STUDIEPLASSER I MEDISIN I NORGE

Behov, modeller og muligheter

Utredning fra Grimstadutvalget, oppnevnt av Kunnskapsdepartementet

SEPTEMBER 2019

Innhold

Oversikt over forkortelser og sentrale begreper ... 6
Sammendrag og anbefalinger ... 7
1. Innledning, utvalgets mandat og arbeid ... 11
Bakgrunn og mandat ... 11
Om utvalget og tilnærming til mandat ... 11
Om Stavanger og samarbeid på Vestlandet ... 12
Om innhenting av informasjon og referanser i arbeidet ... 13
Om økonomisk-administrativ analyse ... 14
2. Legedekning og legebehov i Norge ... 16
Dagens situasjon ... 16
Fra grunnutdanning til LIS1 ... 17
Helsetjenestens behov nå og framover ... 19
WHO-koden og rekruttering av helsepersonell ... 21
Utvalgets vurdering – overordnede premisser ... 22
3. Medisinutdanning i Norge – utvikling og dimensjonering ... 24
Studieplasser i medisin – utvikling og status ... 24
Ordning med klinisk undervisning i Norge, Aker-Lørenskog-planen 1969–1987 ... 26
Oppkjøpsordning av studieplasser utenlands 1997–2003 ... 27
Med WHO som bakteppe ... 27
Uteksaminerte kandidater i medisin – utvikling og status ... 28
Andel leger som bør utdannes i Norge ... 29
Utvalgets vurdering ... 30
4. Medisinutdanning i Norge – innhold, studietilbud og struktur ... 32
Internasjonale trender og utvikling i studieplaner ... 32
Nasjonale prosesser - rammer for utdanningsfeltet ... 33
Profesjonsstudiene i medisin i Norge ... 34
Samarbeid om medisinutdanningen ... 35
RETHOS (Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene) ... 36
Endringer i spesialistutdanningen ... 37
Rammer for gradsinndeling ... 37
Rammer for gradstildeling ... 38
Andre tilbud innenfor medisinutdanning, kombinasjon innenlands og utenlands ... 38
Modell med tilrettelagt opptak, et års grunnpakke ... 38
Modell med tilrettelagt opptak, tre års grunnpakke ... 38
Modell med tilrettelagt opptak ... 39

Utvalgets vurdering ... 39
5. Medisinutdanning for norske studenter utenlands ... 40
Studieplasser og studenttall – utvikling og status ... 40
Veien til utenlandsstudier ... 42
Verdien av internasjonale impulser ... 43
Finansiering av medisinstudier i utlandet ... 44
Studiemodeller ved europeiske læresteder ... 45
Utvalgets vurdering ... 46
6. Medisinutdanning og legedekning i våre naboland ... 48
Situasjonen i Danmark ... 48
Situasjonen i Sverige ... 50
Situasjonen i Storbritannia ... 52
Utvalgets vurdering ... 54
7. Praksis som del av medisinstudiene i Norge ... 55
Om læringsformer på praksisfeltet ... 55
Om sentrale lovverk som regulerer utdanning og praksis ... 57
Føringer fra utdanningsmyndighetene ... 57
Føringer fra helsemyndighetene ... 58
Spesialisthelsetjenesten som arena for klinisk praksis ... 59
Universitetssykehusene ... 60
Omfang av praksis og klinisk undervisning i helseforetakene ... 61
Kommunehelsetjenesten som arena for klinisk praksis ... 62
Omfang av praksis og klinisk undervisning i kommunehelsetjenesten ... 62
Klinisk praksis for norske utenlandsstudenter i medisin ... 64
Utvalgets vurdering ... 65
8. Kapasitet, muligheter og studiemodeller i norsk medisinutdanning ... 67
Kapasitetsbegrensninger i dagens 6-årige medisinstudier ... 68
Muligheter for kapasitetsøkning ved de medisinske lærestedene i Norge ... 69
Premisser for eventuell økning av studieplasser ved de medisinske lærestedene i Norge ... 71
Planer for øvrige utvidelser på utdanningsfeltet i medisin ... 72
Universitetet i Stavanger ... 73
Private høyskoler ... 74
Oversikt over innspill om nye studieplasser ... 75
Vurdering av ulike studiemodeller ... 77
6-årig integrert studium ... 77
3-årig studieløp i Norge, kombinert med utdanning utenlands ... 78

Oppkjøp studieplasser utenlands, 6-årige studieløp ... 78
Kombinasjon private høyskoler – utdanning utenlands ... 78
Etablering av campuser som ledd i regional utvikling ... 79
Finnmarks-modellen ... 79
NTNU Link – Trøndelag ... 80
6-årige vs. 3-årige studieløp ... 80
Utvalgets vurdering ... 81
Argumenter for delt anbefaling F ... 82
Argumenter for delt anbefaling I ... 83
9. Om Stavanger som arena i utdanning av leger ... 86
Historikk i samarbeid UiB - SUS ... 86
Stavanger universitetssjukehus ... 87
Universitetet i Stavanger ... 88
Om trepartssamarbeid ... 90
10. Muligheter og ressurser på praksisfeltet ... 93
Økt kapasitet i helsetjenestene – en nøkkel til økning av utdanningskapasitet ... 93
Muligheter for økt kapasitet på praksisfeltet – sett fra lærestedene sitt ståsted ... 93
Muligheter for økt kapasitet på praksisfeltet – sett fra foretakene sitt ståsted ... 95
Muligheter for økt kapasitet på praksisfeltet – sett fra kommunesektoren ... 97
Legebehov og rekruttering til medisinutdanning ... 98
Medisinstudentenes fylkestilhørighet ... 99
11. Økonomiske og administrative konsekvenser ... 101
Rapporten fra Oslo Economics – kort oppsummering ... 101
Kontekstuelle vurderinger ... 103
Nærmere om økonomisk-administrative forhold ... 104
Om endringer i dagens studiestøttesystem for medisinstudier utenlands ... 104
Om privat næringsvirksomhet ... 107
Opptrappingsplan for studieplasser i Norge ... 108
Tidsaspekt i opptrapping ... 109
Volum i opptrapping ... 109
Tabell- og figuroversikt ... 113
Referanser ... 115
Oversikt vedlegg ... 120

Oversikt over forkortelser og sentrale begreper

Forkortelser:

NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (campuser i Trondheim, Gjøvik, Ålesund) AHUS – Akershus universitetssykehus HMN – Helse Midt-Norge HN – Helse Nord HSØ – Helse Sør-Øst HUS – Haukeland universitetssjukehus HV – Helse Vest KD – Kunnskapsdepartementet KS – Kommunesektorens organisasjon LiS – Leger i spesialisering LiS1 – Leger i spesialisering del 1, erstatter tidligere turnuslege	Nmf – Norsk medisinstudentforening NOKUT – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga RETHOS – Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene RHF – Regionalt helseforetak SUS – Stavanger universitetssjukehus UHR – Universitets- og høgskolerådet UiB – Universitetet i Bergen UiO – Universitetet i Oslo UiS – Universitetet i Stavanger UiT – Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet UNN – Universitetssykehuset Nord-Norge

Sentrale begrep:

Kandidatmåltall – måltall for antall kandidater som forventes uteksaminert fra et studieprogram, fastsettes av KD som en del av etatsstyringen

Læringsutbytte – det en person *vet*, *kan* og er i stand til å *gjøre* som resultat av læringsprosessen. Det uttrykkes i form av kunnskaper, ferdighet og generell kompetanse, og nivået på læringsutbyttet er avhengig av kompleksiteten hos disse. (Jfr. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring, NKR)

Læringsutbyttebeskrivelser – Beskrivelser av læringsutbytte i tråd med NKR, se over

Praksis og klinisk undervisning – gjennomgang av begrepene i kapittel 7

Praksisveileder og kontaktlærer – *Praksisveileder* er den fagpersonen fra praksisstedet som har ansvar for å følge opp studenten som er i praksis. *Kontaktlærer* er fagperson ved utdanningsinstitusjonen som utgjør et bindeledd mellom praksisstedet og utdanningen, og som bidrar i pedagogiske og faglige spørsmål. Utdanningsinstitusjonen har i henhold til *Lov om universitet og høgskoler* ansvaret for vurdering av studenten. (Jfr. beskrivelse i sluttrapport for Praksisprosjektet)

Studieløp – En generell omtale av forløpet av et studium, med vekt på varigheten av det fastsatte opplegget

Studiemodell – Den måten en studieplan er utformet på, med vinkling på læringsformer og arenaer for læring

Studieplan – En helhetlig plan for et studium innen høyere utdanning: mål for og innhold i studiet, forventet læringsutbytte, oppbygging av studiet, lærings- og vurderingsformer samt andre obligatoriske krav. (Jfr. NOKUT)

Studieplass – Det antall studenter det er plass til på et studium. En opptaksenhet i høyere utdanning. For medisinstudiene blir universitetene tildelt et antall studieplasser av Kunnskapsdepartementet.

Studieprogram – En studieenhet som består av en samling emner med totalt læringsutbytte og som tilbys studenter å søke på og tas opp til. (Jfr. Database for statistikk om høgre utdanning). Et studieprogram fører fram til en grad.

Sammendrag og anbefalinger

For å ha tilstrekkelig antall leger til helsetjenestene, er Norge i dag avhengig av at mange ungdommer velger å ta medisinutdanning i utlandet. Studenttall for de siste studieårene viser at nær 47 % av alle norske medisinstudenter nå studerer i utlandet. 2 av 3 norske medisinstudenter i utlandet studerer i Polen, Ungarn og Slovakia, og da ofte på engelskspråklige studier dominert av utenlandske studenter. I sammenlikning med land som Danmark og England ser utvalget at Norge skiller seg kraftig ut ved å ha så lavt ambisjonsnivå for utdanning av egne leger. Sverige har også nylig tatt grep for å øke egen utdanningskapasitet i medisin.

Med legebehov og legedekning i Norge som bakteppe, peker utvalget på hvordan *dimensjonering av studieplasser i medisin må ses i sammenheng med både helsetjenestens behov og internasjonale forpliktelser som Norge er en del av*. WHO-koden for rekruttering av helsepersonell løftes fram som en nøkkel til tydeligere politiske prioriteringer innen utdanning. Utvalget legger grunnlaget for en anbefaling om at vi i Norge *på kort sikt* bør rigge oss for å *utdanne 80 % av de legene vi trenger selv, tilsvarende totalt 1076 studieplasser.* Det innebærer *en økning med 440 studieplasser*, som et tillegg til dagens 636 studieplasser. Forslag til en opptrappingsplan skisseres, med anbefaling om at opptrappingen skal være *fullført så snart som mulig, og senest innen høsten 2027.*

Utredningen viser hvordan studieplanarbeid innen medisinstudiene i Norge har løpt parallelt med nasjonale reformer innen høyere utdanning og i helsetjenesten. Lærestedene har tilpasset seg internasjonale trender, gjennomført omfattende studieplanomlegginger og videreutviklet pedagogiske metoder. Modellen med *6-årige integrerte studieprogram* er bærebjelken, en utvikling bort fra det tidligere skillet mellom preklinikk og klinikk. Utvalget argumenterer prinsipielt for at dette må være hovedmodellen også ved utvidelser av studiekapasiteten i medisin, men har en delt anbefaling om hvorvidt det som *en midlertidig ordning skal utvikles 3- eller 4-årige modeller med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet*. Utvalget har også en delt oppfatning i synet på *om flere enn dagens fire norske universiteter skal gis anledning til å tildele graden cand.med.*

Tilrettelegging for 6-årige integrerte studieprogram henger tett sammen med forventningene om at medisinstudentenes deltakelse i helsetjenestene skal økes, særlig i den kommunale delen av helsetjenesten. Utvalget illustrerer hvordan pågående prosesser rundt nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS) styrker føringer for klinisk eksponering gjennom hele studieløpet i medisin, og stiller krav til innholdet i utdanningene som kan være vanskeligere å realisere gjennom avkortede studieløp i en norsk kontekst. Utvalget ser kunnskap om – og erfaring fra – norsk helsetjeneste som en vesentlig del av medisinutdanningen.

En grundig gjennomgang av innspill fra både de regionale helseforetakene, KS – på vegne av kommunehelsetjenesten – og lærestedene, viser tydelig hvordan rammevilkårene for praksis og klinisk undervisning i helsetjenestene er nøkkelen til å kunne gjennomføre en kapasitetsøkning i medisinstudiet. *Nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten* er et av tiltakene utvalget ønsker gjennomført, men utvalget anbefaler også at det *gjøres en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten*.

Utredningen viser hvilket volum klinisk praksis har i de norske medisinstudiene, og hvordan samarbeidet er mellom universitetene og de regionale og lokale helsetjenestene. Utvalget peker på

nødvendigheten av en tydelig rolleavklaring i samarbeidet, og gir også en gjennomgang av aktuell lovgivning og sentrale begrep på praksisfeltet. Utvalget anbefaler at en *inkluderer en større del av helsetjenesten* – i hele landet – ved økning i studieplasser. Studiemodeller der studentene er *ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden*, er noe utvalget anbefaler. Heller enn nye læresteder, anbefales *etablering av nye campuser.* Utvalget ser her på modellene som er utviklet både i Nord-Norge (UiT) og i Trøndelag (NTNU Link).

Som del av mandatet går utredningen også nøye inn på motivasjonen som Stavanger-regionen har for økt delaktighet i medisinutdanningen. Aktørene SUS og UiS presenteres grundig i rapporten, og det blir drøftet hvordan et trepartssamarbeid mellom UiB, UiS og SUS kan fungere. Utvalget anbefaler at en *bygger videre på eksisterende samarbeid i en økt satsing på medisinutdanningen i Stavanger, ut fra den erfaringen som UiB og SUS har*. Innenfor rammene av et 6-årig integrert studieprogram ligger det der en anbefaling om at partene *samarbeider om utforming av et helhetlig studieløp, og særlig om de siste studieårene*. UiB og UiS som utdanningsinstitusjoner forutsettes å samarbeide tett med helsetjenesten i Stavanger-regionen om dette.

Som et grunnleggende premiss for opptrapping av studieplasser i medisin gjøres det tydelig at *Lånekassens økonomiske støtte til medisinutdanning i utlandet må reduseres*, og at dette må skje *parallelt med økning av studiekapasiteten i Norge*. Kun slik ser utvalget at en kan oppnå en balanse mellom helsetjenestens behov og tilgangen på leger. Utvalget anbefaler at det *utredes en ordning der 5–10 % av behovet for studieplasser i medisin dekkes gjennom finansiering fra Lånekassen (inkl. skolepenger) ved nærmere definerte studiesteder i utlandet.* For å sikre forutsigbarhet rundt ordningen ser utvalget at det *tidlig må etableres kommunikasjon med dem som kan bli berørt av endringene i støtteordninger* for medisinutdanning i utlandet.

De økonomisk-administrative konsekvensene av en opptrapping i den størrelsesorden som utvalget anbefaler, drøftes i siste del av utredningen. Med utgangspunkt i en samfunnsøkonomisk analyse, utført av Oslo Economics, blir kostnadsfaktorene kartlagt. Selv om det uten tvil er høyere kostnader for Norge å utdanne leger i eget land enn i de landene der en stor andel norske medisinstudenter studerer i dag løfter utvalget fram forhold som må vektlegges for å se hele bildet. En investering i utdanning i Norge, med tilhørende virksomhet innen forskning og formidling, står sentralt. Personalkostnadene for vitenskapelig ansatte er en sentral kostnadsdriver. Investeringer i bygg og øvrig infrastruktur er også dyrt, men i et langtidsperspektiv kostnader som nedskrives.

