEFØRENING

Dato: 20.01.20

Høring Grimstادتutvalgets utredning Studieplasser i medisin i Norge – Behov modeller og muligheter

Utredningen fra Grimstادتutvalget forelå i september 2019. Den omhandler studieplasser i medisin i Norge: behov, modeller og muligheter. Det er bedt om en vurdering av utvalgets anbefalinger og det er fra departements hold satt opp spørsmål i fire bolker som bes besvart.

47 % av alle norske medisinstudenter studerer i utlandet. To av tre norske medisinstudenter som studerer i utlandet studerer i Øst-Europa. De fleste av disse går på engelskspråklige studier med andre utenlandske studenter. Det er i Norge i dag 636 plasser på medisinstudiet, og det foreligger en anbefaling om å raskt trappe opp med ytterligere 440 plasser (innen 2027).

Medisinstudiene er i økende omfang 6-årige integrerte studieprogram. Spirallæring er sentralt og klinisk eksponering er viktig. Allmennlegeforeningen (AF) mener som Norsk Forening for Allmenmedisin (NFA) at primærhelsetjenesten vil være en hjørnestein i fremtidens helsevesen. Norge må selv utdanne leger som har tilstrekkelig allmenmedisinsk kompetanse til å kunne mestre dette faget.

Allmennlegeforeningen takker for tilsendt høring og har følgende innspill:

NFA sitt utdanningsutvalg (AU) har gått igjennom rapporten og vi støtter fullt opp under den viktige presiseringen fra AU vedrørende faktafeilen på 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 allmenntidisin.»

Dette legger helt feil 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, jamfør de relevante punktene fra ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. Dette er et viktig punkt å få rettet opp. Dagens fastlegeordning er under stort press. Det er ikke rom for ytterligere oppgaveoverføring til fastlegene. Selv om vi ikke ønsker pålegg om deltakelse i studentveiledning og -undervisning er vi positive til økt fastlegeengasjement på dette feltet.

Utdanningskapasitet

1. Utvalget anbefaler at vi har en utdanningskapasitet i medisin i Norge som dekker landets legebehov, i samsvar med WHO-koden for rekruttering av helsepersonell.

SVAR: AF støtter denne anbefalingen, men vil føye til at det også er positive aspekter ved å utdanne en viss prosent av studentene i utlandet, som kunnskap om tilstander vi ser lite av i Norge, samt kompetanse og erfaring som har overføringsverdi, og kan bidra positivt til norske forhold.

2. Utvalget anbefaler at vi i Norge på kort sikt selv utdanner 80 % av de legene vi trenger, tilsvarende totalt 1076 studieplasser. Dette betyr at kapasiteten må økes med 440 nye studieplasser, i tillegg til dagens 636 studieplasser.

SVAR: AF støtter dette. En overgangsordning hvor man henter hjem norske medisinstudenter for å fullføre graden i Norge er en mulighet, men dette bør være tidsbegrenset.

3. Utvalget anbefaler at en opptrapping av de 440 nye studieplassene skal være fullført så snart som mulig, og senest innen høsten 2027.

SVAR: AF støtter NFA sitt innspill om at en begrensende faktor kan være klinisk eksponering. Det er derfor viktig at praksisplasser er tilgjengelige innen denne tid, 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 mye å gjøre. 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. Gitt at dette er på plass, støttes målsettingen om å ha gjennomført opptappingen innen høsten 2027.

4. Utdanningen må være tilpasset helsetilstanden, helsetjenesten og befolkningen i Norge. Utdanningen må oppfylle de krav som stilles til norske helseutdanninger, blant annet de nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

SVAR: AF støtter NFA sitt innspill her, og mener det er viktig å selv forme den profesjonelle identiteten til framtidige norske leger. Samhandling og kommunikasjonstrening er viktig, og AF støtter NFA sin oppfatning om at disse momentene blir best ivaretatt dersom hele medisinstudiet eller siste del av det fullføres i Norge (sistnevnte som en overgangsordning).

Studiemodeller

5. Utvalget anbefaler at modellen for medisinstudier i Norge skal være basert på 6-årige integrerte studieprogram.

SVAR: AF støtter dette.

6. Utvalget anbefaler at det ikke utvikles varige 3- eller 4-årige studiemodeller med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet. Utvalgets medlemmer Braut, Emmersen og Farbu mener likevel at dette kan være hensiktsmessig som en midlertidig ordning.

SVAR: AF støtter også her NFA sitt innspill. Det er mange velfungerende klinikere som har studert i utlandet og AF er derfor ikke fremmed for en slik overgangsordning. Likevel står målsettingen om 6-årige integrerte studieprogram sterkt, og AF støtter at dette ikke bør bli en varig løsning.

7. Utvalget anbefaler studiemodeller i medisin som inkluderer en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning. Utvalget anbefaler studiemodeller der studentene er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden, som del av studieplanen ved sitt lærested. I samsvar med dette anbefaler utvalget etablering av nye campuser.

