

Høringsuttalelse fra Hjernerådet om utredning fra Grimstadutvalget: Studieplasser i medisin i Norge

Spørsmål til høringsinstansene:

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?

Fordeler ved utenlandsutdanning er å få nye impulser inn i medisnutdanningen. Da må studiestedene ligge i land som kan tilføre Norge noe. Uavhengig av dette mener Hjernerådet at det er for mye at 50 prosent av legene til norsk helsetjeneste utdannes i utlandet.

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

Den åpenbare ulempen er at utenlandslegene ikke utdannes inn i den norske kulturen og strukturen for helsetjenesten. De skal betjene mennesker som bor og lever i Norge og som forholder seg til norsk helsetjeneste. Da er det en stor fordel at legene gjennom det meste av sin utdanning blir godt kjent med norsk helsetjeneste.

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

Hjernerådet som organisasjon blir ikke direkte berørt. Men vi er på generelt plan opptatt av at behandlingen av pasienter med ulike hjernesykdommer og skader er godt tilpasset pasientenes behov. Mange av disse pasientene har kognitive utfordringer, noe som krever god kommunikasjon fra legenes side og trygg kjennskap til kultur og struktur i norsk helsetjeneste.

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

Ikke relevant å besvare for Hjernerådet.

1e) Hvis ja, hva består forskjellen i?

Samme som over.

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?

Hjernerådet vurderer dette som viktig.

2. Studieplasser og gradsrettigheter

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

Hjernerådet støtter utvalgets konklusjon på dette punktet og mener at utvalget her har gjort kloke vurderinger og avveininger ved å foreslå 80 prosent.

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?

Hjernerådet støtter utvalgets medlemmer Grimstad, Hunskår og Straume som anbefaler at det ikke gis gradsrettigheter til flere enn dagens fire universiteter. Det er viktig at man har tunge og robuste miljøer som gir gradsrettigheter. Da må vi heller styrke disse enn å utvikle enda flere universitet med gradsrettigheter i et så lite land som Norge. Om utdanningen suppleres med nye campuser, er dette et interessant utviklingstrekk som kan gi god dynamikk i utdanningen.

3. Premisser for økt kapasitet i norske medisindanninger

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 av kostnader, utover studieplassfinansiering, ved å utvide kapasiteten i medisindanningen, 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.

Spørsmålet er ikke rettet til en organisasjon som Hjernerådet.

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

Samme som over.

4. Modell med opptak av norske studenter fra utlandet

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

På sikt må det være et mål for Norge å utdanne sine leger selv, gjerne med faste innslag av studieopphold i land som kan tilføre norsk helsetjeneste ny kunnskap, forbedret organisasjon av tjenesten, god praksis for brukermedvirkning og samvalg, innovasjonsideer o.l.

Å etablere en fast ordning for utenlandsstudenter som dette spørsmålet innebærer, kan fort bli et hinder for at Norge utdanner alle sine leger selv.

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

Se svar over.

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

Se svar over.

5. Andre innspill til høringen

Hjernerådet viser til side 36 i utredningen til Grimstadutvalget der det informeres om at retningslinjene for medisinstudiet allerede foreligger. Hjernerådet vil likevel påpeke at myndighetene bevisst bør bruke de muligheter som ligger i Kunnskapsdepartementets styringssystem for helse- og sosialfaglige grunnutdanninger på universitets- og høyskolenivå omtalt på nederst på side 39 i Nasjonal hjernehelsetrategi (2018-2024). Systemet skal føre til at strukturen blir mer dynamisk og helhetlig, slik at innholdet i utdanningene kan utvikles og oppdateres regelmessig, og slik at tjenestene og andre aktører i større grad skal få innflytelse på utdanningene. Så langt Nasjonal hjernehelsetrategi. Vi antar at dette er det samme som omtales på side 36 i Grimstadutvalgets utredning.

Hjernerådet vil fortsatt peke på at nye leger må bli godt utdannet for å følge opp mennesker med kroniske sykdommer og komorbiditet. En stor del av befolkningen blir rammet av slike lidelser. Mange kroniske sykdommer har betydelig grad av komorbiditet, ikke minst i form av angst, depresjon og utvikling av livsstilssykdom sekundært til annen sykdom. Det er sentralt at slik komorbiditet fanges opp og behandles for å unngå forverring av grunntilstanden og sosialmedisinske problemstillinger. Nyutdannede leger må kunne identifisere og følge opp komorbiditet ved kronisk sykdom. De må ha inngående kunnskap om forebygging av sekundærkomplikasjoner gjennom ulike livsfaser knyttet til kronisk sykdom. Nyutdannede leger må også ha kjennskap til kommunale helsetjenester og muligheter for tverrfaglige ytelser.

3 av 10 nordmenn vil få en sykdom eller skade i hjernen og nervesystemet i løpet av livet. Flere av hjernesykdommene har kognitiv svikt som et vanlig symptom. Hjernerådet vil derfor understreke at medisinstudenter må bli trent i den ferdigheten det er å kunne gi tilpasset informasjon og veiledning til mennesker med kognitiv svikt og til deres pårørende.

Informasjon om Hjernerådet:

Hjernerådet er en paraplyorganisasjon med 59 medlemsorganisasjoner. Vi samler brukerorganisasjoner og fagmedlemmer som arbeider innen norske hjernemiljø. Våre 24 brukerorganisasjoner har totalt over 160 000 enkeltpersoner som medlemmer. Hjernerådets 35 fagmedlemmer er både faglige organisasjoner som Norsk nevrologisk forening og Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening, faglige kompetansemiljøer og forskningsmiljøer, samt behandlingstilbud. Som eksempel nevner vi Kavliinstituttet og Mosermiljøet ved NTNU i Trondheim, Nevroklinikkene ved både Oslo Universitetssykehus og Ahus, samt rehabiliteringsinstitusjonen Sunnaas sykehus. Ca. 5 000 fagpersoner med høy og variert kunnskap om hjernen og hjernesykdom er knyttet til våre faglige medlemmer.

Oslo, 15. februar 2020

På vegne av Hjernerådets styre

Einar Bryne, barnelege, overlege, nevrolog (sign.)
Styremedlem

Aud Kvalbein (sign.)
Generalsekretær

Hjernerådet

Karl Johans gt 7, 0154 Oslo

Telf. 40 41 36 65