En konkret opptrappingsplan for nye studieplasser i medisin legges fram, og den utfordrer dagens fordeling av studieplasser mellom regionene. Basert på pasientgrunnlaget i hver region analyseres potensialet og hensiktsmessig studieplass-tetthet ved en eventuell økning. Det er i Helse Sør-Øst det er størst potensiale for økning ut ifra dagens antall studieplasser per 100.000 innbyggere. Til tross for at opptrappingsplanen innebærer en betydelig økning av studieplassene ved UiO, er det fortsatt i region Helse Sør-Øst at det er et potensiale for ytterligere økning. I henhold til utvalgets mandat, drøftes løsningene i Helse Vest spesielt. For å ivareta de ønskede samarbeidsrelasjonene mellom UiB, UiS og SUS skisserer opptrappingsplanen en løsning der inntil 70 studieplasser øremerkes et slikt trepartssamarbeid i Stavanger-regionen.

Utvalget har i alt 19 spesifiserte anbefalinger (A-S). Disse framkommer i teksten i de respektive kapitlene, og følger her i et samlet oppsett.

Anbefalinger fra utvalget

Utdanningskapasitet

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

B. 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.

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

D. 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).

Studiemodeller

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

F. Utvalget anbefaler at det ikke utvikles varige 3-årige 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.

G. 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.

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

I. 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.

Samarbeid om medisinutdanning i Stavanger

J. 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.

K. 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 de siste studieårene.

L. 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).

Norske medisinstudenter i utlandet

M. 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.

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

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

P. 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.

Rammevilkår for praksisstudier

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

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

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

1. Innledning, utvalgets mandat og arbeid

Bakgrunn og mandat

Nesten halvparten av norske medisinstudenter studerer i dag ved utenlandske læresteder, dette utgjør over 3000 studenter. Andelen medisinstudenter i utlandet har hatt en jevn vekst fra starten av 2000-tallet, mens det i samme periode har vært en svak vekst i antall studieplasser i medisin i Norge. Medisinstudiene ved de norske lærestedene sikrer at studentene kommer tett på den norske helsetjenesten, og ivaretar undervisning som fremmer forståelse for de behovene og det systemet denne helsetjenesten utgjør. Det er uttrykt politisk vilje til å se på hvordan en større andel av norske medisinstudenter kan få relevant erfaring fra norsk spesialist- og kommunehelsetjeneste.

På bakgrunn av politiske vedtak og bevilgning over statsbudsjettet for 2018, jf. Innst. 12 S (2017–2018), nedsatte Kunnskapsdepartementet (KD) i juni 2018 en arbeidsgruppe som fikk i oppgave å utrede to hovedaspekt på feltet (jfr. vedlagt mandat og pressemelding, vedlegg 1 og 2):
(1) vurdere kapasitet og muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenfor medisin i Norge, (2) vurdere ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssjukehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet i den kliniske delen av studiet.

Det er i mandatet formulert som et mål å øke antall studieplasser i medisin i Norge, jf. vedtak 362 i Innst. 11 S (2017–2018).

Som del av utredningen skal økonomiske og administrative konsekvenser belyses, herunder en vurdering av oppbygging av nødvendig faglig kompetanse og fagmiljøer. En vurdering av behov for og tilgjengelighet av praksisplasser er også ønsket.

Om utvalget og tilnærming til mandat

Arbeidsgruppen – eller *utvalget* som vi videre vil referere til – har vært ledet av Hilde Grimstad, professor, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Utvalget er omtalt som *Grimstadutvalget*.

Øvrige medlemmer i utvalget:

- Steinar Hunskår, prodekan for utdanning, Det medisinske fakultet, UiB
- Geir Sverre Braut, professor II, UiS og seniorrådgiver, SUS
- Elisabeth Farbu, klinikksjef, SUS og professor II, UiB
- Karin Straume, fagdirektør, Helsedirektoratet
- Jeppe Emmersen, prodekan for utdannelse, Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Aalborg Universitet

Sekretariat for utvalget har vært ivaretatt ved Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet, med seniorrådgiver Kristin Walter som sekretariatsleder.

Utvalget har i løpet av arbeidet hatt 12 møter, herav 10 arbeidsmøter og 2 temamøter, og har i tillegg ivaretatt dialog og dokumentflyt på en virtuell plattform.

Utvalget har bestått av representanter med ulik erfarings- og fagbakgrunn, og fra starten av arbeidet var det viktig å drøfte forståelsen av mandatet med utgangspunkt i hver representant sitt ståsted. Mandatet er sammensatt og peker på ulike nivåer av utfordringer som må adresseres; fra et overordnet perspektiv med mulig kapasitetsøkning nasjonalt til ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet og lokale løsninger.
Det var bred enighet om at utredningen måtte begynne med det store bildet, og se på et av premissene for å kunne gjøre vurderinger i forhold til utdanning av leger i Norge; hvor stor andel av legene her i landet bør vi utdanne selv? For å kunne ta stilling til det spørsmålet, har utvalget støttet seg på tilgjengelig dokumentasjon og data og vært i dialog med sentrale aktører.

Utvalget har lagt vekt på å fremme en nasjonal modell, ved å ta utgangspunkt i de nasjonale forholdene rundt legebehov og utdanningen av leger. Regionale og lokale forhold vurderes i lys av dette, og den store andelen norske medisinstudenter i utlandet har gjort det viktig for utvalget å anbefale løsninger som primært er av langsiktig karakter.

Om Stavanger og samarbeid på Vestlandet

Et krevende punkt i mandatet har vært koblingen mellom utredning av modeller for en klinisk del av utdanningen, at flere medisinstudenter skal kunne ta deler av utdanningen sin i Stavanger og at dette eventuelt skal skje i et trepartssamarbeid mellom SUS, UiS og UiB. Det er flere forhold ved dette som har vært utfordrende:

En *modell med 3-årig klinisk studium* i medisin er, selv etter Bologna-deklarasjonen og nye føringer for gradsgivende kombinasjoner, ikke tidligere brukt i Norge. Den internasjonale utviklingen av medisinsk grunnutdanning går i retning av integrerte studier i stedet for inndeling i preklinikk og klinikk. I Norge angir prosessen med forskriftsfesting av Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS), der medisinstudiet er inkludert, en utvikling som peker i en annen retning enn en slik 3-årig klinisk modell. Vi skal i kapittel 4 se hvordan gradsinndeling (bachelor-master) for medisinstudiet har vært håndtert i Norge. Et historisk tilbakeblikk på medisinutdanning i Norge (kapittel 3) vil vise at det tidligere har vært tilbud om klinisk påbygning for norske studenter som har påbegynt utdanningen sin i utlandet, og vi skal se hvilke behov og vurderinger som ble lagt til grunn den gang.

Trepartssamarbeid på Vestlandet er i utgangspunktet en mulig tilnærming til å øke kapasiteten og gi flere studenter en base i Stavanger under medisinstudiene sine. I møter med partene, og gjennom partenes representasjon i utvalget, oppleves det som at viljen til samarbeid er til stede. Det er også vedtaksfestet at trepartssamarbeid er det som er ønsket (Helse Stavanger, styremøte 20.12.18). UiB har tilsvarende i sitt innspill til utvalget angitt en vilje til å utvikle et slikt trepartssamarbeid. Utvalget ser imidlertid at det er ulike oppfatninger av hvordan et samarbeid bør arte seg og hvilke modeller som ses som tjenlige. Vi vil gå grundig inn på dette både i kapittel 8 om planer for utvidelser og i kapittel 9 om presentasjon av aktørene. Utvalget har også sett behov for en rolleavklaring rundt ansvar for grunnutdanning i medisin ved henholdsvis helseforetak og utdanningsinstitusjon.

Utvalget har i løpet av arbeidet blitt presentert for planer som i utgangspunktet er mer begrenset enn et trepartssamarbeid, men i tråd med mandatet har utvalget primært forholdt seg til planer som oppfyller ønskede intensjoner om samarbeid.

Miljøer i Stavanger har jobbet lenge med å få økt delaktighet i medisinsk utdanning, og det er vist et betydelig engasjement og en vilje innenfor både spesialist- og primærhelsetjenesten til å komme mer på banen. Stavanger som arena for medisinutdanning er tydelig også i den regionalpolitiske debatten, og det er mange aktører også utover SUS og UiS som er engasjert i saken. Utbyggingen av SUS, med nybygg på Ullandhaug, er en faktor som vektlegges og gir muligheter.
Utvalget har tilstrebet å se Stavanger og Stavanger-regionen som en mulig utdannings- eller praksisarena, som del av den nasjonale modellen som utvalget vil skissere opp i utredningen.

Et viktig aspekt ved Vestlandet som arena for medisinutdanningen er at UiB siden 1998 har hatt SUS som sitt største samarbeidssykehus utenfor Bergen. Rogaland som region er også en sentral praksisarena for UiB sine medisinstudenter gjennom praksisperioder i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det er både fra UiB og SUS forutsatt at ved en eventuell økning av kapasiteten i Stavanger, skal den utdanningsaktiviteten som allerede finner sted der opprettholdes. Hvis ikke vil en ikke oppnå en reell utvidelse av kapasiteten.

Om innhenting av informasjon og referanser i arbeidet

For å få et bredt kunnskapsgrunnlag for utredningen ble det tidlig i arbeidet sendt ut henvendelser til sentrale aktører på feltet (vedlegg 3–6, 10-11). Innhenting av informasjon fra dagens læresteder i medisin var et eget punkt i mandatet, mens øvrig informasjon ble innhentet på grunnlag av definerte behov fra gruppen.

Det er innhentet følgende informasjon som vil bli nærmere belyst i utredningen:

- De fire universitetene med medisinutdanning i Norge (NTNU, UiB, UiO og UiT):
    - Kapasitet i dagens studiemodeller
    - Eventuelle planer og kapasitet framover - scenarier for økning av studieplasser innenlands
    - Kartlegging av praksisfeltet, hvilke arenaer i hhv primær- og spesialisthelsetjenesten som er i bruk og eventuelt kan bli brukt ved en eventuell økning i studieplasser

- De regionale helseforetakene (Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF):
    - Rutiner for mottak og registrering av henvendelser fra norske medisinstudenter ved utenlandske utdanningsinstitusjoner som søker seg til sykehusene i regionen for praksis eller hospitering
    - Oversikt over omfang som samlet sett gis tilbud om praksis eller hospitering i løpet av et år (årlig omfang siste 3 år)
    - Informasjon om eventuelt avtalefestet samarbeid med utenlandske utdannings-institusjoner om å tilby klinisk praksis som del av et medisinstudium
    - Eventuell kapasitet til å ta imot flere medisinstudenter fra de norske lærestedene i veiledet klinisk praksis (eventuelt omfang)

- Statlige og private læresteder (et utvalg med relevante studietilbud og helsefaglig profil);
    - Føringer eller beslutninger om å etablere/søke akkreditering av et medisinstudium
    - Etablert samarbeid med andre norske eller utenlandske utdanningsinstitusjoner om å ivareta deler av et medisinstudium
    - Planer om å etablere kontakt med andre norske eller utenlandske utdannings-institusjoner om et slikt samarbeid

- Primærhelsetjenesten v/ Kommunesektorens organisasjon (KS);
    - Vurdering av kapasiteten til å bidra i en eventuell økning av antall studieplasser i medisin
    - Hvordan/i hvilket omfang en kan se for seg kommunenes rolle
    - Nevne eventuelle forutsetninger og begrensninger for en økning, og kommentere scenarier for økning i volum tilsvarende det fakultetene er bedt om

I tillegg ble Lånekassen forespurt om grunnlagsdata for medisinstudenter ved utenlandske læresteder, både data på antall og fordeling på land og læresteder og i tillegg oversikt over finansiering av studiene (sum studiestøtte og fordeling). Vi fikk også muntlig orientering fra Lånekassen i et av utvalgets møter.

I egne møter og dialog med Stavanger universitetssjukehus og Universitetet i Stavanger har utvalget fått informasjon som belyser egne punkt i mandatet.

I arbeidet har utvalget hatt møtepunkt med og fått verdifulle innspill fra henholdsvis Legeforeningen, Norsk medisinstudentforening (Nmf), ANSA og sentrale tillitsvalgte for utenlandsstudenter i medisin (Nmf Utland). Utvalget hadde to møter med studentene, ett eget møte i desember 2018 og et med representanter som var deltakere på nasjonalt styremøte i Nmf mars 2019. Møtene har gitt utvalget en brukertilnærming til noen av de sentrale spørsmålene som er drøftet underveis i arbeidet, blant annet med perspektiver fra utenlandsstudentene. I forbindelse med møtet i mars utarbeidet vi et elektronisk spørreskjema for strukturerte tilbakemeldinger på spørsmål om utdanningsmodeller, kombinasjon av utdanning utenlands–innenlands, opptak og praksisarenaer. Svarene bidro til å nyansere bildet av hva studentene ser som utfordringer fra sitt perspektiv. Vi vil gjennom utredningen henvise til studentenes innspill der det er relevant.

I løpet av utvalgsperioden har vi også innhentet både muntlig og skriftlig informasjon fra aktører som har spesiell kunnskap om aspekt vi har ønsket å belyse i utredningen, blant annet om Finnmarksmodellen (førsteamanuensis Ingrid Petrikke Olsen, UiT), erfaring fra Nord-Amerika om desentrale modeller (dekan og professor Roger Strasser, Northern Ontario School of Medicine, Canada), nasjonal bemanningsmodell (direktør medarbeider, organisasjon og teknologi Hilde Brit Christiansen, Helse Vest) og legebehov og medisinutdanning i England (director dr. Janine Henderson, Hull York Medical School).

Nasjonalt dekanmøte i medisin og utdanningsmøtene for de medisinske fakultetene har vært godt orientert om arbeidet, og i tillegg har utvalget hatt kontakt med KD for nødvendige avklaringer om mandat og rammevilkår underveis.

Om økonomisk-administrativ analyse

Utvalget vurderte tidlig i arbeidet at det ville være nødvendig å innhente ekspertise til å gjøre en så grundig analyse av økonomisk og administrativ karakter som ble ansett som nødvendig i forbindelse med utredningen. Som et av de dyreste utdanningsprogrammene i landet så vi at en økning uansett volum vil handle om betydelige beløp, og at den tette koblingen til hele helsetjenesten ville fordre grundige og sammensatte analyser.

Etter en anbudsprosess administrert av Innkjøpsavdelingen ved UiB ble det i januar 2019 gitt tilbud om oppdraget til Oslo Economics (OE), et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø. Som del av utredningen skulle de gjennomføre en økonomisk-administrativ analyse av kostnadsvirkningene ved alternative tiltak for eventuell utvidelse av medisinstudiet.

