

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 17.12.2019
SAKSHANDSAMAR: Hilde Christiansen
SAKA GJELD: **Høyring - Grimstadutvalgets utgreiing - Studieplasser i Norge**

ARKIVSAK: 2019/7849
STYRESAK: **017/20**

STYREMØTE: **05.02. 2020**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Vest RHF gir sin tilslutning til høyringsuttale som går fram av saksførelegget.

Oppsummering

Eit utval leia av professor Hilde Grimstad har levert si utgreiing: «*Studieplasser i medisin i Norge – Behov, modeller og muligheter*». Kunnskapsdepartementet har sendt utgreiinga på ei brei høyring. Helse Vest RHF er høyringsinstans, og legg i denne saka fram forslag til høyringsuttale for styret. Høyringsuttale frå Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde er og lagt ved saka.

Grimstadutvalet si overordna tilråding er at vi på lengre sikt bør ha ein utdanningskapasitet i medisin som dekker behovet for legar i landet. Utvalet meiner at utdanninga må vere tilpassa helsetilstanden, helsetenesta og befolkninga i Noreg, og fylle dei krava som blir stilt til norske helseutdanningar.

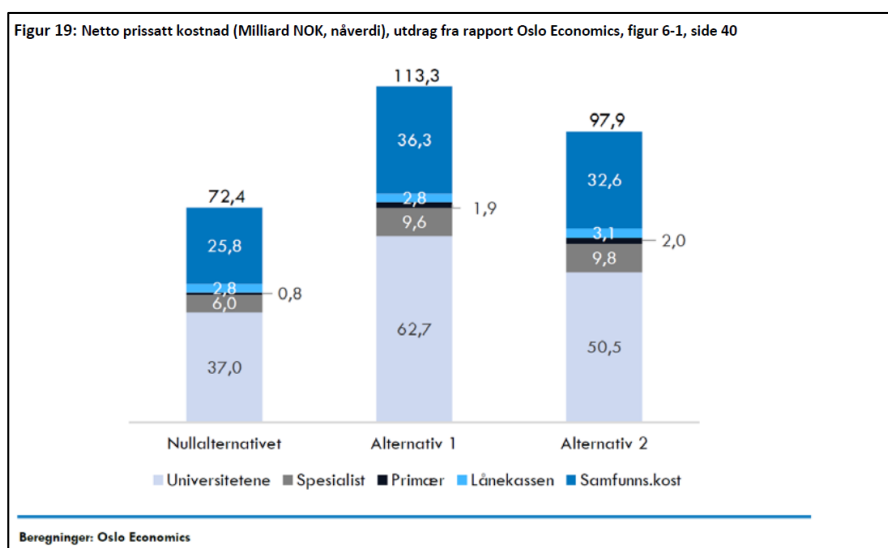
Eit overordna mål for Helse Vest er å auke kapasiteten for medisinutdanning på Vestlandet. Dette føreset eit effektivt og tett samarbeid – mellom sjukehusa, mellom universiteta, med politikarar og med næringslivet.

Universiteta på Vestlandet har fremja ulike alternativ for Grimstad-utvalet, som begge svarar på utfordringane med å auke kapasiteten på utdanning av legar i Noreg. Med Grimstad-utvalet sin rapport på bordet bør politikarane no ha det dei treng av bakgrunnsmateriale og dokumentasjon, slik at dei kan gjere gode val – til beste for Helse-Noreg si framtid.

Uansett kva avgjerd politikarane no landar på, må ein sikre at utdanninga av legar bør kome pasientane i regionen og nasjonen til gode. Det er brei semje på Vestlandet, mellom UiS, UiB og Helse Vest, at uansett kva modell for legeutdanning som blir valt, vil alle arbeide for å sikre gjennomføring av den modellen som blir valt.

Fakta

Grimstad-utvalet, nedsett av regjeringa, har lagt fram si tilråding om utdanning av legar. Dei konkluderer med at Noreg bør ta mål av seg å utdanne 80 prosent av eigne legar ved norske lærestadar. I løpet av ein åtteårsperiode tek ein difor til orde for å auke kapasiteten i Noreg med 440 studentar årleg, frå i overkant av 600 studieplassar i dag. Grimstadutvalet gav Oslo Economics i oppdrag å greie ut økonomiske konsekvensar ved auke av studieplassar. Dei ulike modellane er omtalt i kapittel 11 i rapporten. Det er to modellar som er grunnlag for berekninga i tillegg til nullalternativ. Modell 1 er å utvida medisinstudiet i Noreg, modell 2 er nytt klinisk 3-årig studium i Noreg for studentar som har tatt dei tre første studieåret i utlandet.