SVAR: AF støtter NFA sitt innspill her med tanke på hvorvidt en målsetning om nye campuser er gjennomførbart. Det er viktig å ivareta en universitetstilknytning og -tilhørighet, og campusløsningen kan medføre fragmentering av studiemiljøer. Dog viser erfaringer fra UiT at mange studenter har vært fornøyde med desentraliserte løp i siste del av studiet, så disse erfaringene mener AF man bør se nærmere på.

8. Utvalget anbefaler at bruk av praksissteder, basert på helseregionenes inndeling, bør praktiseres mer fleksibelt mellom universitetene enn i dag.

SVAR: AF støtter NFA sitt innspill her og støtter at klinisk eksponering og tid i praksis er essensielt i utdanningen, og mener hele Norge bør delta i dette. God utnyttelse av praksisplasser er viktigere enn helseregionenes inndeling.

9. Utvalgets medlemmer Grimstad, Hunskår og Straume anbefaler at det i den foreslåtte opptrappingen av studieplasser ikke gis gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin til flere universiteter enn dagens fire. Utvalgets medlemmer Braut, Emmersen og Farbu mener at det skal være mulig å tildele gradsrettigheter til andre universiteter.

SVAR: AF støtter NFA sitt innspill, og mener at dersom et universitet kan stille med tilstrekkelig kompetanse, utdanningsfasiliteter, tilknytning til primær- og sekundærhelsetjenesten, og har en godkjent studieplan, så kan universitetet tildeles gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin. Dette for å sikre et bedre studieløp for alle studenter og unngå fragmentering av studiesteder.

Samarbeid om medisinutdanning i Stavanger

10. Utvalget anbefaler at en bygger videre på eksisterende samarbeid i en økt satsing på medisinutdanningen i Stavanger, ut fra den erfaringen og kompetansen som UiB og SUS har.

SVAR: AF støtter NFA som mener at fagmiljøene generelt styrkes ved samarbeid. Allerede oppbygd erfaring og kompetanse bør det bygges videre på. AF ønsker ikke å uttale seg spesifikt om lokalisasjon av et eventuelt nytt studiested.

11. Utvalget anbefaler at UiB og UiS som utdanningsinstitusjoner, sammen med kommune- og spesialisthelsetjenestene i Stavanger-regionen, samarbeider om utforming av et helhetlig studieløp, og særlig om siste del av studiet.

SVAR: AF støtter at man tenker nytt og bruker større deler av landet til å utdanne medisinstudenter, men vi ønsker ikke å uttale oss om hvor et eventuelt nytt studiested skal lokaliseres. Vi ønsker i midlertidig å presisere viktigheten av å ha en god allmennt medisinsk kobling til det/de medisinske fakultetene som eventuelt opprettes.

12. Utvalgets flertall anbefaler at campusløsningen i Stavanger baserer seg på at en gruppe medisinstudenter tas opp og gjennomfører de første studieårene i Bergen (ved UiB) og de siste årene i Stavanger (UiB–UiS–SUS).

SVAR: AF avstår fra å svare på dette.

Norske medisinstudenter i utlandet

13. Utvalget anbefaler at Lånekassens økonomiske støtte til medisinutdanning i utlandet reduseres. Dette må skje parallelt med økning av studiekapasiteten i Norge, for å oppnå en balanse mellom helsetjenestens behov og tilgangen på leger.

SVAR: AF støtter dette så lenge det ikke går ut over studenter som allerede har påbegynt sitt studium i utlandet.

14. Utvalget anbefaler at det utredes en ordning der 5–10 % av behovet for studieplasser i medisin dekkes gjennom finansiering fra Lånekassen (inkludert skolepenger) ved nærmere definerte studiesteder i utlandet.

SVAR: AF støtter dette.

15. Utvalget anbefaler at det tidlig etableres kommunikasjon med dem som kan bli berørt av endringene i støtteordninger for medisinutdanning i utlandet.

SVAR: AF støtter også her NFA sin vurdering, og mener at ingen med påbegynt medisinstudium i utlandet når ordningen innføres bør bli berørt. Dette bør ikke ha tilbakevirkende kraft.

16. Utvalget anbefaler at det etableres gode rutiner og åpne prosesser for utenlandsstudenter som ønsker praksis og hospitering i den norske helsetjenesten som en del av studieløpet.

SVAR: AF støtter dette.

Rammevilkår for praksisstudier

17. Utvalget anbefaler at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena i medisinstudiet.

SVAR: AF støtter dette.

18. Utvalget anbefaler at det innføres nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten.

SVAR: AF støtter nasjonale finansieringsordninger. Vi støtter også NFA sitt innspill om at det må kompenseres for reell tapt arbeidsfortjeneste, nødvendige nye ressurser og veiledning, samt at andre kommunale oppgaver må fjernes for å gi tid til undervisning og veiledning for de legene som inngår avtaler om undervisning/praksis med kommunen.

19. Utvalget anbefaler at det gjøres en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten.

SVAR: AF støtter dette, under forutsetning av at det settes av økonomiske midler til dette.