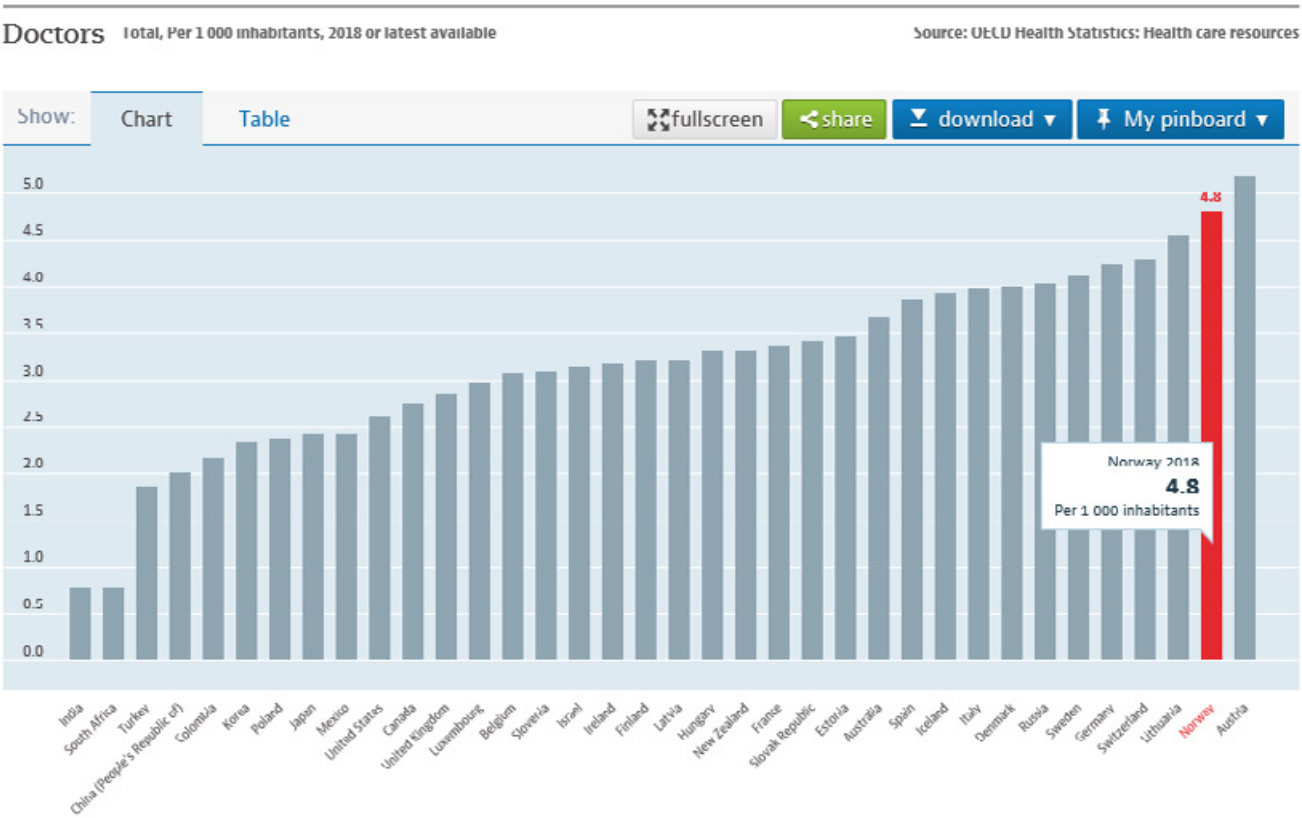
Utvalget hadde i perioden februar–mai 2019 jevnlig dialog med OE og fasiliterte dem med bred bakgrunnsinformasjon. Vi hadde et oppstartsmøte og 2 telefonmøter. OE har i tillegg deltatt på et av utvalgets møter. Rapporten deres ble levert ved utgangen av mai måned og følger som eget vedlegg (vedlegg 7); *Kostnadsvirkninger ved økning av studieplasser i medisin i Norge* (Oslo Economics, 29. mai 2019). I kapittel 11 gis en kort oppsummering av rapporten, og den refereres også til under aktuelle punkter underveis.

2. Legedekning og legebehov i Norge

Dagens situasjon

Norge har en høy legedekning og -tetthet sammenliknet med andre OECD-land; i 2018 med 4,8 leger per 1000 innbyggere. I 2018 var det kun Østerrike som lå høyere enn oss, og land som Litauen, Sverige, Sveits og Tyskland var på sammenliknbare nivå med Norge, jfr. figur 1.

Figur 1: Antall leger per 1000 innbyggere i Norge, OECD-data



OECD-data tilgjengelig på https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm

Forhold som forklarer den relativt sett høye legedekningen i helsetjenesten her til lands, er desentraliserte helsetjenester og lik rett på tilgang til helsetjenester i et vidstrakt land, noe som skaper et stort bemanningsbehov for å få vaktordningene til å gå opp (lokalsykehus og små kommuner). Dette gjenspeiler seg også i læringsmål i utdanningene, som er innrettet mot selvstendig virke hvor som helst i landet.

En ikke ubetydelig andel av legene som arbeider i Norge – 14,7 % i 2018 – er utenlandske statsborgere. En mye større andel, over 40 %, er utdannet i utlandet, og denne andelen er stigende (jfr. tall fra Helsedirektoratet i tabell 1 under).

Tabell 1: Avtalte legeårsverk, fordelt på statsborgerskap og utdanningsland. 2012–2018

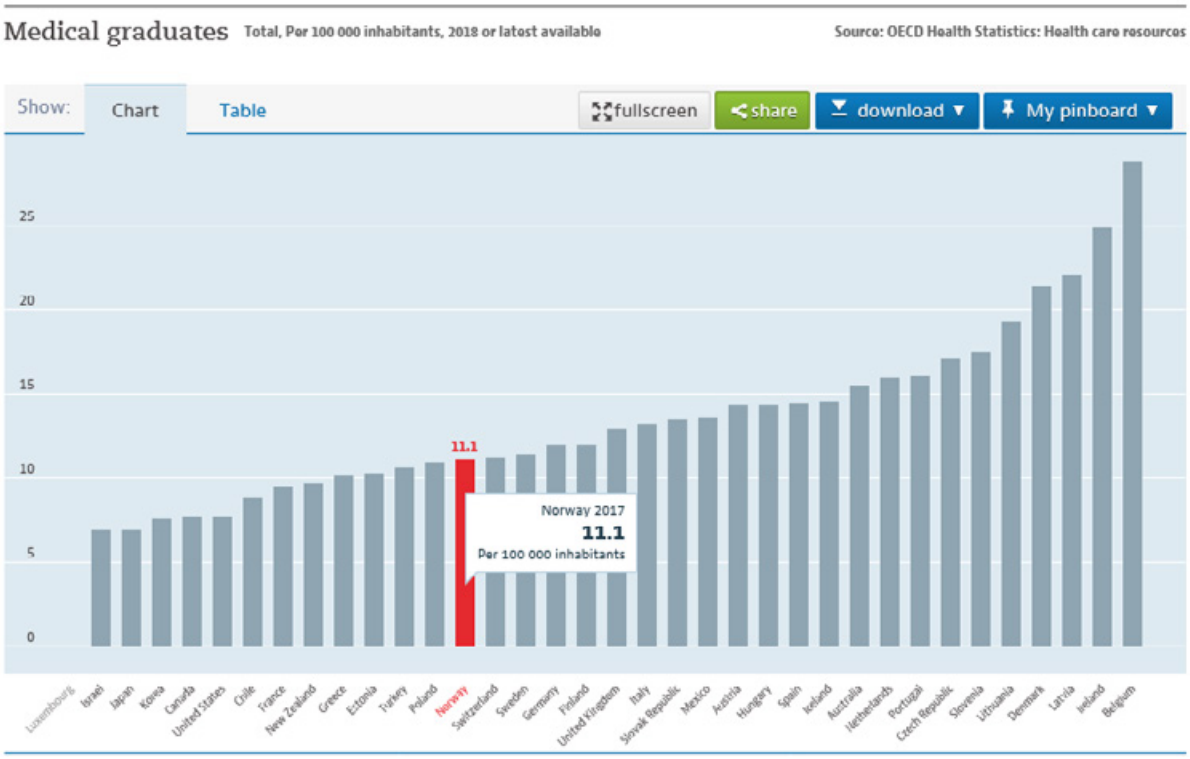
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Norsk utdanning	Norsk statsborger	12 828	13 103	13 495	13 656	13 889	14 366	14 748
	Utenlandsk statsborger	303	312	298	310	311	315	324
Utenlandsk utdanning	Norsk statsborger	4 569	4 821	5 206	5 581	5 926	6 407	6 878
	Utenlandsk statsborger	2 859	2 880	3 040	3 065	3 157	3 294	3 389
Ukjent utdanningsland	Norsk statsborger	192	179	208	209	211	212	209
	Utenlandsk statsborger	55	50	32	30	27	28	56
Alle utdanningsland	Alle statsborgerskap	20 811*	21 353*	22 288*	22 852*	23 522*	24 622	25 604

**I perioden 2012 og 2016 var det mellom 1 og 9 årsverk utført av leger med ukjent statsborgerskap. Derfor avviker totaltallene noe fra summen av radene.*

Kilde: Helsedirektoratet 2019 (basert på data fra SSB). Jfr. tabell 1 i NHSP 2020-2023 - Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet" (12/2018)

Det uteksamineres hvert år i snitt 525 kandidater fra medisinstudiene ved norske læresteder, og vi ser i figur 2 under at antall utdannede leger per 100.000 innbyggere er lavere enn i land vi sammenliknet oss med når det gjaldt legedekningen. Land som har en høy andel med egen utdanning av leger er Belgia, Irland, Latvia og Danmark, og Norge kommer i denne sammenheng langt ned på listen.

Figur 2: Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Norge, OECD-data



OECD-data tilgjengelig på https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm

Fra grunnutdanning til LIS1

Fra 1. desember 2012 har nyutdannete leger fått autorisasjon rett etter endt grunnutdanning i Norge, mens det tidligere var et krav om turnustjeneste for å få autorisasjon og påbegynne

spesialisering. Samtidig ble turnustjenesten lagt om til en søknadsbasert ordning, som for de fleste gruppene ble et obligatorisk første trinn av spesialistutdanningen. Unntaket var leger utdannet i EØS-land med praksis integrert i studiet[1]; de kunne starte rett i spesialisering. Fra 1. mars 2017 ble turnustjenesten erstattet av en formell første felles del av spesialistutdanningen (LIS1: Leger i spesialisering, del 1) som *alle*, uansett utdanningsland, må gjennomføre før de kan fortsette i videre spesialisering. LIS1-stillinger utlyses i Helsedirektoratets stillingsportal to ganger i året, og utgjør nå totalt 950 stillinger (inntil 475 utlyses hvert halvår). LIS1 inneholder en rekke læringsmål som skal oppnås i løpet av et år i spesialisthelsetjenesten, etterfulgt av 6 måneder i kommunehelsetjenesten. For norskutdannede med betydelig praksis fra den norske helsetjenesten under studiet, vil noen av disse læringsmålene allerede være oppnådd. De har likevel sin berettigelse i å sikre en felles basiskompetanse og -erfaring for alle leger i Norge, uansett hvor de har fått sin grunnutdanning. Ansettelse i LIS1 skjer lokalt i helseforetak og kommuner. LIS1 utgjør videre rekrutteringsgrunnlag for andre og tredje del av spesialistutdanningen (LIS2 og LIS3, til sammen minimum 5 år), og tilgangen på LIS1-stillinger vil være avgjørende for hvor mange spesialister som kan utdannes i årene framover.

Antall LIS1-stillinger har vært uforandret siden 2011, mens rammevilkårene for rekruttering til stillingene har forandret seg vesentlig i samme periode. I rapporten *Vurdering av antall LIS1-stillinger* (Rapport IS-2802) har Helsedirektoratet våren 2019 tatt en gjennomgang av hele situasjonen og gitt en ny vurdering av antall LIS1-stillinger. Det anbefales en økning med 200 nye stillinger, til et totalt antall på 1150. Til grunn for denne anbefalingen har direktoratet blant annet lagt behovet for flere leger til primærhelsetjenesten i årene framover.

For norske medisinstudenter i inn- og utland har begrenset tilgang på LIS1-stillinger medført økende bekymring. Våren 2019 var det 1282 søkere til i alt 457 utlyste stillinger; det betyr at kun 1/3 av de som søkte, fikk LIS1-stilling (Helsedirektoratet, statusrapport for søknadsrunde 13- LIS1). Data fra samme søknadsrunde viser at 34 % av søkerne hadde utdanning fra Norge, og at denne søkergruppen i større grad enn andre fikk tilbud om stilling (60 %).

Det har oppstått en ny gruppe autoriserte leger; de som er ferdige med grunnutdanningen og ikke får LIS1-stilling i første søknadsrunde(r). De kommer i en ventefase som oppleves som uforutsigbar, og situasjonen medvirker til fremvekst av et alternativt legemarked som leverer tjenester på siden av tilbudene i de offentlige helsetjenestene, og av "grå", ikke-meritterende stillinger i den offentlige helsetjenesten. Hvilke konsekvenser denne situasjonen på sikt kan få er ikke gitt, og dagens medisinstudenter har på ulike måter gitt uttrykk for frustrasjon over utviklingen.

Fakta om regulering innenfor EU/EØS – regler for autorisasjon og spesialistgodkjenning:

Legeutdanningen er en av fem såkalte "harmoniserte" helseutdanninger innenfor EØS gjennom Yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det innebærer at utdanningen må tilfredsstille en gitt minstestandard. Hvis den oppfylles og utdanningen gir rett til autorisasjon i utdanningslandet, vil den også gi rett til autorisasjon i andre EØS-land. For medisinske utdanninger utenfor EØS vurderes først om utdanningen er *jevngod* med den norske. Søkere med utdanning fra disse landene må deretter gjennomføre språktest, tilleggskurs i nasjonale fag og medikamenthåndtering, samt en fagprøve, før de kan få norsk autorisasjon. For helsepersonell

[1] Belgia, Bulgaria, Estland, Finland, Frankrike, Hellas, Kroatia, Kypros, Latvia, Nederland, Romania, Slovakia, Slovenia, Spania, Sveits, Tsjekkia, Tyskland, Ungarn og Østerrike. Polen utsteder et sertifikat i henhold til yrkeskvalifikasjonsdirektivet som tydeliggjør at legene har “rett til selvstendig virke” etter utdanningen.

godkjent etter Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, er det arbeidsgiver som må kontrollere at de har tilstrekkelige norskkunnskaper og kjennskap til norsk helsetjeneste.

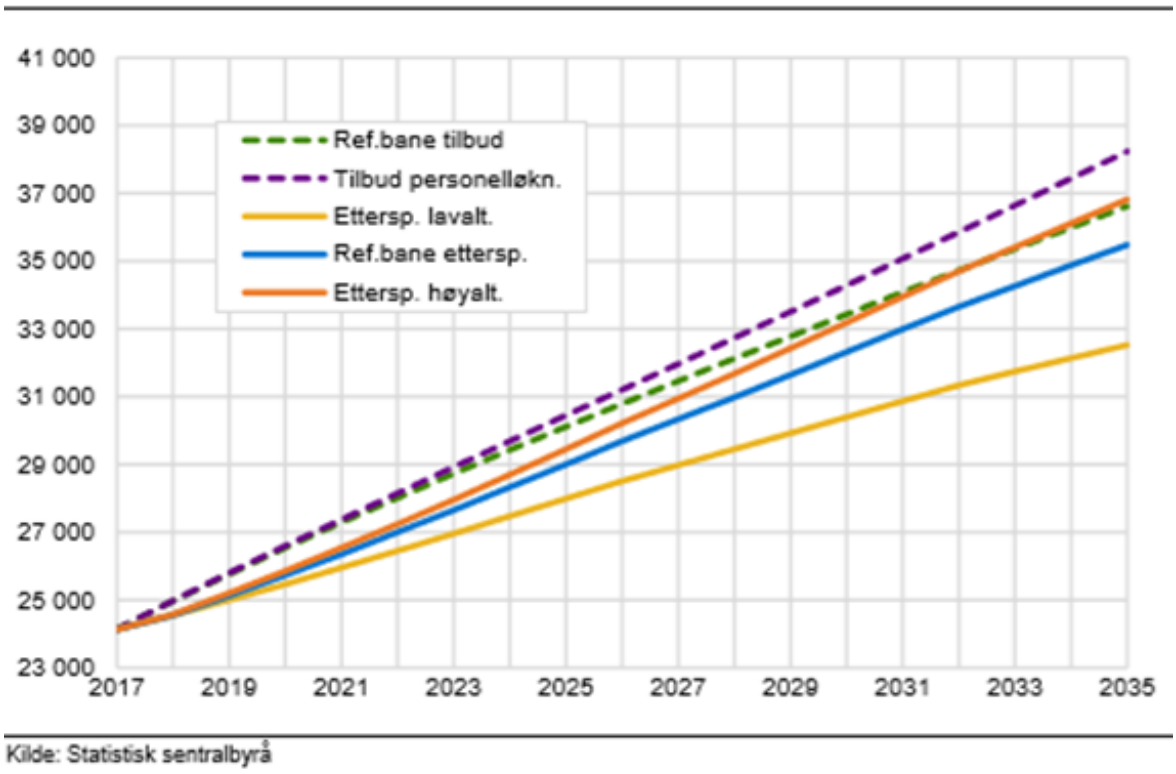
Spesialistutdanningene varierer mer fra land til land, men Yrkeskvalifikasjonsdirektivet inneholder en oversikt over hvilke spesialiteter som er automatisk "konverterbare". For de øvrige, og for spesialister fra land utenfor EØS, vil jevngodhetsprinsippet legges til grunn for norsk spesialistgodkjenning.

