

Nasjonalt senter for distriktsmedisin,
Helsefak, Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Til
Kunnskapsdepartementet
v/Anne Line Wold

Høringssvar til Grimstadutvalgets utredning: Studieplasser i medisin i Norge – behov, modeller og muligheter

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/ Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš vil benytte muligheten til å avgi høringssvar til Grimstadutvalgets utredning om studieplasser i medisin i Norge.

NSDM er et tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. NSDM ble etablert som prosjekt i 1999 for å bedre legedekningen i distriktene via god kvalitet på medisinstudentenes utplassering i kommunene. Selv om legetjenesten ofte har en nøkkelrolle i helsevesenet, jobber leger i nettverk og ulike team med andre, pasienten inkludert. Mangel på leger og annet helsepersonell krever god forståelse for tjenestene i distrikt slik at nasjonale ordninger tilpasses og tjenestene kan yte likeverdige helsetjenester.

Utdanningenes rolle for å skape stabil personelldekning i distrikt, sammen med organisering av lokalsykehusfunksjonen, sykestuevirksomhet, legevakt og akuttmedisin er temaer senteret jobber med, samt sosiale ulikheters betydning for helse, urfolksmedisin og helsetjenester i andre land.

Vi velger å begynne med spørsmål 5 i høringsnotatet: «Andre innspill til høringen». Korte svar på øvrige spørsmål finnes på slutten av høringssvaret.



Distriktperspektivet

NSDMs hørings svar tar utgangspunkt i distriktperspektivet, som omfatter rekruttering, stabilisering og faglig innhold i helsetjenestene utenfor de store byene. Dette har gjensidig betydning for legeutdanningen og praksisfeltet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenestens lokalsykehus og distriktsmedisinske sentra.

I 2014 arrangerte NSDM en distriktsmedisinsk konferanse om legeutdanning (http://arkiv.nsdm.no/filarkiv/File/konferanser/Avsidesby_web_endelig_260814.pdf).

Fra artikkelsamlingen hentes følgende sitat:

«For at nyutdannede leger trygt skal kunne ivareta pasienter med vanlige og farlige helseproblemer, må mer av undervisningen gis av generalister og større deler av praksis foregå der denne typen helseproblemer behandles: på lokalsykehus og i primærhelsetjenesten. Denne generalistundervisningen må være gjennomgående i alle seks studieår. Studentundervisningen bør ta utgangspunkt i pasienten og personens problem, ikke diagnose eller organsystem. Fragmentert utdanning med vekt på det spesielle må i større grad erstattes av læringsrelasjoner mellom pasienter, legestudenter og veileder som varer over tid, ved at studentene kommer tilbake til samme praksissted gjennom hele studiet.»

Desentraliserte studiemodeller

Grimstadrapporten *«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»*.

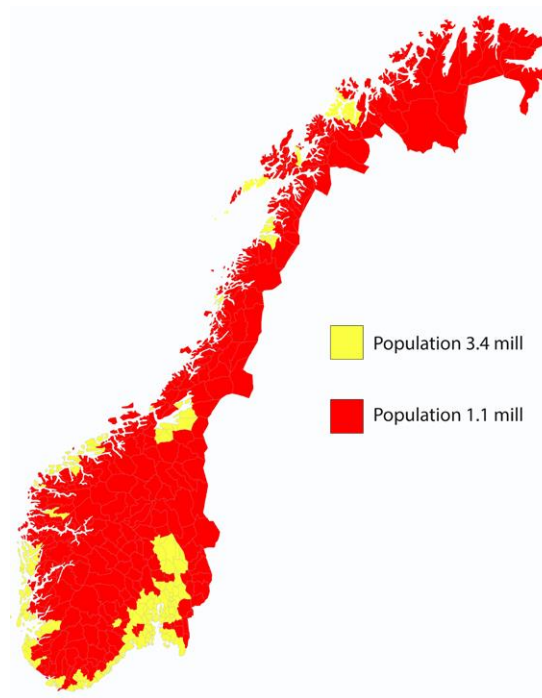
Hovedbegrunnelsen er endringer i demografi, sykdomspanorama og organisering av helsetjenestene (med blant annet Samhandlingsreformen) som gjør at pasientene i mindre grad befinner seg i universitetssykehusene, og i større grad i primærhelsetjenesten og i lokalsykehusene. I tillegg nevnes rekruttering og legefördeling til helsetjenester i hele landet (s.98-99). Vi vil påpeke at forskning viser at studenter som blir eksponert for erfaringer i distrikt oftere vil velge jobb i distrikt (Roberts C, Daly M, Kumar K, Perkins D, Richards D, Garne D. A longitudinal integrated placement and medical students' intentions to practise rurally. *Medical Education* 2012; 46(2): 179-191).