Dette representerer eit vesentleg løft og føreset klar politisk vilje og mobilisering av midlar over statsbudsjettet i åra som kjem. Her vil ein måtte investere – i personell, bygg og infrastruktur – for å møte eit behov for fleire studieplassar.

I tillegg treng ein fleire praksisplassar enn i dag, og då må ein ta fleire sjukehus i bruk og meir praksis i primærhelsetenesta som ein del av medisinstudiet.

Utvalet har ei rekke tilrådingar, og Kunnskapsdepartementet ber oss om å svare på dei konkrete spørsmåla i høyringsnotatet. Forslag til høyringssvar ligg til slutt i denne saka.

Dette er ei viktig sak for mange aktørar både i universitets- og høgskulesektoren og i helse- og omsorgssektoren. Helse Vest vil først løfte fram nokre overordna føringar som vil bety mykje for den framtidige medisinarutdanninga.

Kommentarar

Vestlandet kan utdanne fleire legar

Med Helse Vest som regionalt helseføretak, to universitet, to universitetssjukehus, fleire sjukehus og ei primærhelseteneste som dekker heile kysten, er Vestlandet godt rusta til å utdanne langt fleire legar enn i dag.

Universitetet i Bergen har i 20 år samarbeida med sjukehusa i Helse Vest-regionen om utdanning av legar. Kvart år har om lag 200 legestudentar praksisutdanning ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS). Under overskrifta «Vestlandslegen» lanserer Universitetet i Bergen ein plan for utdanning av legar til heile Vestlandet der ein inkluderer alle sjukehusa i regionen og primærhelsetenesta i praksisutdanninga. Planen inneber ein auke i kapasiteten i legeutdanninga med 100 studieplassar over nokre år, brorparten av desse i Stavanger.

UiB er positiv til undervisnings- og forskingssamarbeid med UiS, slik at deler av utdanninga av «Vestlandslegen» formelt kan vere på UiS. Dette gjeld også samarbeid om konkrete emne og studiepoeng i ein ny studieplan. Vidare vil det eventuelt bli snakk om eit fast og formalisert samarbeid mellom UiB og UiS gjennom omfattande avtalar, fordeling av økonomi i form av studiepoengpremiering osv. Dette går fram av brev mottatt frå UiB datert 20. juni 2019, sjå vedlegg.

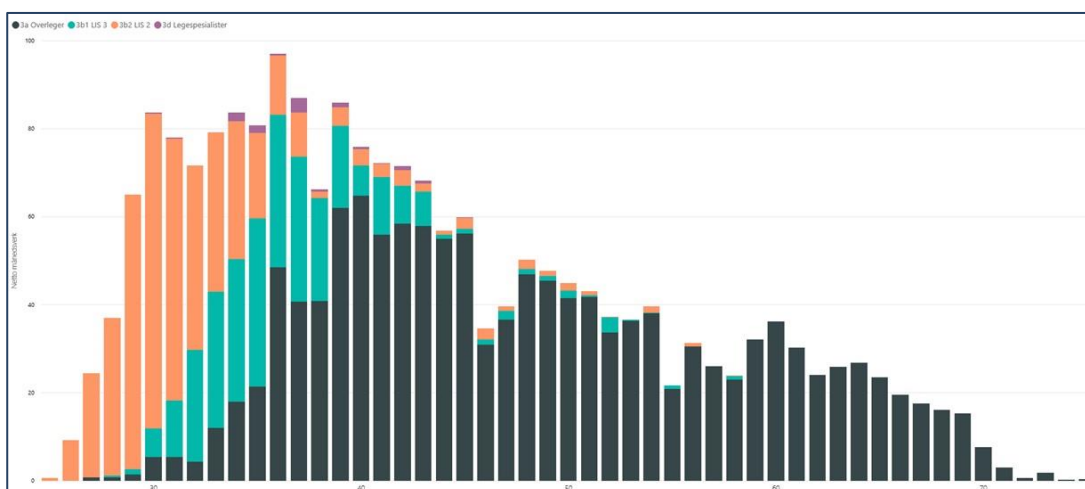
Universitetet i Stavanger arbeider i første omgang med ein modell der inntil 70 medisinstudentar frå andre lærestader i Europa blir tekne opp etter tre år, og får dei siste tre åra av studiet ved Universitetet i Stavanger (UiS) og Stavanger universitetssjukehus (SUS). Med rett til å tildele graden cand. med. er ambisjonen over tid å utvikle eit integrert seksårig studieløp ved Universitetet i Stavanger. UiS sin studieprofil legg vekt på *case*-basert læring, høgt teknologiinnhald og tett samarbeid både med Stavanger universitetssjukehus og med primærhelsetenesta i kommunane, mellom anna for å svare på det store behovet for fleire fastlegar, sjå brev mottatt frå UiS datert 9. august 2019 som er vedlagt.