Kilde: Helsedirektoratet

Helsetjenestens behov nå og framover

Etterspørselen etter leger forventes å fortsette å øke i årene framover. Den ferskeste framskrivningen av behovet for og tilgang på helsepersonell fram mot 2035, den såkalte Helsemod (SSB, Rapporter 2019/11), forventer at tilgangen på nye leger fortsatt vil være stor i årene framover og at markedet vil absorbere en vekst til over 36 000 årsverk i 2035. De forventer omtrent balanse mellom tilbud og etterspørsel, eller en lett overproduksjon av leger i årene framover, hvis utviklingen fortsetter som den har gjort de siste årene.

Figur 3: Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for leger fram til 2035 under ulike forutsetninger om etterspørselen. 1000 normalårsverk



Figuren er hentet fra Rapporter 2019/11 Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035, Helsemod SSB

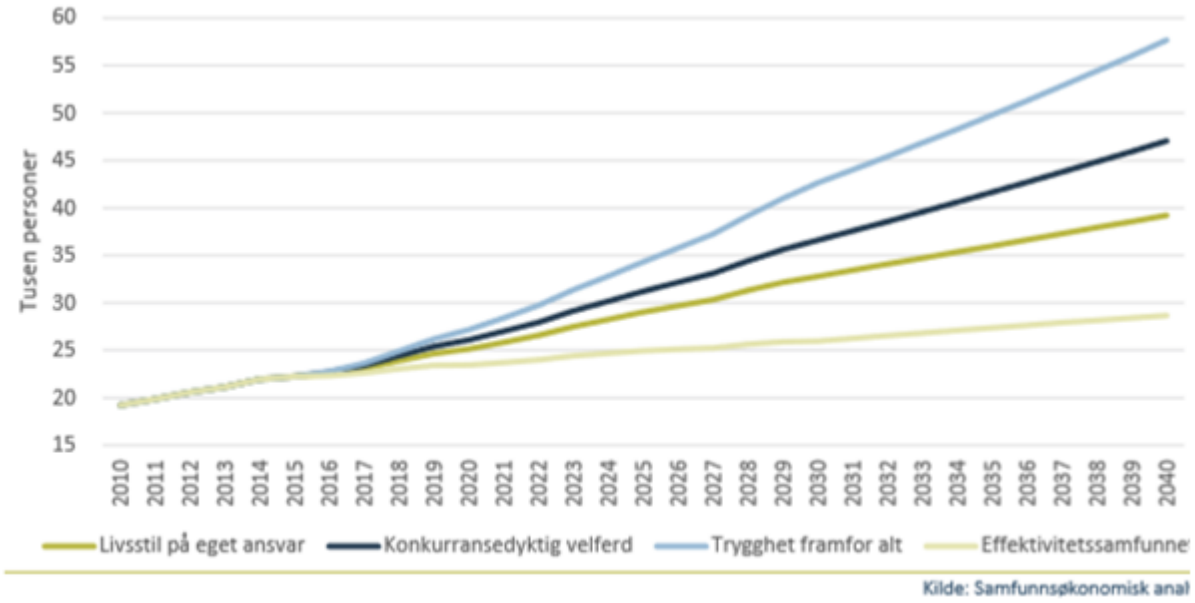
Helsemod opererer med forskjellige alternativer både for tilbud og etterspørsel. De tre etterspørselsalternativene skiller seg i hvilken befolkningsframskriving de legger til grunn, produktivitetsveksten i helsetjenesten, bedring i helsetilstand og graden av ubetalt familieomsorg.

Referansebanen for tilgang på leger baserer seg på samme tilgang som i dag. Som det framgår av grafen ovenfor, anslår de at begge alternativene for tilgang på leger vil være høyere enn alle etterspørselsalternativene fram til ca. 2030, men at referansebanen for tilgang vil balansere den høyeste etterspørselen i 2035. Ved økt tilgang på leger, vil etterspørselen være lavere enn tilbudet i hele perioden.

Dette er modellbaserte teoretiske framskrivninger. Den faktiske utviklingen på legemarkedet kan fort ta en annen retning. For eksempel var den faktiske utviklingen i antall legestillinger de siste årene større enn det *høyeste* etterspørselsalternativet i forrige Helsemod, fra 2012. Stor betalingsevne og -vilje i befolkningen kan akselerere utviklingen av et privat legemarked, som kan absorbere en del av de legene som ikke blir sysselsatt i den offentlige helsetjenesten. Ut fra Helsemod er det imidlertid mye som kan tyde på en viss overproduksjon av leger i det nærmeste tiåret.

I rapport fra Samfunnsøkonomisk analyse; *R1-2018 Helse-Norge 2040 – Hvordan vil fremtiden bli?* utforskes helsepersonellbehovet fram mot 2040 med scenariometodikk. Scenariene tar i liten grad utgangspunkt i helsetjenestens egne utviklingsforventninger, men viser tydelig hvordan generelle samfunnstrender vil virke inn på helsepersonellbehovet: Hvordan vil for eksempel kravet til effektivitet versus en solidarisk og desentralisert helsetjeneste slå ut? Hvordan vil ny informasjons-teknologi påvirke personellbehovet? De fire scenariene som utvikles, blir kalt *Effektivitetssamfunnet*, *Trygghet framfor alt*, *Konkurransedyktig velferd* og *Livsstil på eget ansvar* (se figur 4).

Figur 4: Etterspørselen etter leger (med og uten spesialisering), målt i antall sysselsatte



Figuren er hentet fra Rapport 1-2018: Helse-Norge 2040 – Hvordan vil fremtiden bli? Samfunnsøkonomisk analyse

Alternativet med *Livsstil på eget ansvar* samsvarer godt med høyetterspørselsalternativet i Helsemod, mens begge alternativene med *Konkurransedyktig velferd"* og *Trygghet framfor alt* antas å generere et langt større legebehov.

Helse Vest har, på vegne av de regionale helseforetakene, utviklet Nasjonal bemanningsmodell, som også er scenariobasert. Den kan anslå endringer i behov for ulike typer helsepersonell når forskjellige

forutsetninger legges inn i modellen. Nasjonal bemanningsmodell bygger på helsetjenestens egne utviklingsforventninger og er langt mer presis når det gjelder å forutse personellbehovene ved innføring av nye medisinske prosedyrer, inklusjonskriterier for utredninger og behandlinger, økt eller redusert etterspørsel på bestemte områder osv., men tar i mindre grad samfunnsutviklingen opp i seg. Modellen omfatter bare spesialisthelsetjenesten, og har hittil vært brukt til å anslå behovene innenfor bestemte spesialiteter, ikke legebehovet totalt sett.

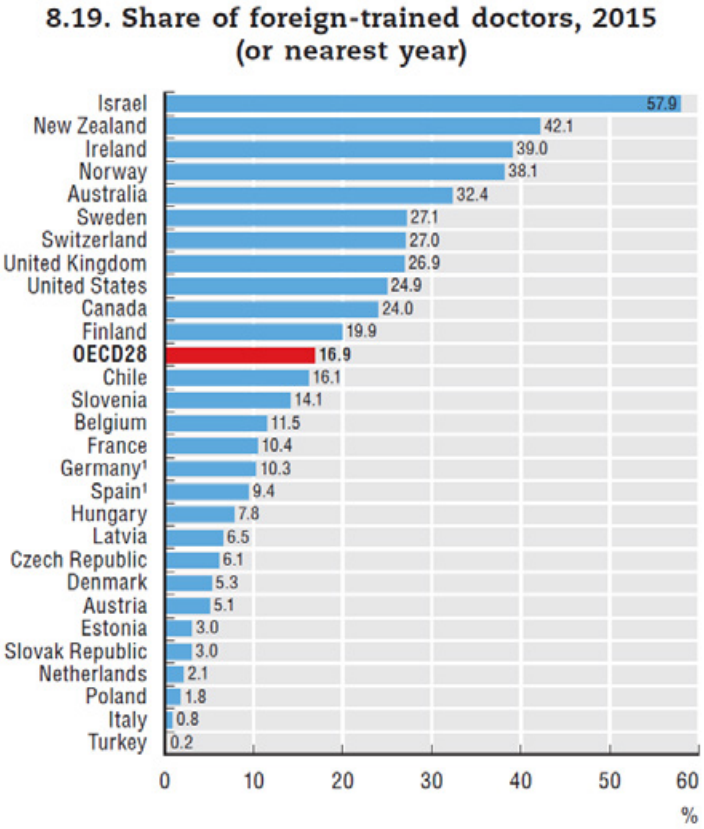
WHO-koden og rekruttering av helsepersonell

Arbeidet med en global kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell (WHO-koden) startet allerede i 2004, da Verdens helseforsamling vedtok en resolusjon som anmodet WHO om å utarbeide en slik kode. I årene fram til koden ble vedtatt av de 193 medlemslandene i mai 2010, ble det holdt flere nasjonale, regionale og internasjonale møter om temaet. Norge var med på å ta initiativ til arbeidet med den globale koden, og har sluttet seg til den.
I brukerveiledningen til koden, utarbeidet av Helsedirektoratet (Veileder IS-0315), listes de 12 hovedpunktene i koden. I tillegg til å fraråde rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland med kritisk personellmangel, gir koden anbefalinger om at alle land selv må bygge opp en bærekraftig helsepersonellstyrke. I Artikkel 5 (s. 5) sies det at *«Land skal implementere effektiv planlegging, utdanning og opplæring av helsepersonell og utarbeide retensjonsstrategier for å støtte opp om en helsepersonellstyrke som er tilpasset de særlige forholdene i hvert land og redusere behovet for å rekruttere helsepersonell fra utlandet.».*

Norge har politisk forpliktet seg til å ha en aktiv politikk på området, og det rapporteres periodisk til WHO om implementeringen av koden. Helsedirektoratet utarbeider HODs rapporter, og det foretas en hovedrapportering hvert 3. år, i tillegg til årlige oppdateringer på sentrale tabeller for alle helseprofesjoner.

I rapporten *Health at a glance 2017 – OECD indicators* (revidert versjon, februar 2018) presenteres helsedata og nøkkelindikatorer for helsetjenestene på tvers av de 35 medlemslandene i OECD. En av faktorene som presenteres og drøftes er nettopp andelen leger som utdannes utenfor sitt eget land; *Share of foreign-trained doctors*, jfr. figur 8.19 i rapporten. I kommentarer til figuren sies det (s. 166): "*In 2015, the share of foreign-trained doctors ranged from 3% or less in Estonia, the Slovak Republic, the Netherlands, Poland, Italy and Turkey, to more than 30% in Israel, New Zealand, Ireland, Norway and Australia (Figure 8.19). (…) In Norway, roughly half of foreign-trained doctors are people who were born in the country but went to pursue their medical studies in another country*." Det vises i samme tekst til WHO-koden som et etisk verktøy i rekruttering av helsepersonell og at koden kan være en begrunnelse for i større grad å være selvforsynte med eget helsepersonell.
Rapporten – og figuren under – viser i klartekst at Norge i denne sammenheng er i selskap med land som vi ellers ikke sammenlikner oss med på andre parametere om helse.

Figur 5: Andel utenlandsutdannede leger i OECD, 2015 (eller nærmeste år)



Kilde: Health at a Glance 2017 – OECD indicators

Utvalgets vurdering – overordnede premisser

Utvalget ser vurderingen av behov for leger som et overordnet premiss for drøfting av volum i grunnutdanningen, og basert på tilgjengelig informasjon har utvalget orientert seg om hvordan situasjonen ser ut i dag og i kommende år.

Figurene fra OECD viser at Norge utdanner få leger i forhold til befolkningstall samtidig som vi har en høy legedekning. For å dekke landets legebehov, er Norge avhengig av at norske ungdommer velger å utdanne seg til leger i utlandet og i tillegg rekrutterer vi ferdig utdannete spesialister fra utlandet. Det siste kan føre til at disse landene igjen må rekruttere spesialister fra andre land. Med WHO-koden som bakteppe mener vi at Norge som nasjon må være mer bevisst disse forholdene, i større grad se konsekvensene av den mobiliteten som direkte eller indirekte finner sted, og ha et aktivt forhold til i hvilken grad landet faktisk etterlever koden.

På bakgrunn av det som er skissert i dette kapittelet har utvalget to overordnede anbefalinger:

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

Anbefaling D **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).**

Dette vil fordre etablering av flere studieplasser i medisin i Norge. Vi kommer i neste kapittel med en konkret anbefaling fra utvalget om andel og antall studieplasser i medisin i Norge, etter å ha sett nærmere på studieplassutviklingen og antall kandidater som uteksamineres i medisin.

3. Medisinutdanning i Norge – utvikling og dimensjonering

Studieplasser i medisin – utvikling og status

Det er i dag fire universiteter som tilbyr full medisinutdanning i Norge; Norges teknisk-naturvitenskapelige universitetet (NTNU), Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Oslo (UiO) og Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT). Vi skal her se litt nærmere på historikken for utdanningen, med etablering av studiesteder og utviklingen av antall studieplasser. Videre vil en oversikt over opptatte studenter og uteksaminerte kandidater de siste årene vise dagens situasjon.

I 1814 startet medisinutdanningen i Oslo (UiO) med 3 studenter, og den første studieplanen ble vedtatt i 1826 av Det akademiske kollegium. Fra 1814 til 1939 var medisin et fritt studium, der kravet for å bli tatt opp som student var i form av immatrikuleringskrav til universitetet. I 1940 var det 60 studieplasser ved UiO, og det ble gjort vedtak om å lukke studiet. Første krav om lukking av studiet kom for øvrig i 1902, som et uttrykk for redsel for overproduksjon av leger (Larsen 1968). Som en respons på situasjonen med økende studentmasse og lang ventetid for å begynne på klinisk del av studiet, ble det i 1923 nedsatt en begrensningskomité. Det ble her fremmet ønske om å vurdere samfunnets totale behov for leger (Haave 2009).

Fra 1946 – etter krigen – startet det opp klinisk medisinundervisning i Bergen for 20 studenter med preklinikk fra UiO, i hovedsak for å lette presset og ventetiden for klinisk del av studiet som hadde oppstått ved fakultetet i Oslo. Ventetiden medførte også at studenter som ikke fikk plass reiste til utlandet for å studere. I 1963 tok fakultetet i Bergen opp de første 40 studentene til preklinisk undervisning, og fra 1967 ble det dobling til 80 studieplasser.