1 Utdanning av leger i Norge og i utlandet

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

- Kunnskap om tilstander vi ser lite av i Norge
- Kompetanse om andre kulturer og språk
- Nye impulser og erfaringer

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

- AF støtter utvalgets bekymring med tanke på mindre/manglende allmennmedisinsk undervisning for utenlandsstudenter, spesielt i Øst-Europa. Det er spesielt bekymringsfullt at Slovakia ikke har noen praktisk trening i allmennmedisin!
- Språkproblemer som vanskeliggjør læringsutbytte, spesielt ved utdanningsinstitusjoner i Øst-Europa.
- Mindre fokus på kommunikasjon og lege-pasient-kontakt under studietiden ved institusjoner i Øst-Europa. Lite klinisk undervisning.
- Ikke opplæring i samhandling med andre instanser. Dette vil komme til å bli viktig i fremtidens helsevesen.
- Bryter WHO-koden for rekruttering av helsepersonell. AF støtter at vi i større grad bør være selvforsynte med helsepersonell.
- AF støtter utvalgets anbefaling om at det har stor klinisk verdi for leger å utdannes i det landet hvor de skal jobbe.
- Større gjeldsbyrde for utenlandsstudenter enn for norske studenter.
- AF synes det er bekymringsfullt at det er rapportert dårligere psykisk helse blant utenlandsstudenter enn blant studenter her hjemme, og at hjelpetilbudet heller ikke er som for studenter i Norge.
- Bekymringsfullt at det er mangelfulle klagerettigheter på karakterer ved institusjonene i Øst-Europa.

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

- Fra et allmennmedisinsk ståsted vil det være gunstig at en større andel av studentene utdannes i Norge fordi norske studiesteder setter allmennmedisinske problemstillinger i fokus. Det er også lagt stor vekt på kommunikasjon og klinisk undervisning gjennom hele studieløpet. Dette gjelder spesielt sammenlignet med utdanningsinstitusjoner i Øst-Europa.

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?

- Mindre allmennmedisinsk kunnskap, samt mindre erfaring med og opplæring i kommunikasjon med pasienter. Dette gjelder spesielt for studentene fra østeuropeiske institusjoner. Det er blitt bemerket at dette er spesielt merkbart hos studentene før turnus, men erfaringen vår er at det som oftest skjer en faglig utjevning i løpet av turnustiden (LIS1).

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?

- AF støtter at dette er svært viktig og at dette bør være den primære utdanningsformen. Imidlertid kan overgangsordninger være gunstig i en begrenset periode.

2 Studieplasser og gradsrettigheter

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

- AF støtter Legeforeningens anbefaling om at Norge bør utdanne 85 % av legene vi trenger selv, og mener det er viktig at vi har en utdanningskapasitet som i stor grad dekker landets legebehov. På den annen side ser vi også den positive verdien det kan tilføre norsk helsetjeneste at en mindre andel av studentene utdannes utenlands, gitt gode faglige rammer ved de utenlandske studiestedene.

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?

- AF støtter at flere institusjoner kan tilbys gradsrettigheter i medisin, også hele grader.

3 Premisser for økt kapasitet i norske medisnutdanninger

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 over kostnader, utover studieplassfinansiering, ved å utvide kapasiteten i medisnutdanningen, 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.

- AF støtter NFA sitt innspill om økonomisk kompensasjon som må dekke faktisk tapt arbeidsfortjeneste for allmennleger ved bidrag til undervisning og veiledning, samt at kommunene må friggi tid til denne oppgaven.

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

- Ja, sannsynligvis. AF støtter også utvalgets anbefalinger rundt gode rutiner og åpne prosesser for utenlandsstudenter som ønsker praksis og hospitering i norsk helsevesen.

4 Modell med opptak av norske studenter fra utlandet

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

Hvorfor (ikke)?

- AF støtter også her NFA sin vurdering om at det vil være gunstig med en overgangsløsning for raskt å øke andelen leger utdannet i Norge. Fordelen med dette er at disse kan gis en smidig overgang til norske forhold, samt god allmennt medisinsk utdanning. En slik utdanning vil kunne bidra til bedre og økt samhandling i det norske helsevesenet. Videre kan et slikt studieforløp være en pilot for et framtidig 6-årig integrert studium hvor utdanningen er tilrettelagt for fremtidens helsevesen med økt utredning, behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten.

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?

- AF støtter som sagt utvalgets anbefaling at modellen for medisinstudier i Norge skal være basert på en 6-årig integrert studieplan, men ser verdien av en 3 + 3 modell i en overgangsperiode for raskt å øke antall leger utdannet i Norge. Dette vil sikre mer klinisk kompetanse og allmennt medisinsk opplæring enn om studentene hadde fullført hele utdanningen i Øst-Europa.
- Det kan være problematisk at det stilles andre kriterier for opptak ved studiesteder i for eksempel Øst-Europa. Det stilles lavere krav til karakterer ved utenlandske utdanningsinstitusjoner, og dette kan bli en «bakvei» inn i norsk ordning. Det kan også være positivt i den grad noen institusjoner også baserer seg på egnethet/intervju.
- Hvordan skal opptaket til siste 3 år i Norge foregå?

Med hilsen

Elin Kjølørød Ødemark
styremedlem