Føretaksgruppa Helse Vest har lagt til grunn følgjande føresetnader som grunnlag for høyringsnotatet:

- **Bærekraft** i eit langsiktig perspektiv.
- **Samfunnsoppdraget** – er delt mellom oppdraga føretaksgruppa Helse Vest har, og oppdraget universiteta har. Universiteta skal utdanne det samfunnet har behov for, og med den kvalitet og kapasitet som er nødvendig.
- **Helse Vest RHF** skal sørge for å ivareta sine langsiktige behov og må legge behovet for **heile Vestlandet** til grunn for våre vurderingar.
- **Kvalitet** i utdanninga skal ha betydeleg vekt.
- Det er eit mål at **kapasiteten** for fleire studieplassar i medisin på Vestlandet aukar i takt med **framtidig behov for legar i regionen**.
- **Kapasiteten** og moglegheitane må nyttast godt for medisinarutdanninga både i spesialisthelsetenesta og i kommunehelsetenesta.
- **EØS reglane** om likebehandling av innbyggjarar i EØS/EU land må vurderast for modellen om å «hente heim» norske utanlandsstudentar.

Framtidig behov for legar i spesialisthelsetenesta

Aldersfordelinga i legegruppa kombinert med mange andre faktorar påverkar behovet for spesialistar fram mot 2035. Dette er eit viktig kunnskapsgrunnlag for framtidig dimensjonering av medisinarutdanninga.