Etterkrigstidens Norge hadde mange utfordringer, og mangel på helsepersonell – bl.a. leger – var en av dem. Det ble iverksatt stimuleringstiltak for å øke rekruttering av leger til distriktene, og i samfunnsdebatten kom innspill om sammenhengen mellom geografisk tilhørighet og rekruttering til yrket (Schiøtz 2003). Ulike komiteer som skulle få betydning for videre utbygging av læresteder i medisin ble nedsatt, blant annet Ruud-komiteen (1963) som skulle vurdere opprettelse av et universitet i Tromsø, og Brodal-komiteen (1964) som skulle utrede *Plan for utbygging av medisinske læresteder i Norge (1966-80).*

Spørsmålet ble nå hvorvidt Tromsø eller Trondheim skulle bli det tredje medisinske lærestedet i landet. Det var de distriktspolitiske begrunnelsene som vant frem i denne perioden, og Stortinget gjorde vedtak om opprettelse av Universitetet i Tromsø i 1968. Medisinstudiet i Tromsø startet opp i 1973. Studieplanprosessen forut for oppstarten viste hvordan medisinsk utdanning kan ses som et redskap for regional endring (Simonsen 2012).

Avdeling for medisin, senere Det medisinske fakultet, i Trondheim ble opprettet i 1974. Selve oppstarten av et klinisk studium i Trondheim var i 1975, da med opptak av 21 studenter det første året og økning til totalt 40 allerede fra året etter. Disse hadde preklinisk studium (2,5 år) fra Bergen. Et fullt studium i Trondheim ble etablert i 1993.

Tabellen under viser den kronologiske utviklingen i årstall og antall studieplasser for perioden 1967–2019. Den inkluderer i tillegg to modeller som ble gjennomført for å øke antall studieplasser i Norge, henholdsvis Aker-Lørenskog-modellen (1969–1987) og oppkjøpsordningen i regi av NTNU på oppdrag fra KD (1997–2002). Nærmere omtale av de to modellene følger.

Tabell 2: Etablering og endring av antall studieplasser i medisin i Norge, perioden 1967 - 2019

Årstall	**UiO**	**UiB**	**UiT**	**NTNU**	Aker-Lørenskog-modellen** (UiO) 1969 - 1987	Oppkjøps-ordning via NTNU 1997 - 2002	**Totalt antall studieplasser**
1967	80	80					**160**
1969					42 per år		**202**
1972		120					**242**
1973	165		40				**367**
1975				21*			**367**
1976				40*			**367**
1983	150	110					**342**
1987							**342**
1988			50				**310**
1991	165	120	60				**345**
1993				60			**405**
1994			70				**415**
1996	180	150		90			**490**
1997						60	**550**
1998			76			94	**590**
1999			85	100		75	**590**
2000						45	**560**
2001	210					47	**592**
2002						46	**591**
2003						45	**590**
2004			100	120			**580**
2012	220	160					**600**
2014			106				**606**
2016		165	116	135			**636**
Status 2019	***220***	***165***	***116***	***135***			***636***

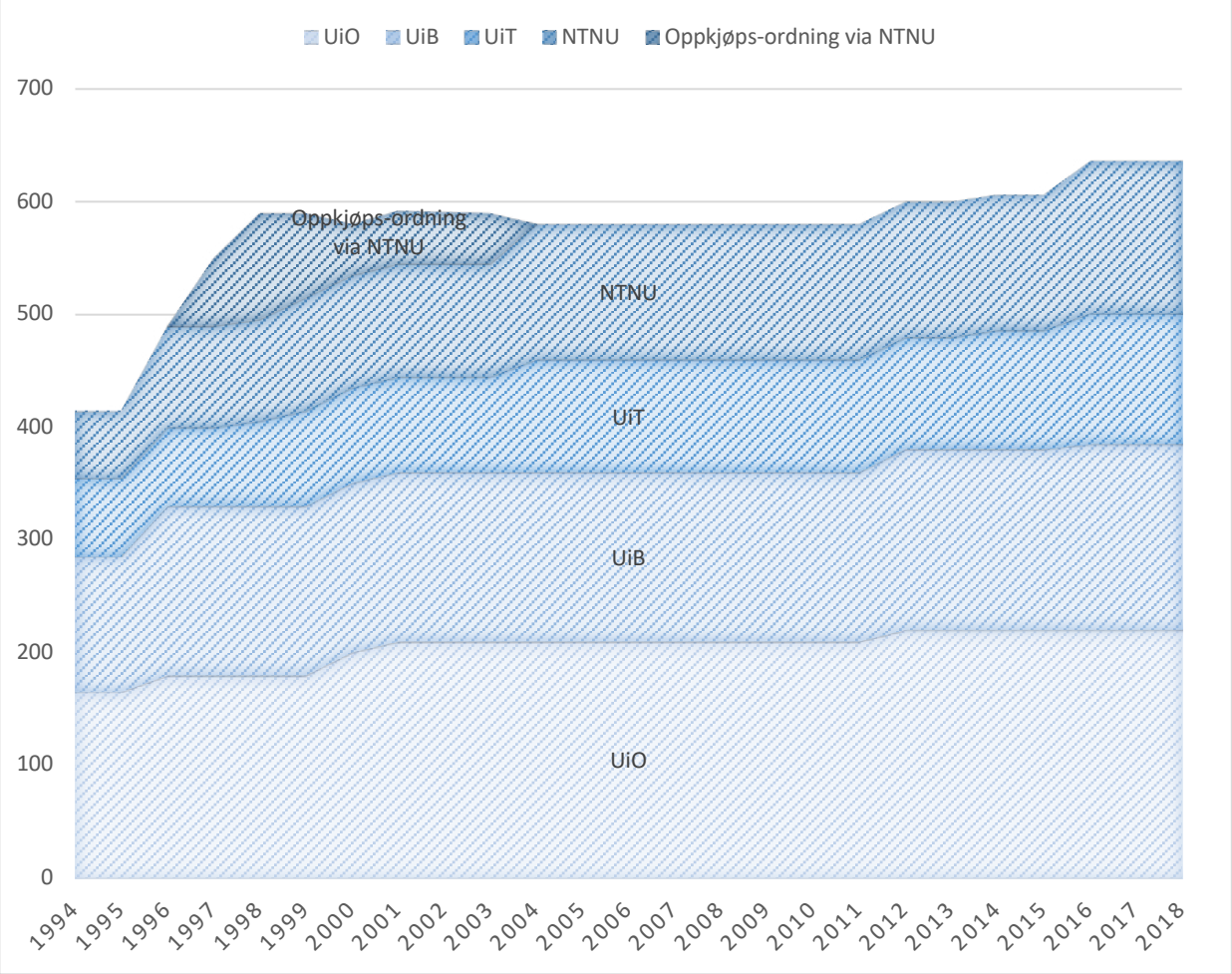
*3,5 års klinisk studium med oppstart ved UiB

**3-årig klinisk studium ved UiO, med opptak av norske medisinstudenter fra utlandet

Kilder: Fakultetene ved NTNU, UiB, UiO og UiT

Ser vi nærmere på utviklingen fra 1994 til i dag ser vi at det etter 2004 kun har vært små endringer i antall studieplasser, også illustrert i figuren under.

Figur 6: Utvikling i antall studieplasser i medisin i Norge, perioden 1994–2018



Kilde: Grimstadutvalget 2019

Sammenliknet med økning for andre helsefagstudenter og den generelle økningen av studenter i Norge, har det for medisinstudiet vært en relativt svak vekst. Dette kommenteres blant annet i SIU-rapport 01/2016 (Tungesvik 2016), som analyserte perioden 2004/05 – 2013/14; «*Når antallet studenter ved norske universiteter har økt med 46 prosent, og antallet studieplasser i medisin ved disse institusjonene samtidig har økt med kun seks prosent, betyr det at det har vært lavere tilvekst av studieplasser i medisin enn i mange andre fag i denne perioden"* (s. 68).

Ordning med klinisk undervisning i Norge, Aker-Lørenskog-planen 1969–1987

I perioden 1969–1987 var det en ordning der noen norske studenter som hadde fullført preklinisk studium ved utenlandske universiteter, fikk opptak til et klinisk studium ved UiO med klinisk undervisning ved Aker sykehus og Sentralsykehuset på Lørenskog, nå Ahus. Det var estimert opptak av 42 studenter per år, og det ble i perioden utdannet cirka 600 leger gjennom ordningen.

Motivasjon for etablering av ordningen var mange, både rekrutteringshensyn, mer effektiv gjennomføring av utdanningen og hensyn som talte for at den kliniske eksponeringen skulle være i eget hjemland. *«For den klinisk arbeidende lege er det av stor verdi å få sin utdannelse i det land hvor han skal virke.»* (Komité oppnevnt av Det akademiske kollegium, UiO: *Klinisk undervisning for norske utenlandsmedisinere*, 1966)

Opplegget ble for øvrig sett i sammenheng med kapasiteten for ordinære UiO-kull, der en økning i opptakstall fra 90 til 130 ville medføre at undervisningskapasiteten ved Rikshospitalet og Ullevål ville være tilnærmet maksimalt utnyttet.

Oppkjøpsordning av studieplasser utenlands 1997–2003

Stortinget vedtok i 1996 et mål om at Norge skulle ha 560 studieplasser i medisin (St.prp. nr. 67, 1995–96). Dette ble justert til 590 studieplasser i Stortingsmelding 36 (1998–99) *Om prinsippet for dimensjonering av høyere utdanning*. I påvente av en oppjustering av antall studieplasser i Norge på slutten av 90-tallet fikk NTNU et oppdrag fra daværende Kirke-, utdannings- og forsknings-departementet (nå KD) om å stå som ansvarlig institusjon for en ordning med oppkjøp av studieplasser i medisin utenlands. Ved opptaket til studieåret 1997–98 var det 60 studieplasser i ordningen, med en økning til 94 studieplasser året etter. Fram til ordningen ble avviklet i 2003 var det et varierende antall studieplasser per år, men totalt 412 plasser i perioden. Ordningen innebar at NTNU gjorde avtaler med et knippe samarbeidsinstitusjoner i Europa (England, Skottland, Nederland, Tyskland, Malta) og i Australia. Den norske stat dekket alle skolepenger for hele medisinstudiet i utlandet. Lån og stipend ble gitt fra Lånekassen etter vanlige satser. Opptak ble gjort som en integrert del av den gjeldende opptaksordningen til medisin i den perioden; ved Opptakssentralen medisin. Det medisinske fakultet ved NTNU hadde et spesielt oppfølgingsansvar for studentene.

Ordningen ble avviklet i 2004 da Stortingets mål om å ha 590 studieplasser i medisin ved norske universitet var nådd.

Med WHO som bakteppe

I forbindelse med Stortingsproposisjon 1 for 2007 (statsbudsjettet) fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan Norge skulle unngå å rekruttere helsepersonell fra sårbare land, og derunder hvordan vi skulle utdanne mer av personellet vårt selv.

Helsedirektoratet svarte med rapporten *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell* (2007). I kapittel 2 omtales den nasjonale behovsdekningen av helsepersonell, og om utdanning av leger står det (side 19): *"En svært høy andel, over 40 prosent av norske leger får nå sin utdanning i utlandet. I de fleste land er kvaliteten på den medisinske utdanningen meget god. En stor andel nordmenn får sin medisinske utdanning i Øst-Europa. Mange av disse utdanningene har en lavere standard enn den norske, og er preget av lite klinisk undervisning og språkmessige problemer som vanskeliggjør pasientkontakt. Det bør være et mål at flest mulig får tilstrekkelig klinisk undervisning og bred erfaring med pasientkontakt.* ***Norge bør derfor ta sikte på å til enhver tid selv utdanne 80-90 prosent av det norske legebehovet.*** *Således kan man sikre høy kvalitet på utdanningene for flest mulig og unngå å bli avhengig av å rekruttere utenlandske leger. De resterende 10-20 prosentene bør støttes i å utdanne seg ute for å sikre den norske helsetjenesten tilgang på leger som er utdannet under andre faglige tradisjoner enn den norske."* (vår utheving)

I rapporten *Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk* (Helsedirektoratet 2009) gjentas initiativet til at en større andel av framtidens leger bør utdannes i Norge.

Anbefalingen fra Helsedirektoratet om at Norge selv burde ta sikte på å utdanne 80-90 prosent av det norske legebehovet har vært et viktig utgangspunkt for utvalget. Vi kan ikke se at det ble lagt noen plan for en økning av antall studieplasser i medisin i kjølvannet av denne rapporten. Utvalget konstaterer imidlertid at man allerede for mer enn 10 år siden kunne fastslå en utvikling, som bare har forsterket seg siden, og at argumentene for en nødvendig økning i utdanningskapasiteten er de

samme og minst like sterke også i dag. I skriftlig innspill fra Legeforeningen til utvalget (brev datert 10.12.18) gir også de en tydelig anbefaling; de mener at 85 % av behovet for nyutdannede leger bør utdannes i Norge. Denne anbefalingen står også i rapporten deres om grunnutdanningen i medisin (2016). Legeforeningen er videre opptatt at Norges forpliktelser for WHO-koden, og mener at intensjonene med koden undergraves slik situasjonen er nå.

Uteksaminerte kandidater i medisin – utvikling og status

Tallmateriale fra Database for høyere utdanning (DBH) for opptak og kandidater på medisinstudiene i Norge er gjennomgått og kvalitetssikret ved de fire lærestedene, og vi presenterer her en tabell som viser antall studieplasser, opptatte studenter og uteksaminerte kandidater, samt kandidatmåltall og differansen mellom opptatte og uteksaminerte i siste tiårs-periode (2007–2018).

Tabell 3: Antall studieplasser, opptatte studenter og uteksaminerte kandidater, kandidatmåltall og differanse opptatte – uteksaminerte i perioden 2007–2018, medisinstudiet ved NTNU, UiB, UiO og UiT

Studieplasser	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NTNU	120	120	120	120	120	120	120	120	120	135	135	135
UiB	150	150	150	150	150	160	160	160	160	165	165	165
UiO	210	210	210	210	210	220	220	220	220	220	220	220
UiT	100	100	100	100	100	100	100	106	106	116	116	116
Totalt	**580**	**580**	**580**	**580**	**580**	**600**	**600**	**606**	**606**	**636**	**636**	**636**

Opptatte	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NTNU	120	122	120	119	124	122	121	119	130	137	139	145
UiB	159	158	161	154	148	176	168	179	164	173	181	171
UiO	210	210	210	210	210	210	220	220	220	220	220	220
UiT	95	90	92	95	109	108	112	108	119	128	107	110
Totalt	**584**	**580**	**583**	**578**	**591**	**616**	**621**	**626**	**633**	**658**	**647**	**646**

Uteksaminerte	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NTNU	106	114	110	105	113	87
UiB	139	141	134	152	133	170
UiO	195	192	185	188	179	188
UiT	92	75	83	91	84	95
Totalt	**532**	**522**	**512**	**536**	**509**	**540**
Kandidatmåltall nasjonalt		***562***	***562***	***562***	***562***	***562***

Differanse, opptatte – uteksaminerte, 6 år etter	2007-2013	2008-2014	2009-2015	2010-2016	2011-2017	2012-2018
NTNU	-14	-8	-10	-14	-11	-35
UiB	-20	-17	-27	-2	-15	-6
UiO	-15	-18	-25	-22	-31	-22
UiT	-3	-15	-9	-4	-25	-13
Totalt	**-52**	**-58**	**-71**	**-42**	**-82**	**-76**

Om tabell 3: Tilpasning til EUs General Data Protection Regulations (GDPR) gjør at statistikk basert på individdata i DBH publiseres i anonymisert form fra 1. juli 2018, dvs. avrundede tall. Kvalitetssikrede tall fra lærestedene gir utvalget en mer spesifikk oversikt her. Tilsvarende datagrunnlag finnes i Tilstandsrapport for høyere utdanning 2019 (DIKU, Rapportserie 05/2019), tabeller V2.17 (s.34–37) i vedleggsrapporten

Tabellen viser variasjon i antall studenter som ble tatt opp til studiene og i antall uteksaminerte kandidater. I denne perioden var antall studieplasser stabilt fram til 2012 da UiB og UiO fikk 10 nye studieplasser hver, og i 2016 da det kom 30 nye plasser fordelt på NTNU, UiB og UiT (jfr. tabell 2). Den årlige variasjonen i antall uteksaminerte skyldes mellom annet variasjon i antall opptatte studenter og variasjon i antall studenter som tar permisjon fra studiene og som faller fra. I snitt er 525 kandidater uteksaminert fra de norske lærestedene i året i perioden 2013-2018, med et spenn fra 509 til 540 uteksaminerte i året.