NSDM støtter Grimstadutvalgets anbefaling om å ta større deler av landet i bruk i legeutdanningen, slik som UiT har gjort med legeutdanningen i Bodø og Finnmarksmodellen, og NTNU gjør med Levangermodellen. Kartet nedenfor viser at det meste av Norge er tynt befolket. Ved å legge en større del av legeutdanningen utenfor de store byene vil studentene få erfaring med vanlige helseproblemer i en lokal ramme der de kan følge pasientene over tid, forutsatt at studiet legger opp dette gjennom modeller som for eksempel varianter av Longitudinal clerkship (f.eks. LINK i Levanger).



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmediisinná našunála guovddáš
National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø
post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00



Størsteparten av Norge er spredt bebygd utkant.
 Illustrasjon utlånt av Thomas Kristensen, Norsk Luftambulansse. Tallene er fra 2002

Øst- og Sørlandet har tett befolkede områder, men også store områder med spredt befolkning og store avstander. I sine innspill til Grimstadutvalget skisserer UiO en gradvis økning av studieplasser ved å øke antall plasser i de store sykehusene i Oslo-området først, så utvide til Drammen og Bærum, og bygge opp et desentralisert studium ved Sørlandet sykehus (s.70). Det nevnes også mulighet for «en større konseptuell omlegging av hele studiet der også helseforetak som Innlandet, Telemark og Østfold kan innlemmes». NSDM vil anbefale at UiO prioriterer og fremskynder utviklingen av en slik «konseptuell omlegging» til en desentralisert modell som omfatter alle delene av regionen. Dette bør også være målet for de andre lærestedene.

Forutsetninger for å utvikle gode desentraliserte utdanningsmodeller er at de nye arenaene i lokalsykehus og primærhelsetjeneste blir integrerte og selvsagte arenaer, med bærekraftig bemanning og infrastruktur. Dette krever holdnings- kultur- og ressursendringer både hos lokale aktører, i universitetene og hos nasjonale myndigheter.



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš
 National Centre of Rural Medicine
 ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø
 post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00

Fordeling av studieplasser

Oversikten over den ulike fordelingen av studieplasser pr innbygger, der Østlandet har klart færrest studieplasser pr innbygger, kan være en forklaring på hvorfor det er et «sug» mot Oslo-området for studentene som utdannes i andre landsdeler. Andelen studenter fra Østlandet er stor både i UiB og NTNU. Ved UiT er fordelingen noe jevnere pga kvotering av søkere fra landsdelen (60 prosent er reservert søkere med nordnorsk tilknytning). NSDM er enig i at den største økningen av studieplasser bør komme ved UiO for å gi en bedre balanse i geografisk fordeling.

Det er opp gjennom årene gjort flere studier av hvor det blir av legene som er utdannet i Nord-Norge. Aaraas et al. (2015) konkluderer med at 51 prosent av legene utdannet ved UiT, arbeider i Nord-Norge. Det er en klar tendens til at UNN i Tromsø sysselsetter en stor andel av disse, mens Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har mindre nytte av leger utdannet i Tromsø (Gaski, Halvorsen, Aaraas og Aasland 2017). Dette er et godt argument for å ta i bruk desentralisert utdanning i større grad. Både læringsinnhold og legefording vil kunne bli mer tilpasset Norges behov dersom flere studenter i alle regionene får mulighet til å erfare legearbeid utenfor universitetssykehusene og de store byene.