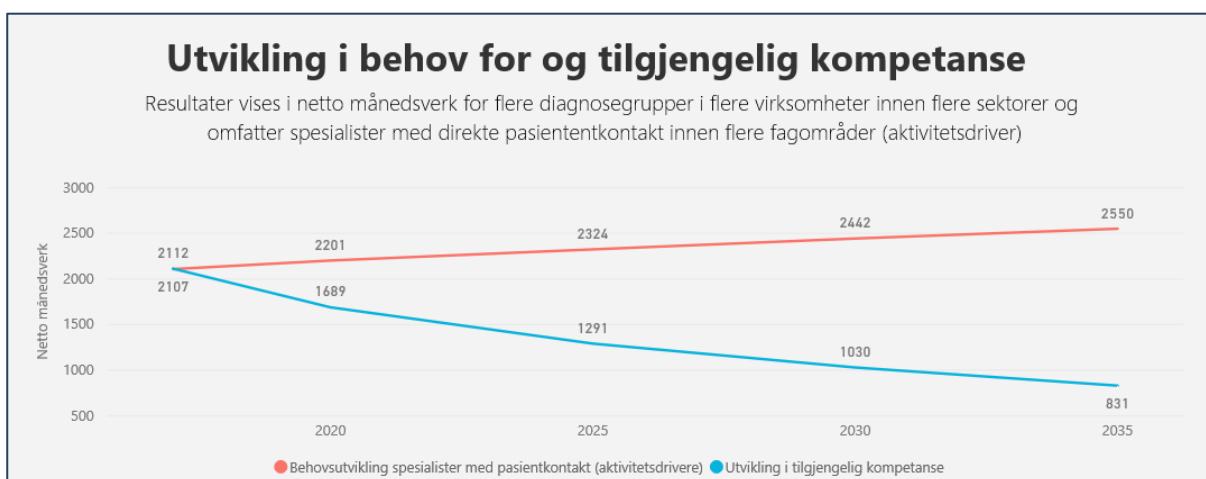


Av figuren over ser vi aldersfordelinga for legegruppa for føretaksgruppa Helse Vest. Dei mørke søylene er dagens overlegar. Dei to andre gruppene er legar som er i spesialisering. Det var fleire grunner til å fornya spesialistutdanninga for legar. Eit av formåla var å strukturere og redusere spesialistutdanningstida ned til 6 år. Etter at legane er ferdige spesialistar er det framleis mykje erfaring og ferdigheter som må byggast opp for å erstatta avgang for overlegar og dekkja opp for mogleg vekst. Figuren gir eit godt bilde på utfordringane om ein bare tar omsyn til aldersfordelinga.

Helse Vest vil i løpet av 2020 gå gjennom og analysere trendar i utviklinga. Vi vil med bruk av scenario-metodikk sjå korleis utviklinga kan bli sett opp mot oppdatert behovsframskriving, og korleis modifierande faktorar kan endra eller påverka utviklinga og behovet for legar.

Dersom vi berre legg framskriving av behov, utan endring av medisinsk utvikling, nye metodar, oppgåvedeling mellom yrkesgrupper, bruk av teknologi mm. er det uavhengig av alle endringsfaktorar behov for å auka rekruttering/utdanning av legar på Vestlandet.

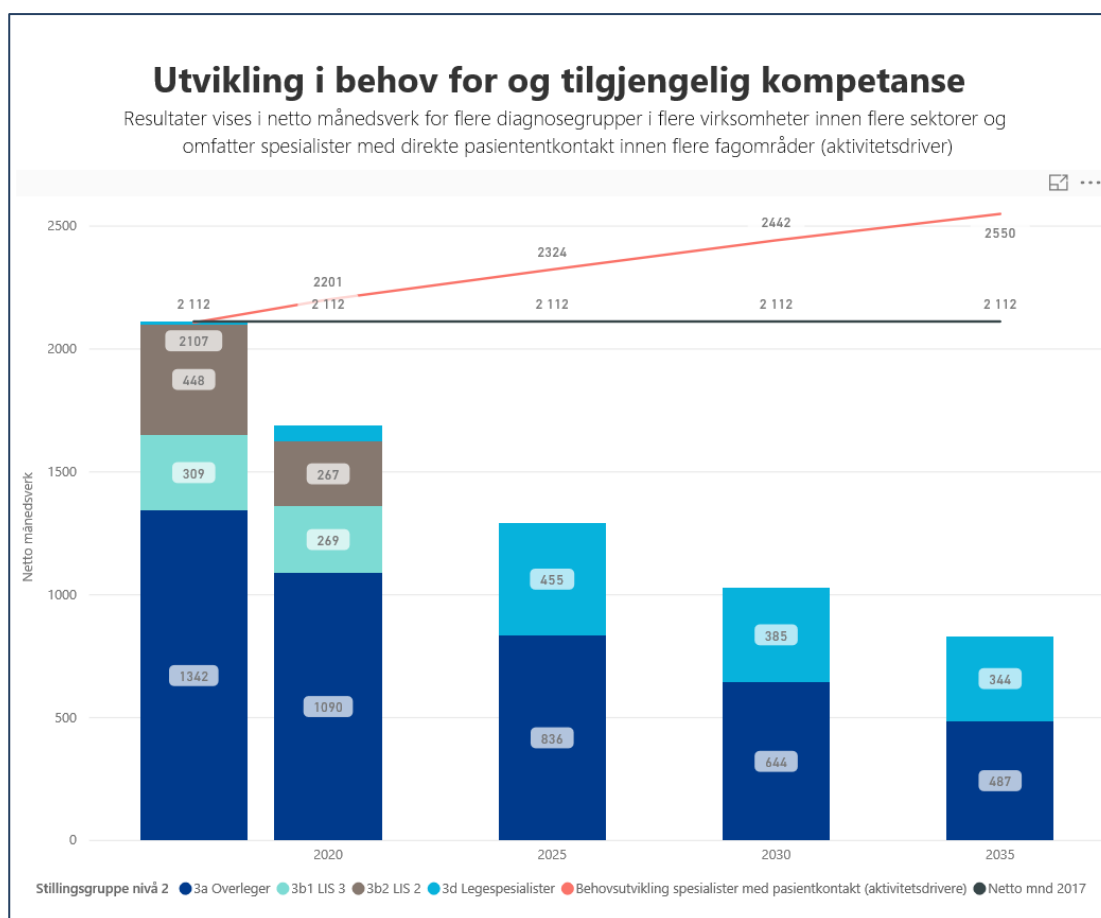
I det scenarioet vi viser nedanfor er det ikkje tatt omsyn til moglege modifierande faktorar, men det gir eit bilete på kva som driv utvikling ut frå befolkningsframskriving, sjukdomsutvikling mm.