Innføringen av kandidatmåltall fra KD i 2014, og en parallell endring av finansieringssystemet i høyere utdanning, har ført til større grad av overbooking ved opptak. Kandidatmåltallene for fakultetene er til sammen 562 kandidater, slik det fremkommer av tabellen over. For lærestedene er fordelingen slik; NTNU: 114, UiB: 164, UiO: 200, UiT: 84. Kandidatmåltallene skiller seg fra fastsatte opptaksrammer for hvert fakultet, som igjen skiller seg fra de faktiske opptakstallene. Målsettingen for fakultetene er å ha et antall uteksaminerte kandidater som tilsvarer måltallene som er satt. I dagens situasjon ser vi likevel varierende oppfyllelsesgrad. Fakultetene opplever en dynamikk i opptakssammenheng (sammenheng mellom tilbudstall, antall ja-svar og antall oppmøtte) som har blitt mer uforutsigbar med årene. Kandidatmåltallene er basert på historiske tall, og gir i ulik grad rom for frafall ved de fire studiestedene.

Frafallet basert på tabellen over viser et gjennomsnittlig nasjonalt frafall på 10-11 % ved to ulike beregningsmåter på gruppenivå; antall uteksaminerte i forhold til studieplasser opptaksåret, og antall uteksaminerte i forhold til antall opptatt 6 år tidligere.

Fakultetene har i innspill til utvalget kommentert både dynamikken i opptakssammenheng og frafall av studenter underveis i studieløpet, og melder om ulik policy på registrering og oppfølging.

Det har historisk sett ikke vært praksis for å bytte studieplasser mellom lærestedene i Norge, men det kan forekomme skifte av studiested etter første studieår. Det har i tillegg vært forsøkt ordninger for nasjonal utveksling på enkeltemner, og den siste tiden har elektive emner åpnet opp for mulig utveksling mellom noen av lærestedene.

Andel leger som bør utdannes i Norge

Det antall studieplasser vi har i Norge i dag, 636 studieplasser, tilsvarer en andel på 47 % av de 1150 LIS1-stillingene som Helsedirektoratet anbefaler som ny dimensjonering (jfr. tidligere omtalt rapport IS-2802). Utvalget har gjort beregninger av antall nye norskutdannede leger på basis av den foreslåtte rammen på 1150 LIS1-stillinger, som i ny spesialistutdanning blir bestemmende for kapasiteten på legeutdanningen totalt sett. Volumet her vil påvirke antallet ferdige spesialister utdannet i Norge.

I beregningene har utvalget videre innarbeidet 10 % frafall fra profesjonsstudiet i medisin basert på siste års erfaringer ved lærestedene, et frafall som er lavt i forhold til mange andre studieprogram ved universitetene. I tillegg er det lagt inn at 5 % av kandidatene ikke starter i LIS1 på grunn av sykdom, uførhet eller at de går inn i andre typer arbeid. OECD legger til grunn at 5-10 % av utdannete leger innehar stillinger uten direkte pasientbehandling, som forskning, undervisning, administrasjon,

ledelse eller forvaltning. I Danmark beregner man at 100-200 av de nyutdannede hvert år går inn i andre stillinger, for eksempel legemiddelindustrien. Dette er mindre aktuelt i Norge, men erfaringsmessig er det en viss andel som ikke starter i klinisk virksomhet eller LIS1. Vi har valgt å legge inn 5 % i våre beregninger. Med utgangspunkt i helsetjenestens behov for 1150 LIS1-stillinger, og med tillegg for 10 % frafall og 5 % som ikke starter i LIS1, blir det samlede behovet i alt 1345 studieplasser for å klare målet om 1150 autoriserte leger, om vi skulle utdannet alle i Norge.

Tabellen under viser hvordan situasjonen ville sett ut hvis vi utdannet alle 1150 leger selv, og hvordan det ville vært ved en andel på henholdsvis 75 %, 80 %, 85 %, 90 % og 95 % utdannet i Norge.

Tabell 4: Antall nye studieplasser og studieplasser totalt etter andel leger utdannet i Norge, med innlagt 10 % frafall og at 5 % ikke starter i LIS1-stilling

Andel utdannet i Norge	Antall nye studieplasser	Antall studieplasser totalt
I dag (47 %)	0	636
75 %	373	1009
80 %	440	1076
85 %	508	1144
90 %	574	1210
95 %	643	1279
100 %	709	1345

Kilde: Grimstadutvalget

Utvalget er av den oppfatning at en andel på 80 % vil være den realistiske tilnærmingen til volum for utdanning av egne leger innen 2027.

Utvalgets vurdering

Det er i dag fire etablerte læresteder i Norge med fullverdig 6-årig medisinutdanning og et antall studieplasser som sist ble justert i 2016. Siste økninger i studiesteder var med Tromsø i 1973 og Trondheim i 1975. Det har kun vært marginale økninger av studiekapasiteten i medisin her i landet siden 2004, og da som rykkvise økninger ved ett til tre læresteder om gangen, og med relativt små tall.

Av tabell 3 ser vi at fakultetene siden 2007 har tatt opp flere studenter enn de har studieplasser til. Det å ta høyde for noe frafall, og dermed få uteksaminert et tilstrekkelig antall kandidater, synes å være hensikten. Etter 2014 kan innføring av kandidatmåltall ha forsterket overbookingen. Dagens kandidatmåltall gir fakultetene svært ulike muligheter til å oppnå dem, sett i forhold til antall studieplasser, og bør justeres.

I 1996 ble det satt et nasjonalt mål om 590 studieplasser i medisin, og det ble satt i verk tiltak, oppkjøpsordningen (1997–2004), for å nå målet så raskt som mulig. Andre metoder som i en historisk sammenheng har vært benyttet for å øke utdanningskapasiteten for norske leger, er etablering av kliniske studier på nye studiesteder (i Bergen i 1946 og i Trondheim i 1975), og etablering av klinisk studium ved et etablert studiested, Aker-Lørenskog-modellen, i tilknytning til UiO fra 1969. Disse

modellene var tilpasset den aktuelle tiden, og fungerte som løsninger for kapasitetsøkning da medisinstudiet hadde en tydelig todelt inndeling i preklinikk/klinikk.

Som omtalt over anbefalte Helsedirektoratet i 2007 en egendekningsgrad på 80-90 %. Legeforeningen har orientert utvalget om at deres anbefaling er 85 % dekning.

Utvalget har nøye drøftet og vurdert hva som bør være en ønsket egendekningsgrad for leger i Norge i årene framover. Et naturlig utgangspunkt kan være at vi bør utdanne *alle* legene vi trenger selv, gjennom våre egne statlige utdanningsinstitusjoner. I forrige kapittel så vi nettopp på de overordnede anbefalingene fra utvalget, i tråd med WHO-koden som forplikter Norge her.

Det finnes likevel momenter som tilsier at Norge i overskuelig framtid i noen grad fortsatt må basere seg på en andel utenlandsstudenter. Det viktigste argumentet er at vår faktiske kapasitet nå er så liten at det uansett vil være behov for en gradvis oppbygging av hensyn til planlegging, tilrettelegging av infrastruktur og innfasing av økte bevilgninger. Det er ikke mulig å innpasse en tilnærmet dobling av antall studieplasser i Norge uten en betydelig innsats fra myndighetene, utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene. Utvalget mener at denne innsatsen må konsentreres om en opptrapping som er forutsigbar for alle involverte, med en økning som ikke strekker seg over mer enn en 6-års periode.

Et annet argument for bevisst å legge seg lavere enn 100 % er den historiske kjensgjerning at Norge alltid har hatt et relativt stort innslag av utenlandsutdannede, og at dette ikke bare har vært en nødvendighet, men også har tilført den norske helsetjenesten faglige impulser fra den internasjonale medisinske verden. I utvalgets vurdering er det tatt høyde for at inntil 20 % kan ta hele utdanningen sin i utlandet.

I beregninger som utvalget har foretatt på basis av behov og foreslått dimensjonering av LIS1-stillinger tar vi utgangspunkt i at ny spesialistutdanning blir bestemmende for kapasiteten på legeutdanningen totalt sett.

Utvalgets anbefalinger:

Anbefaling B **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.**

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

For å kunne øke til det anbefalte volumet for studieplasser, ser utvalget samtidig at dette må innebære forutsetninger om endring av støtte til utenlandsstudier. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i kapittel 5, om *Medisinutdanning for norske studenter utenlands.*

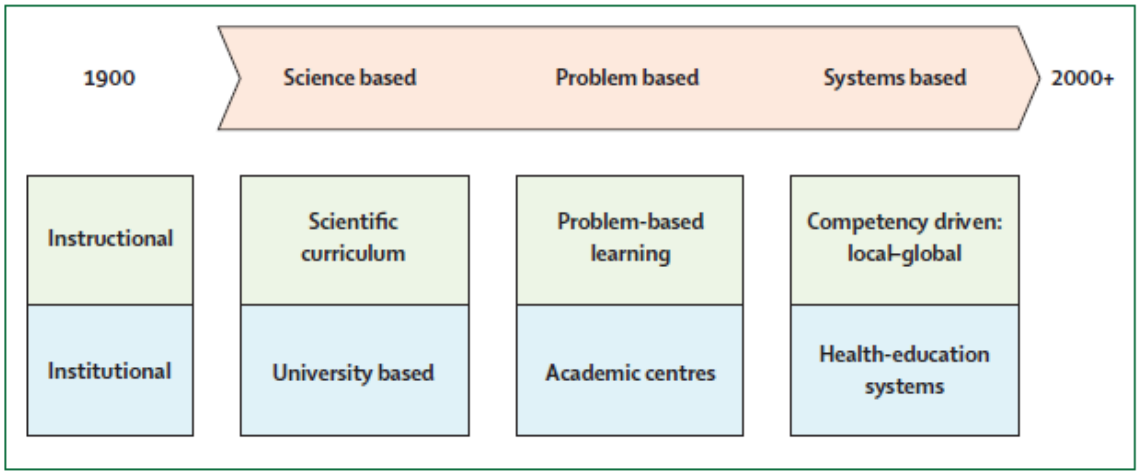
4. Medisinutdanning i Norge – innhold, studietilbud og struktur

Internasjonale trender og utvikling i studieplaner

I 2010 kom to internasjonale rapporter om medisinsk og helsefaglig utdanning som har fått mye oppmerksomhet, og - som vi skal se under – har preget utviklingen av de fire norske medisinstudiene.

En internasjonal bredt sammensatt Lancet-kommisjon presenterte en rapport med en omfattende vurdering av internasjonal helseutdanning med vekt på medisin, sykepleie og folkehelse (Frenk, Chen 2010). Den viser til tre generasjoner av reformer i medisinsk utdanning i det siste århundret. Det startet med Flexner-rapporten i 1910 som førte til en vitenskapelig basert medisinsk utdanning knyttet til universitet og etablering av preklinisk undervisning i forkant av klinisk undervisning på universitetssykehus.

Figur 7: Tre generasjoner av reformer i medisinsk utdanning



Kilde: Frenk J, Chen L et al., Lancet 2010; 376:1923-58 (side 1927)

Fra 1960-tallet ble det utviklet nye undervisningsmodeller. Undervisningen ble mer student-sentrert, det ble tatt i bruk problembasert læring (PBL) der studentene arbeidet i smågrupper og fagene ble undervist integrert i stedet for i fagspesifikke blokker. Studentene møtte pasientene tidligere i studiet, og fikk undervisning i å styrke lege-pasientrelasjonen. Klinisk undervisning ble utvidet til arenaer utenfor universitetssykehusene og til kommunene.

Rapporten til Lancet-kommisjonen identifiserer en ny, pågående reform. Den legger vekt på pasient- og populasjonssentrert utvikling av helsetjenester og helseutdanninger. Det innebærer kompetansebasert utdanning med tverrprofesjonell samhandlingslæring og teamarbeid, samt mer integrasjon mellom teoretisk og klinisk læring i studieløpene, teknologi-støttet læring og systemforståelse og ledelse. Forfatterne mener dette vil være et godt grunnlag for å møte behovene i framtidas helsetjeneste globalt. De legger også vekt på sosial ansvarlighet både lokalt og globalt.

Denne pågående utviklingen av utdanningene er blant annet drevet fram av FNs tusenårsmål. For å

oppnå både lokale og globale helsemål, trengs godt fungerende helsetjenester med godt utdannet helsepersonell globalt.

Carnegie foundation utga også en rapport om medisinsk utdanning i 2010 (Cook, Irby, O´Brien 2010), 100 år etter at de utga Flexner-rapporten. Her beskrives fire anbefalinger for medisinutdanning framover;

1) Standardisering av læringsutbyttebeskrivelsene og individualisering av læringsprosessene

2) Integrasjon av kunnskap og klinisk praksis, og tilbud om klinisk erfaring tidlig i studiet

3) Utvikling av studentenes kompetanse i forskning, forbedringsarbeid og innovasjon

4) Utvikling av profesjonalitet med profesjonelle verdier, handlinger, og mål som bygger på klinisk kompetanse, relasjonelle og kommunikasjons-ferdigheter, etikk og kunnskap om lovverk og å strekke seg mot mål som fremragende behandling, ansvarlighet, humanisme og altruisme. For å ivareta dette anbefales det at studentene har langvarige relasjoner til undervisere, medstudenter og pasienter, og at klinisk og teoretisk læring er tett integrert.

For å oppnå alt dette anbefaler de nye modeller for å undervise og lære medisin, og nye måter å organisere og finansiere klinisk utdanning på i samarbeid med alle involverte parter.

Disse rapportene er snart 10 år gamle, men innholdet er fortsatt gyldig og er synliggjort i det nasjonale RETHOS-prosjektet som vi skal gå nærmere inn på senere.

I 2018 ble det publisert en internasjonal artikkel som pekte på ti kjennetegn for framtidsrettede medisinstudier (Harden 2018). Disse kjennetegnene overlapper i stor grad med anbefalingene i de to nevnte rapportene. I tillegg vektlegges læring av det medisinske begrepsapparatet, kjernekompetanse, sentrale konsepter og om mulighetene i medisin i stedet for innlæring av detaljkunnskap. Kompetanse i å stille gode spørsmål og å finne den nødvendige informasjonen til enhver tid vektlegges som grunnlag for livslang læring. Det understrekes at medisinsk undervisning og lærere bør bli anerkjent, verdsatt og stimulert til videre pedagogisk utvikling, og at studentene bør ansees som partnere i utdanning med student-sentrert undervisning. Vurderingsprogram med vekt på vurdering *for* læring i tillegg til vurdering *av* læring anbefales.

Vi vil gjenkjenne flere av disse utviklingstrekkene i den seneste studieplanutviklingen for de 6-årige medisinstudiene i Norge, som omtales under.

Nasjonale prosesser - rammer for utdanningsfeltet

Det har vært et utstrakt samarbeid mellom de fire norske profesjonsstudiene i medisin de siste årene, og føringer for både helse- og utdanningsvirksomheten nasjonalt har løpt parallelt og drevet utviklingen framover.

På *helsefeltet* har flere sentrale stortingsmeldinger gitt føringer for utdanningene:

I St.meld. 47 om Samhandlingsreformen (2008–2009) ble det presentert et økt samarbeid mellom helsetjenester på alle nivåer, lokalt og regionalt. Det innebar blant annet en styrking av primærhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, og økt samarbeid mellom lokale og sentrale helsetjenester på spesialistnivå.