Stavanger-modellen

Grimstadutvalget gir en balansert drøfting av fordeler og ulemper med å etablere en selvstendig legeutdanning ved UiS. Det er gode argumenter for begge sider av saken. I et distriktperspektiv er desentralisering av tjenester ofte positivt fordi det kan gi lokal råderett over planlegging og beslutninger, og nærhet til utøvere og studenter. Beskrivelsen av det fullt utviklede legestudiet i Stavanger er interessant ved at det er et sterkt fokus på primærhelsetjeneste og samhandling.

På den annen side vil etableringen av en egen legeutdanning i Stavanger ikke gi flere studieplasser, mens det vil være ressurskrevende å bygge opp tilbudet i sin helhet, og vil kunne medføre fragmentering av fagmiljøer. Historisk sett var det stor motstand med tilsvarende argumenter mot opprettelsen av legeutdanningene ved UiT og NTNU. Begge disse utdanningene er blitt vellykket.

NSDM mener at et integrert, helhetlig studieløp over 6 år må være en grunnpilar i den norske legeutdanningen. Vi anbefaler derfor ikke et løp med 3+3 (eller 2+4). En forutsetning for å utvikle en egen legeutdanning i Rogaland må derfor være at de satser på en integrert, gjennomgående studiemodell der både lokalsykehusene og primærhelsetjenesten i nedslagsfeltet tas aktivt med i planlegging og utvikling av studiet.



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš
National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø
post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00

Spørsmål til høringsinstansene

1. Utdanning av leger i Norge og i utlandet

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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

SVAR: Vi ser ingen fordeler med en så stor andel utenlandsstudenter.

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

SVAR: Dette er god beskrevet i rapporten.

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

SVAR: NSDM blir ikke direkte berørt, men gitt at man gjør de grepene som vi foreslår, forventer vi en bedre legefordeling til hele landet og en utdanning med faglig innhold som også tilfredsstillende behøver til helsetjenestene utenfor de store byene.

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

SVAR: Ikke relevant

1e) *Hvis ja, hva består forskjellen i?*

SVAR: Ikke relevant

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?*

SVAR: Vi i NSDM vurderer en integrerte utdanningsmodellen som viktig for å utdanne leger som Norge trenger. En ytterligere forsterkning av dette konseptet kan være å ta i bruk varianter av modellen med Longitudinal Integrated Clerkship («gjennomgående veiledet praksis»). Langvarige relasjoner mellom legestudent og pasienter, og mellom legestudent og veileder, er vist å være sterke pedagogiske virkemidler for utvikling av profesjonell kompetanse.



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš
National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø
post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00

2. Studieplasser og gradsrettigheter

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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

SVAR: Vi gir sterk støtte til dette.

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?*

SVAR: Ingen kommentar.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisnutdanninger

Spørsmål 3a og b er ikke relevante for NSDM.

4. Modell med opptak av norske studenter fra utlandet

Vi ber høringsinstansene om å vurdere følgende:

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)?*

SVAR: Vi viser til vår vurdering av dette lenger opp i høringssvaret. Når fordeler og ulemper veies opp mot hverandre lander vi på at det ikke er ønskelig å bruke ressurser på å etablere en slik modell.

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

SVAR: Som over. Vi vurderer at denne modellen ikke vil gi den ønskede legekompentansen Norge trenger.

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

SVAR: Hvis en slik ordning opprettes bør den vare kortest mulig. Målet må være å ha fullverdige, integrerte legeutdanninger i Norge, jfr svar 1f.

Med vennlig hilsen



Anette Fosse

Leder Nasjonalt senter for distriktsmedisin/

Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš jođiheadđji



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš
National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø

post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00