Av figuren over har vi vist avgang av legar basert på alder og turnover. Det inneber at vi har om lag 2100 netto månadsverk og vil gå ned til om lag 831 netto månadsverk i 2035, berekna ut i frå dei legane vi har no. Basert på befolkningsframskriving og behov utan å ta omsyn til eventuelle modifierande faktorar visar vi og behovet for legar i perioden frem til 2035. Det blir eit gap som må dekkast gjennom medisinarutdanning og spesialisering av legar.

Sjølv om vi «berre» skulle vedlikehalde dagens tal på legar står vi overfor ein betydeleg utfordring. Det er ikkje tatt omsyn til behov i primærhelsetenesta.

Sett på ein anna måte kan dette illustrerast slik:



Av figuren over ser vi ei framskriving av kva vi kan ha av legar basert på dagens tilsette i dei ulike gruppene av legar i tidsperiodar i søylene og rød linje over viser kva som er framskriving av behov og den svarte linja er kva som vil være behovet, om ein legg til grunn at ein skal oppretthalde same nivå som nå.

Uavhengig av utdanningsmodell, vil det vere svært viktig at vi får til eit partnerskap på Vestlandet. I fellesskap kan vi lukkast med utvikling av tenestene slik at legeutdanninga og ny spesialistutdanning for legar blir i tråd med føresetnadene og behova.

Vi kan bidra til å gi spesialistutdanning for allmennlegar, og få på plass strategiar og tiltak for betre planlegging og gjennomføring av hovudpraksisperiodar for legane. Vi må ta i bruk alle helseføretaka på Vestlandet inkludert lokalsjukehusa som del av medisinarutdanninga. Alle

desse tiltaka, saman med berekraftig dimensjonering av legeutdanninga vil vere avgjerande for både primær- og spesialisthelsetenesta.

Samstundes må universiteta sikrast god tilgang til helseføretaka som utdanningsarena. Berre slik kan ein sikre framtidsretta og robuste legeutdanningar – for Vestlandet og for resten av landet.

Konklusjon

Helse Vest legg til grunn at val av modell blir eit politisk fatta vedtak. Det er viktig at vedtaket om legeutdanning legg til rette for auka tal medisinarstudentar på Vestlandet, der føretaka og kommunane sine behov blir dekkja. Det vil vere sentralt i arbeidet for ein bærekraftig spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste å byggja tidleg tilknytning mellom student og arbeidsplass, som eit viktig bidrag i å rekruttera, behalda og utvikla tenestene på Vestlandet.

Grimstadutvalet har peika på viktige element for oppbygging og finansiering av auka medisinarutdanning. Vi legg til grunn at det som er nødvendig for ein robust og framtidsretta medisinarutdanning på Vestlandet vil bli prioritert. Det er og viktig å trekka fram at ein tar omsyn til ny spesialistutdanning for legar som er i sin første fase. Vi har registrert at HelseDirektoratet har gitt anbefaling om å auke tal LiS1 stillingar, og at helseføretaka må skape godt samarbeid og samhandling for utdanning av allmennlegespesialister for å sikre ein robust og kompetent fastlegeordning.

Frå ein student startar si utdanning til ein er ferdig spesialist tar det 6 år på universitet, i tillegg ca 7 år i spesialisering, dvs. minst 13 år. Det inneber at det kan gå relativt lang tid frå ein ny modell blir etablert til det får effekt for føretaka/kommunane. Dersom det er ulikt innhald i utdanningsmodellane, skal helseføretaka likevel sikre ein nasjonal standard for legespesialistar i dei ulike faga.