I St.meld. 13 (2011–12) *Utdanning for velferd – samspill i praksis*, fremheves områder som må styrkes i et samspill mellom utdanningene og praksisarenaene. Her er kompetanse i tverrprofesjonelt

samarbeid, kunnskap om velferdssystemet og helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen viktig.

I St.meld. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* drøftes personell og kompetanse i forhold til målene i samhandlingsreformen, og hvordan kommunenes ansvar for utdanningsoppgaver kan ivaretas - blant annet i lys av behovet for bedre praksisundervisning.

HelseOmsorg21 (HO21) er en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (2014). Et av målene i strategien er fremragende forskning av høy internasjonal kvalitet og betydninger. Et av satsningsområdene som er relevant for vår utredning er "Kunnskapsløft for kommunene".

I St.meld. 26 (2014–15) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, var det fokus på økt kompetanse og bedre ledelse og teamorganisering for å skape mer helhetlig tjeneste i kommunene.

På *utdanningssiden* er det også likeledes i siste tiårsperiode lagt mange føringer som har påvirket medisinstudiene:

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR 2011) og fokus på læringsutbytte har ledet til prosesser med å tilpasse undervisnings- og vurderingsformer til målene for læringsutbytte, og styrket utviklingen av studentaktiviserende læringsformer. I tillegg har NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga) bidratt til et tydelig fokus på kvalitet i utdanningene.

I St.meld. 16 (2016–2017) *Kultur for kvalitet i høyere utdanning* fremheves utdanningsinstitusjonenes avgjørende rolle i å tilby oppdaterte og relevante utdanninger som motiverer til læring og gjennomføring, og som sikrer det nødvendige samspillet med samfunnet og studentene.

Innen høyere utdanning har det i samme periode vært omfattende strukturelle endringer på institusjonsnivå, der hovedoverskriften på prosessene har vært samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon (SAK). Flere utdanningsinstitusjoner har fusjonert, med målsetting om å styrke kvaliteten og graden av robusthet. Forut for denne utviklingen ble det i årene 2004 og 2011 gjort fagevalueringer i regi av Norges Forskningsråd (NFR 2004, NFR 2011), som viste at medisinsk forskning i Norge på mange felt har for små og fragmenterte miljø. Det har derfor i nasjonal sammenheng vært anbefalt å etablere større og mer robuste fagmiljø.

Profesjonsstudiene i medisin i Norge

Hovedmodellen for medisinstudiene i Norge er et 6-årig integrert profesjonsstudium, som leder fram til graden cand.med. og autorisasjon som lege. De seks studieårene er en kombinasjon av medisinske basalfag, parakliniske, kliniske og samfunnsmedisinske fag, med egne perioder i studiet der studentene er i praksis ved sykehus/ i spesialisthelsetjeneste og hos fastleger/i kommunehelsetjenesten. Antall uker med ekstern praksis varierer mellom studiestedene, anslagsvis 24 uker i snitt. I tillegg kommer klinisk undervisning i sykehus og helsetjeneste lokalt, i tilknytning til studiestedet. Nærmere gjennomgang av begreper, lovreguleringer og volum på dette feltet kommer i kapittel 8, om *Praksis som del av medisinstudiene i Norge*.

Utviklingen av studieplanene nasjonalt har de siste årene vært omfattende. Til tross for tett samarbeid på tvers, har studieplanene ulik profil og oppbygging fra lærested til lærested.
Vi ser kort på hver utdanning for seg, med de medisinske lærestedene i alfabetisk rekkefølge:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitetet (NTNU): Har en studieplan karakterisert av tidlig pasientkontakt, fagintegrasjon og spirallæring. Studiet er kompetansebasert, og benytter problembasert læring og andre studentaktiviserende undervisningsformer, og har 3 langsgående tråder; helsefremmende og forebyggende medisin, profesjonalitet og kommunikasjon og vitenskapelighet. Studentene tar semestervise eller årlige eksamener med bestått/ikke-bestått. Studentene skriver en vitenskapelig oppgave på 30 studiepoeng (sp). Kullet deles i to i 3. – 5. studieår. Det er desentral utdanning på Levanger, fra 3. studieår med 16 studieplasser.

Universitetet i Bergen (UiB): Den nye studieplanen fra 2015 har tre søyler; fagsøyle, akademisk søyle og profesjonalitetssøyle. Studieplanen er semesterbasert, karakterisert av tidlig praksis, mentorgrupper, elektive emner og fagintegrasjon. Den pedagogiske hovedmodellen er teambasert læring, med sterke innslag av case-basert undervisning. Eksamener gis hvert semester og er integrerte, de vurderes med gradert karakterskala. Studentene skriver en vitenskapelig oppgave på 20 sp. Kullet deles i to etter 3. studieår.

Universitetet i Oslo (UiO): Studieplan Oslo 2014, har en kompetansebasert utdanningsmodell med integrerte moduler, spirallæring og studentaktiviserende undervisning med blant annet gruppeundervisning og teambasert læring. Studentene tilbys valgfrie emner og valgfri fordypningspraksis. KLoK-fagene (kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring) er videreført. Integrerte semestervise eksamener vurderes med gradert karakterskala på skriftlige (digitale) eksamener og bestått/ikke bestått på muntlige/kliniske eksamener. Studentene skriver en vitenskapelig oppgave på 20 sp. Studiet har to kull i året med opptak vår og høst.

Universitetet i Tromsø (UiT): Ny studieplan fra 2012 har tidlig pasientkontakt og praksis, samt vekt på faglig integrasjon, spirallæring og casebasert læring i tillegg til utvikling av profesjonell kommunikasjon og vitenskapelig kompetanse. Studentene deltar i en mentorordning gjennom hele studiet. Årlige, integrerte eksamener vurderes med bestått/ikke bestått. Studentene skriver en masteroppgave på 20 sp. Fra 5. studieår er utdanningen i tillegg desentralisert til Nordland og Finnmark.

Alle de fire studiestedene har gjennom studieplanarbeidet utviklet variasjonen i undervisnings- og vurderingsformer, og har etablert enheter i medisinsk og helsefaglig pedagogikk for å jobbe systematisk med kompetanseheving blant undervisningspersonell for å heve kvaliteten på undervisning. Alle fire har i flere år hatt et internasjonalt semester med undervisning på engelsk og utveksling for studenter.

Samarbeid om medisinutdanningen

Utdanningsledelsen ved de fire fakultetene med profesjonsstudium i medisin har faste møtepunkt med utdanningsmøter to ganger per år og det årlige dekanmøtet i medisin, møter som er forankret i modellen med nasjonale fagorgan og nasjonale dekanmøter i medisin i tilknytning til Universitets- og høgskolerådet (UHR). Disse møtene har vært og er en viktig arena for utvikling av medisinstudiene.

Medisinstudiene har forholdt seg til føringer i de sentrale meldingene som er nevnt tidligere, og i studieplanarbeid lokalt er flere tiltak iverksatt:
- styrking av allmennmedisinens og aldersmedisinens plass

- styrking av tverrprofesjonelle tiltak og økt vekt på samarbeidslæring
- sterkere integrering mellom basalfag, teori og pasientnær klinisk undervisning
- sterkere vektlegging av identitet som lege og pasientkontakt tidlig i studiet, utøving av legeyrket

Da turnusordningen for leger ble lagt om fra 2012 (jfr. omtale i kapittel 2) innebar det utstedelse av autorisasjon etter endt grunnutdanning. I og med at turnustjenesten fram til da hadde fungert som den perioden der en som lege fikk den viktigste praktiske treningen, måtte grunnutdanningene gi innøving og testing av praktiske ferdigheter større plass i studiet. En konsekvens av dette ble samordning mellom lærestedene i form av felles overordnet læringsutbyttebeskrivelse og nasjonale lister for felles praktiske ferdigheter og kliniske undersøkelser. Videre har dette ført til økt behov for å teste praktisk-kliniske ferdigheter i studiet, og det er innført nye lærings- og vurderingsformer. Alle fakultetene har blant annet innført en internasjonal anbefalt klinisk eksamensform omtalt som OSKE (objektiv strukturert klinisk eksaminering), hvor studentene går fra stasjon til stasjon og løser oppgaver for å vise sine ferdigheter innen kommunikasjon, undersøkelsesteknikk og praktiske prosedyrer.

De fire fakultetene i Norge med profesjonsstudium i medisin har etablert et nasjonalt prosjekt med en felles nasjonal delprøve i siste studieår. Studentene fra alle de fire fakultetene har en felles digital prøve som er utarbeidet i fellesskap mellom fagansatte ved fakultetene. Det arbeides videre med målsetning om at delprøven skal videreutvikles til å bli en felles skriftlig eksamen i Norge fra 2021.

RETHOS (Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene)

RETHOS er en del av et nytt styringssystem for alle helse- og sosialfagutdanninger i Norge, og er knyttet til flere stortingsmeldinger. Målet er at utdanningene er framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. Arbeidet er et samarbeid mellom fire departement og er organisatorisk plassert i KD. Det utarbeides og vedtas nasjonale retningslinjer som beskriver nasjonale minstestandarder for sluttkompetanse innen hver grunnutdanning, utformet som nasjonale læringsutbyttebeskrivelser. Retningslinjene blir førende for utdanningsinstitusjonenes arbeid med studieprogrammene.

Forslag til retningslinjene for medisinutdanningen har vært på bred høring og skal vedtas i KD høsten 2019, i form av en forskrift, og implementeres fra høst 2021 (RETHOS, høring 2018). Forslaget inneholder læringsutbyttebeskrivelser som er delt inn i sju kompetanseområder; Medisinsk ekspertise, Kommunikasjon, Ledelse og systemforståelse, Samarbeid, Folkehelse og samfunnsmedisin, Forskning, vitenskapelighet og innovasjon og Profesjonalitet. Forslaget beskriver medisinutdanning i Norge som et 6-årig integrert studieløp med integrert klinisk undervisning og ekstern praksis. Pasientsentrert metode i møte med pasienter vektlegges. Forslaget beskriver at omfanget av praksis skal være minimum 24 uker og at minst 10 ukers praksis bør gjennomføres i primærhelsetjenesten.

Det er en målsetting at tjenestene skal være tett på utdanningene, og retningslinjene skal bidra til kvalitetssikring og styrking av rammene for den norske legen.

Endringer i spesialistutdanningen

De endringene som i siste periode er gjort i spesialistutdanningen for leger virker også inn på grunnutdanningen i medisin. Det ene er framskynding av tidspunktet for utstedelse av autorisasjon, som omtalt tidligere. Det andre er faglig og pedagogisk profil på utdanningen.
Ny spesialistutdanning er innført med mål om økt kvalitet i utdanning for bedre pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten, og å gjøre det lettere å tilpasse spesialistkompetansen når behovene i helsetjenesten endrer seg. Utdanningen er nå kompetansebasert, med definerte læringsmål som kandidatene må oppfylle; både spesifikk kompetanse innenfor sin egen spesialitet og felles kompetanse i kommunikasjon, pasientmedvirkning, kvalitetsutvikling og annet som alle leger må beherske. En felles første del av spesialistutdanningen (LIS1) skal sikre at alle leger har den samme grunnkompetansen før videre spesialisering. Kandidater som er utdannet i Norge, har en del av denne kompetansen med seg fra studiet, men får praktisert den med større selvstendighet som LIS1. Samtidig får kandidater utdannet i andre land anledning til å oppøve den samme kompetansen innenfor en norsk kontekst.

I hele spesialiseringsløpet stilles det krav om tettere oppfølging med supervisjon i det daglige arbeidet og regelmessig veiledning av kompetente veiledere. Kandidatene skal få sin kompetanse vurdert og oppnådde læringsmål godkjent fortløpende. Arbeidsgiver (helseforetakene, kommunene og eventuelt andre virksomheter) har fått et større ansvar for å legge til rette for læringsaktiviteter og å dokumentere oppnådde læringsmål, tettere oppfølging med regelmessig veiledning, krav til formell veilederkompetanse hos veiledere, vurdering av kompetanse og godkjenning av oppnådde læringsmål. Disse endringene innebærer at faglig oppfølging og vurdering i henholdsvis grunn- og spesialistutdanningen nå er mer like i formen enn før. Mer likhet i rammene, og bedre veiledningskompetanse på arbeidsgiversiden, vil på sikt kunne bidra til bedre oppfølging av kandidater på grunnutdanningen i klinisk undervisning og praksis.

Rammer for gradsinndeling

I utviklingsfasen av nye studieplaner ved fakultetene rundt 2010 var det spredte drøftinger av mulig gradsinndeling i bachelor-master også for medisin. UiB konkretiserte en mulig ny gradsinndeling i sitt studieplanarbeid, og dette ble kommentert i Stortingsmelding 13 (2011–2012, punkt 9.7.2 Medisin). Meldingen sa at regjeringen ville gå i dialog med universitetene om endringer i grunnutdanningen i medisin i lys av endrede behov i yrkesfeltet. Videre at de ville åpne for at medisinstudiet kunne organiseres i en treårig bachelorgrad fulgt av en treårig mastergrad, forutsatt at bachelorgraden skulle fungere som en selvstendig yrkeskvalifikasjon.

I sin videre utredning av saken våren 2016 hadde UiB et møte med KD som svarte at det ikke var aktuelt å endre studiestrukturen med å etablere 3-årig master i medisin. Ved ny henvendelse til KD fra dette utvalget våren 2019, ble det bekreftet at det fortsatt ikke er aktuelt med 3-årig master i medisin i Norge.

I henhold til EU-krav (Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, EU-direktiv 2005/36/EF) skal den medisinske grunnutdanningen omfatte minst seks års studier eller 5500 timers teoretisk og praktisk undervisning ved et universitet eller under tilsyn av et universitet. For en norsk utdanning i medisin innebærer dette et minimumstimetall organisert undervisning på 20 timer per uke, og 40 timers uke total arbeidsinnsats, fordelt på 240 ukers studium (6 år x 40 undervisningsuker).

Rammer for gradstildeling

Hvilke rettigheter utdanningsinstitusjonene har for tildeling av grader reguleres av *Forskrift om grader og yrkesutdanninger, beskyttet tittel og normert studietid ved universiteter og høyskoler* (ikrafttredelse 16. desember 2005, sist endret januar 2018). Graden candidata/candidatus medicinae (cand.med.), med normert studietid 6 år, kan i dag tildeles av NTNU, UiB, UiO og UiT.

For å kunne tildele en grad er det et tilknytningskrav som er regulert i *Forskrift om godskriving og fritak av høyere utdanning* (godkjenningsforskriften). Forskriften trådte i kraft 1. januar 2019, og angir at minst 60 studiepoeng som skal inngå i grunnlaget for graden, må være avlagt ved institusjonen. Den utdanningen eller kompetansen som skal godkjennes må være i samsvar med de faglige kravene for den aktuelle graden, og det samlede læringsutbyttet for graden skal være likeverdig det som gjelder for dem som tar hele utdanningen ved institusjonen. Tilknytningskravet til gradsgivende institusjon er gjort nærmere rede for i rundskrivet som følger forskriften (F-04-18).

Vi kommer nærmere tilbake til disse rammene i kapittel 8 når innspillene om 6-årige og 3-årige studiemodeller drøftes. For å vise hele bredden av medisinsk utdanning i Norge ser vi her først på det som tilbys i regi av private høyskoler, og der reguleringene synliggjøres i samme forskrift om grader og yrkesutdanninger som nevnt over – under forskriftens kapittel 3 om private institusjoner.