Samspelet og vedtaka som blir fatta må uavhengig av val av modell vere slik at det føreset forpliktande samarbeid på Vestlandet, at den utdanningskapasitet som kan utviklast på Vestlandet blir nytta, og at etablering av ein eventuell ny modell ikkje vil svekka den totale kapasiteten på Vestlandet. For å sikre tilgang til nok legar på Vestlandet må små og store føretak vere attraktive for medisinarstudentar og vere ein naturleg utdanningsarena saman med kommunane.

Dersom vedtaket om ny medisinarutdanning blir ein forsiktig start og ei langsam opptrapping kan det bli krevjande å bygge opp ein ny alternativ modell. Det er og viktig at ein eventuell ny modell må ha legitimitet i heile spesialisthelsetenesta/kommunehelsetenesta. Vi vil tilrå

at det føreligg ein grundig vurdering av kva som må til av økonomi og ressursar for utvikling av dagens modell og kva som må til om ein ynskjer å utvikla ein ny modell. Det er i høyringssvaret frå Helse Vest gitt innspel til å sjå nærare på EU/EØS reglane slik at ein sikrar at det ein ynskjer å oppnå er mogleg innanfor gjeldande regelverk.

Vedlegg:

1. Utredning fra Grimstadutvalget – Studieplasser i medisin i Norge
2. Høyringsuttale frå Helse Førde
3. Høyringsuttale frå Helse Bergen
4. Høyringsuttale frå Helse Fonna
5. Høyringsuttale frå Helse Stavanger
6. Brev frå UiB
7. Brev frå UiS

Utkast til høringsuttale:

Utkastet til høringsuttale har tatt utgangspunkt i dei spørsmål som departementet har bedt om svar på.

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 medisintutdanninger. 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 legebenev. 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?

Internasjonal inspirasjon og kulturell forståing er nyttig kunnskap og kunne vært løfta fram som tema for studentane. Dersom Noreg ynskjer å løfta fram internasjonal inspirasjon bør det være ein klar strategi å peika ut universitet det gir best fagleg og samfunnsnytte å samarbeida med. Det bør likevel vere eit mål at Noreg utdannar ein større del av legar nasjonalt og over tid aukar talet i tråd med prinsippa som er etablert i WHO. Dei aller fleste norske utanlandsstudentane som har tatt medisinarutdanninga i utlandet har i all hovudsak studert i Aust-Europa, der kulturell forståing for utfordringar i den norske helsetenesta ikkje har vært særleg framheva i studia.

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

Dei utanlandske studia har ofte mindre fokus på praktisk læring. Den praktiske læringa får studentane ofte i Norge gjennom hospitering. Dei fleste som studerer i Aust-Europa lærer seg ikkje det lokale språket, og pasientkontakten blir dermed avgrensa. Kunnskap om strukturen for det norske helsevesenet, systema for samhandling med kommunar og primærhelsetenesta, det norske trygdesystemet og lovverket er avgrensa for studentar som har studert i utlandet. Det er eit overordna mål å få til meir heilskaplege og samanhengande tenester. Dei som studerer i utlandet skal beherska anna språk samtidig som dei skal tileigna seg det faglege innhaldet. Utanlandsstudentar opplever andre kulturar og får ein innsikt dei ikkje vil få på norske universitet.

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

Helse Vest RHF har forsikra seg om at helseføretaka er førebudd på å auka talet på praksisplassar i samarbeid med universiteta. I høringsuttalen frå helseføretaka går det fram at dei er førebudd på å bidra konstruktivt for å få auka kapasitet. Det gjeld alle dei fire helseføretaka. Det er viktig at alle

helseføretaka og aktuelle lokalsjukehus blir inkludert i dette på ein god måte. Vi legg til grunn at det er lettare å rekruttere legar til eit sjukehus der dei har gjennomført store deler av sin praksis. Det er og viktig at ein nyttar utdanningskapasiteten på dei mindre føretaka betre enn det har vært til no.

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

Helseføretaka har lagt til rette for hospitering for utanlandsstudentar. Det er likevel ein stor skilnad i å ha hospitantar som er under utdanning i utlandet, kontra det å ha studentar frå norske universitet. Det blir stilt heilt andre krav til helseføretaka frå norske universitet, og det er sjølvstapt basert på avtalar som regulerer mange viktige forhold både for føretaka, studentane og universiteta.

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Sjå svar under punkt 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?

Helse Vest legg vekt på at utdanning og framtidig rekruttering heng saman. Det er og viktig at teoretisk kunnskap og klinisk undervisning heng tett saman. Læring skjer sjølvstapt med teoretisk studium kombinert med god klinisk undervisning i heile studieløpet.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

Det er 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 medisinstudium i dag. Med gradsrett menes retten til å utstede graden cand.med. Én del av utvalget påpeker at en ny medisinstudium vil ha vanskeligheter med å etablere sterke nok fagmiljøer til undervisning og forskning, samt vil bidra til å fragmentere eksisterende sårbare miljøer. 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 tilfredsstillende faglige kravene som stilles for akkreditering, bør det være åpning for at også andre institusjoner kan tilby medisinstudium. 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?

Helse Vest RHF er samd i at Noreg av fleire grunnar bør utdanne fleire av legane sine sjølv. Mellom anna vil studentane gjennom medisinarstudiet ved eit norsk universitet, få ein større forståing av korleis den norske helsetenesta er bygd opp. Dette er vanskeleg å tileigna seg om ein ikkje er tett på tenestene undervegs i utdanninga.

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?

UiB og UiS har i sine brev til Helse Vest, og som er vedlagt denne saka, lagt til grunn at dei vil støtta eit politisk vedtak om framtidig dimensjonering og organisering av medisinarutdanninga i Noreg, uavhengig av kva modell som blir valt. Helse Vest har hatt fleire møter med universiteta, og har forsøkt å få universiteta til å samarbeide om ein felles modell. Dette har ikkje lykkast.

Helse Vest RHF vil sørge for at alle helseføretaka tilsvarande sluttar opp om den modellen som blir politisk valt. Det er svært viktig for primær- og spesialisthelsetenesta på Vestlandet at ein aukar utdanningskapasiteten i åra framover. Frå ein etablerer ein ny modell vil det gå 6 år før nye studentar er klar for tilsetjing i LiS 1 stilling, og deretter om lag 7 år før ein er ferdig spesialist. Det inneber at eit politisk vedtak i denne saka må være berekraftig i eit generasjonsperspektiv for heile helsetenesta på Vestlandet.

For Helse Vest er det viktigare at det blir ein auka utdanningskapasitet på Vestlandet, enn kva modell som blir valt.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisinerutdanninger

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 medisinerutdanninger 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 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.

Helse Vest kan ikkje talfeste auka ressursbehov då det vil vere avhengig av val av modell og om det eventuelt kjem fleire grupper av studentar i forskjellige modellar. Som nemnt i svar 1c ønsker alle

helseføretaka i framtida å bidra med større undervisningskompetanse. Dersom helseføretaka skal ta imot fleire studentar vil det krevje fleire stillingar finansiert av universitetet(a), fleire støttefunksjonar, meir areal samt styrking av undervisnings- og forskingskompetanse.

Vi føreset at begge modellane må legge til rette for fleire praksisplassar i kommunane som er samkoordinert med praksisperiodane i sjukehusa. Dette krev at helseføretaka og kommunane blir tilført kapasitet for å handtere ein auke frå dagens dimensjonering.

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

Hospitantar er mindre forpliktande og strukturerte. Det er mellom anna ikkje formelle krav til læringsmål og læringsutbytte eller krav til vurdering av student på same måte som det er for studentar frå norske universitet. Det er krevjande for helseføretaka å tilpassa hospitant opphald til kvar enkelt student sine behov. Det er heller ikkje like forpliktande som samarbeid mellom universitet og helseføretak i den norske utdanningsmodellen. Vår vurdering er at ein ikkje bør samanlikna kva kapasitet og ressursar ein i dag har for hospitantar og kva kapasitet og ressursar som må være på plass for ein integrert utdanningsmodell.

Slik vi har forstått det vil både modellen for Vestlandslegen og Europamodellen legg til grunn det same samla behovet praksisplassar og rettleiing totalt sett for Vestlandet.

Vi kjenner ikkje innhaldet eller alle element i Europamodellen og kva som vil være ulikt mellom dei to modellane dei tre siste åra. Forskjellen er likevel openbar for dei tre første åra, der studentane ved UiB allereie tidleg vil ha kontakt med pasientar/spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.

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 medisnutdanningen skal være et seksårig integrert studium. Dette er fordi at utviklingen i både medisnutdanning 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 medisnutdanningene. Disse utvalgsmedlemmene vektlegger også at modellen baserer seg på et skille mellom preklinikk og klinikk som ikke samsvarer med moderne medisnutdanning, 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 halvdel 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 opptrapping 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 medisnutdanningen 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?

For Helse Vest er det viktigare at det blir ein auka utdanningskapasitet på Vestlandet, enn kva modell som blir valt.

Gjennom modellen som UiB presenterer, vil ein vidareføre det studieopplegget som alt er etablert på Vestlandet med den fornyinga som er presentert frå UiB, og samtidig ta heile Vestlandet/alle helseføretaka i bruk. Basert på erfaringa Helse Vest har med UiB, er ein trygg på at denne modellen blir ei god løysing for Helse Vest.

Modellen som UiS presenterer, byggjer på å ta heim utanlandsstudentar etter 3 år, og fullføre utdanninga ved UiS. Dersom dette blir den valte modellen, vil Helse Vest være med å bidra til at denne modellen skal lykkast, og sikre dette gjennom eit aktivt samarbeid med spesielt Helse Stavanger. Denne modellen tar ikkje Vestlandet i bruk på same måte som modellen UiB har presentert.

Dersom modellen som UiS har presentert blir den modellen som blir valt på Vestlandet, bør det politiske siktemålet være å byggje eit medisinsk fakultet i Stavanger. Dersom det ikkje er aktuelt med ein permanent medisinarutdanning på UiS, bør ein heller ikkje gå på den modellen som UiS presenterer.

UiB og UiS har i sine brev til Helse Vest, og som er vedlagt denne saka, lagt til grunn at dei vil støtta eit politisk vedtak om framtidig dimensjonering og organisering av medisinarutdanninga i Noreg, uavhengig av kva modell som blir valt. Helse Vest har hatt fleire møter med universiteta, og har forsøkt å få universiteta til å samarbeide om ein felles modell. Dette har ikkje lykkast.

Helse Vest RHF vil sørge for at alle helseføretaka tilsvarande sluttar opp om den modellen som blir politisk valt. Det er svært viktig for primær- og spesialisthelsetenesta på Vestlandet at ein aukar utdanningskapasiteten i åra framover.

5. Andre innspill til høringen

Etter EØS-regelverket har einkvar EU/EØS-borgar i utgangspunktet rett til å søke opptak til universitet i Noreg, på lik linje med norske statsborgarar. Helse Vest meiner derfor ein bør drøfta nærare kva *opptakskriterier* som lovleg kan stillast for en slik studiemodell som UiS har lagt fram. Vi saknar også eit anslag over kor mange studentar frå andre land ein kan anta vil søke på eit slikt studieopptak. Opptak ved norske universitet er vesentleg rimeligare for studentar samanlikna med studieplassar i utlandet der studenten sjølve må betala ein betydeleg semesteravgift. Begge desse forholda kan ha stor innverknad for kost/nyttevurderinga av om det skal arbeidast vidare med denne (midlertidige) studiemodellen.

Helse Vest vil særlig peike på:

- Legestudiet er eit av fem harmoniserte helsestudium i Europa. Yrkeskvalifikasjonsdirektivet gir norske studentar som er utdanna i utlandet rett til autorisasjon i Noreg, og gir samtidig utanlandske studentar som er utdanna i Noreg rett til autorisasjon i andre EØS-land.
- Legestudiet i Norge har ikkje krav til skolepengar (ut over semesteravgift).
- Gjennomføring av et slikt studie vil kunne gi et strategisk fortrinn for dei som ønsker (på midlertidig eller varig sikt) å få seg arbeid i Noreg.
- Nordiske studentar og studentar som allereie er i studieløp ved andre medisinarutdanningar i Noreg vil ikkje ha utfordringar med språkkrav.
- Dersom opptak skal basere seg på resultat frå studiet dei første tre studieåra vil norske og utanlandske studentar stille likt. Som Grimstadutvalet peikar på kan det og være utfordrande å skulle halda søkjarar frå ulike studiestadar opp mot kvarandre, mellom anna på grunn av ulikskap i studieløp, eksamensformer og karakterordningar for å nemne nokre element.
- Aker-Lørenskog-planen 1969-1987, der ein hadde ein tilsvarande modell, fant stad før EØS-avtalen blei inngått og i ei tid med mindre internasjonal mobilitet og informasjonstilgang.