Andre tilbud innenfor medisinutdanning, kombinasjon innenlands og utenlands

I tillegg til de fire fullverdige profesjonsstudiene i medisin i Norge er det også andre tilbud som tilrettelegger for medisinstudier for norske søkere. Noen aktører tilbyr en grunnpakke på 1 eller 3 år i Norge med videre studieløp på utvalgte studiesteder i utlandet. Noen fasiliterer opptaksprosessen til medisin, som ledd i samarbeidsavtaler med studiesteder i utlandet.

Modell med tilrettelagt opptak, et års grunnpakke

Det gis tilbud om årsenheter/årsstudium i medisinske basalfag ved enkelte private høyskoler i Norge, og fullført årsstudium fungerer som et forberedende år eller som opptaksgrunnlag for videre medisinstudier i utlandet. Det er samarbeid med utenlandske læresteder i Ungarn, Polen og Slovakia, der et begrenset antall studenter kan starte direkte på 2. året medisin. Studenter tilegner seg kunnskap for å bestå opptaksprøven til utenlandsk universitet, og det er tilrettelagt lokalt for å søke opptak. Dette gjelder:

- Atlantis medisinske høyskole – Årsstudium i grunnleggende medisin
- Bjørknes høyskole – Årsenhet i medisinsk biologi

Modell med tilrettelagt opptak, tre års grunnpakke

I tillegg til modellen med ettårige studietilbud i Norge er det også mulighet for 3-årige studieløp, bachelor innen medisin/biomedisin, og påbygging med 4-årig klinisk medisinutdanning i utlandet. For at en bachelor skal kunne gi grunnlag for opptak til den 4-årige kliniske utdanningen, må studenten fylle spesifikke opptakskrav og bestå en opptaksprøve.
Dette gjelder:

- Atlantis medisinske høyskole – Bachelor i medisin (akkreditert f.o.m. april 2008, revidert 2013)
- Høyskolen Kristiania – Bachelor i biomedisin, tilbud f.o.m. høsten 2019

Modell med tilrettelagt opptak

Enkelte aktører har tilbud om informasjon og veiledning gjennom hele søknadsprosessen for medisinstudier utenlands, og har etablert samarbeid med noen av universitetene i Polen, Tsjekkia og Ungarn. Tilbudet gjelder også andre helsefagtilbud, som bl.a. odontologi, farmasi, fysioterapi, psykologi og veterinærstudier. Rollen som inntakskontor letter søknadsprosessen for norske søkere.

Aktørene veileder søkeren gjennom opptakskrav, frister, søknadspapirer og andre formalia, og gjennomfører også opptaksprøver lokalt. I tillegg arrangeres intensivkurs i realfag i forkant av stedlige opptaksprøver.
Dette gjelder:

- Bjørknes høyskole – opptaksprøver og intensivkurs som forberedelse
- Agder vitenskapsakademi - nordisk inntakskontor, samarbeider med polske og tsjekkiske universiteter
- Study Outside Norway (SONOR), en organisasjon som jobber med å hjelpe studiesøkende norsk ungdom til opptak ved en rekke studiesteder i utlandet – blant annet medisinstudier

Nærmere informasjon om samarbeidsuniversitetene utenlands og antall studieplasser i relasjon til de 1-årige og 3-årige studieoppleggene kommer i kapittel 5.

Utvalgets vurdering

Som gjennomgangen i dette kapittelet viser, har det skjedd mye på utdanningsfeltet det siste tiåret. Norge har som konsekvens av europeiske føringer vært rask med endringer og tilpasninger til direktiver på utdanningsområdet, blant annet med nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og fokus på studentenes læringsutbytte. Samtidig har medisinutdanningene i Norge fulgt de internasjonale trendene tett i sin studieplanutvikling, og hovedtrekkene fra Lancet-kommisjonen er ivaretatt. Studiene har utviklet seg i en mer student-sentrert retning som gjenspeiler den pasientsentrerte metoden i møte med pasienter som RETHOS legger til grunn.

For alle helse- og sosialfagutdanninger i Norge har det vært nasjonale prosesser knyttet opp mot helsepolitiske målsettinger og tett samarbeid mellom utdanning og praksisfeltet. For medisinstudiene har det vært omfattende studieplanprosesser med tett samarbeid nasjonalt. Den tidligere omtalen av studiene som inndelt i preklinikk/klinikk er nå erstattet av det som omtales som *integrerte studieprogram*, der klinisk praksis og pasientkontakt sikres allerede fra første studieår. Vi har sett at denne utdanningsprofilen - med helsetjenestene tett på utdanningene - også fastholdes gjennom arbeidet med RETHOS for medisinutdanningen. Vi har også sett at endringene i spesialistutdanningen i medisin følges tett av – og henger sammen med – utviklingstrekk i grunnutdanningen.

På grunnlag av den utviklingen som er gjort rede for i dette kapittelet vil utvalget anbefale en studiemodell basert på et 6-årig integrert studieprogram. Nærmere utdyping og nyansering av denne anbefalingen kommer vi tilbake til i kapittel 8.

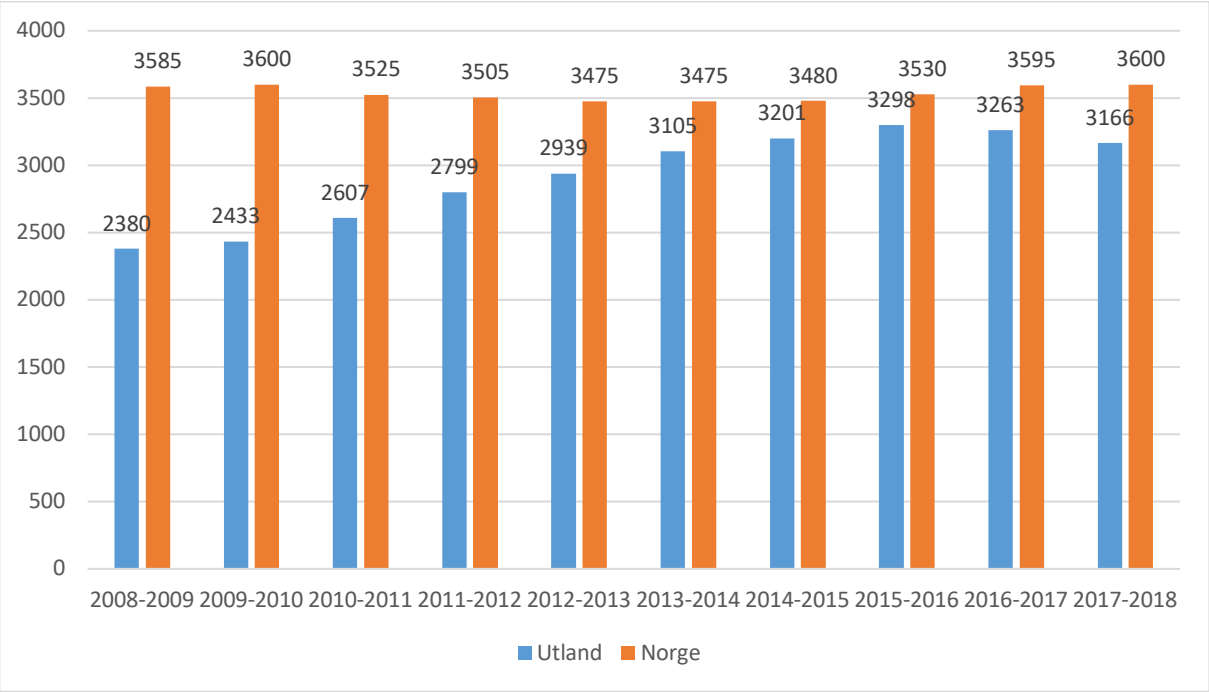
Anbefaling E **Utvalget anbefaler at modellen for medisinstudier i Norge skal være basert på 6-årige integrerte studieprogram.**

5. Medisinutdanning for norske studenter utenlands

Studieplasser og studenttall – utvikling og status

Antall norske studenter som studerer medisin utenlands har økt betydelig i siste tiårsperiode; fra totalt 2380 studenter i studieåret 2008-09 til 3166 studenter i studieåret 2017-18 (kilde: Lånekassen). Sammenliknet med antallet norske medisinstudenter ved de fire lærestedene i Norge på totalt 3600 i 2018 (kilde: DBH), utgjør norske medisinstudenter i utlandet nå 47 % av alle norske medisinstudenter.

Figur 8: Antall medisinstudenter Norge og utland, undervisningsårene 2008 - 2018



Kilde: Lånekassen (medisinstudenter utland) og DBH (norske studenter)

Et trekk ved utviklingen er at hovedvekten av norske medisinstudenter utenlands tar studiene i et knippe sentraleuropeiske land, med Polen, Ungarn og Slovakia som de tre med flest studenter. I disse landene er det noen få universitet som gjennom tilbud om engelskspråklige medisinstudier har bygget opp store internasjonale studentmiljø, og på noen av studiene dominerer norske studenter. I Polen var det totalt 1201 norske medisinstudenter i studieåret 2017–18, med en jevn økning år for år fra 957 studenter i studieåret 2008–09.

Andre land der mange norske studenter tar medisinutdanning er Danmark, Tsjekkia og Latvia. Av de ti landene med dagens største antall norske studenter er det Latvia og Slovakia som har hatt størst vekst av norske medisinstudenter i perioden – med en økning på henholdsvis 80 % og 55 %.

Tyskland har historisk sett utdannet mange norske leger, men har en stadig synkende andel; fra 102 studenter i studieåret 2008–09 til bare 19 studenter i 2017–18.

Tabellene under viser utviklingen i studenttall i de landene med flest norske medisinstudenter (tabell 5) og de lærestedene som hadde over 100 norske medisinstudenter i studieåret 2017/18 (tabell 6).

Tabell 5: Norske medisinstudenter i utlandet, utvikling i perioden 2008/09–2017/18

	Antall studenter per undervisningsår									
Studieland	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Polen	957	1111	1204	1259	1283	1260	1270	1288	1241	1201
Ungarn	483	491	515	548	561	540	573	576	579	521
Slovakia	204	245	291	333	406	440	433	431	451	457
Danmark	261	135	129	152	139	324	350	414	390	392
Tsjekkia	185	182	185	204	230	254	246	246	227	210
Latvia	28	45	63	88	105	91	135	127	144	142
Tyskland	102	79	66	56	44	32	28	25	20	19
Romania	20	34	49	57	62	53	47	39	35	21
Storbritannia	30	29	28	31	23	23	19	19	19	16
Irland	36	23	16	13	13	7	8	10	12	13
Kroatia	3	3	3	2	4	9	12	24	32	38
Sverige	11	9	8	11	11	9	9	14	20	25
Bulgaria	1	1	2	5	14	11	11	19	25	34
Andre land	59	46	48	40	44	52	60	66	68	77
Totalsum	2380	2433	2607	2799	2939	3105	3201	3298	3263	3166

Kilde: Lånekassen

Tabell 6: Norske medisinstudenter i utlandet, læresteder med over 100 studenter i 2017/18. Utvikling fra studieåret 2008–09

Lærested	Land	2008-2009	2017-2018
Comenius University, Martin	Slovakia	198	373
Jagiellonian University in Krakow	Polen	260	345
Semmelweis University of Medicine	Ungarn	154	262
Syddansk Universitet, alle avdelinger	Danmark	105	233
Pécs University (inkl. Janus Pannonius University)	Ungarn	171	226
Pomeranian Medical University in Szczecin	Polen	218	156
Riga Stradins University	Latvia	22	139
Poznan University of Medical Sciences	Polen	108	125
Medical University of Bialystok	Polen	112	118
Charles University (inkl. 3rd Faculty of Medicine), Praha	Tsjekkia	131	116
Medical University of Lublin	Polen	66	111
Medical University of Gdansk	Polen	36	102

Kilde: Lånekassen

Danmark har, som vi i neste kapittel omtaler nærmere, en studiemodell i medisin med 3 år bachelor + 3 år kandidat som i teorien gjør det mulig å vurdere innpassing av studenter fra andre læresteder de tre siste studieårene av medisinstudiet. En viss andel av norske medisinstudenter som har startet på studier i et annet europeisk land søker seg videre til Danmark (primært Syddansk universitet/

Odense) etter 3 år, og fullfører medisinstudiet der. Tall fra Lånekassen viser at totalt 307 norske studenter fra læresteder i Europa byttet studieland til Danmark i perioden 2008/09 til 2017/18. Av disse kom 111 studenter fra læresteder i Polen, 71 fra læresteder i Tsjekkia, 59 fra læresteder i Slovakia og 45 fra læresteder i Ungarn. I dialog med studenttillitsvalgte for norske medisinstudenter utenlands har utvalget fått bekreftet at det har vært en kjent mulighet å kunne søke seg over til Danmark/Odense underveis i studiene, og at mange har planlagt med dette helt fra starten av.

I rapporten *Til hvilken pris – om norske gradsstudenter i utlandet* (SIU-rapport 01/2016) belyses fakta om utviklingen for gradsstudier generelt, men også spesifikt for medisinutdanning. Medisin er den helseprofesjonsutdanningen i Norge med flest utenlandsstudenter, og sammenliknet med øvrige studier er det kun økonomistudier utenlands som har en høyere andel studenter. Det beskrives i rapporten hvordan den svake tilveksten av studieplasser i medisin nasjonalt påvirker søknaden til utenlandsstudier: «*. I en situasjon med konstante søkertall vil dette bety at personer som ønsker å studere medisin, i økende grad er nødt til å vurdere læresteder i utlandet»* (s. 68). I vår omtale av studieplassutviklingen for medisinstudiet i Norge i kapittel 3, så vi at veksten har vært lav siden starten av 2000-tallet.

I rapporten fra Oslo Economics (s. 18) er det laget framskrivninger som viser at det innen ti år vil være flere norske medisinstudenter som utdannes i utlandet enn ved norske universiteter. I framskrivingene er det lagt til grunn en årlig vekst av medisinstudenter i utlandet på 3,3 %.

Veien til utenlandsstudier

En rapport fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) belyser motiver og begrunnelser for valget om å studere medisin i utlandet, basert på en spørreundersøkelse til alle som var registrert som medisinstudenter i utlandet studieåret 1998–99 (Wiers-Jenssen, 2000). Det oppgis flere faktorer som spiller inn, men rapporten peker blant annet på de strenge opptakskravene i Norge som hovedårsaken til at mange har valgt å studere utenlands. En artikkel om dette (Wiers-Jenssen, Aasland 2001) beskriver den sterke motivasjonen for å nå målet om å bli utdannet til lege: «*Studier i utlandet er primært et middel for å nå målet om å bli lege. Mønsteret i medisinstudentenes begrunnelser for å reise ut viser stort samsvar med studenter innen andre helsefag. Også disse har problemer med å komme inn i Norge, og fremfor å velge en annen utdanning, eller ta opp flere eksamener fra videregående skole, reiser de ut for å realisere sine utdanningsambisjoner.»* På spørsmål om hva som avgjør valg av studiested er «tilfeldigheter» den enkeltfaktor som tillegges størst betydning, og oppgis å ha hatt nokså stor eller avgjørende betydning for 55 % av studentene.

I tidligere nevnte rapport fra SIU (01/2016) sies det at norske medisinstudenter synes å velge studiested basert på avveininger mellom blant annet tilgang, pris og tilfredsstillende kvalitet. Det legges til at også kommersielle agenter spiller en viktig rolle i å kanalisere norske medisinstudenter i retning av bestemte land og institusjoner.

Utvalget har gjennom tilbakemeldinger fra de private høyskolene sett på hvilke avtaler og samarbeidsrelasjoner de forvalter innenfor tilbudene om medisinutdanning for norske studenter. Vi ser at mange av de mest populære studiestedene for norske medisinstudenter utenlands er koblet til samarbeid som kombinasjonsløsninger med private høyskoler i Norge.

Tabellen under gir en sammenstilling av dagens samarbeidsrelasjoner, og angir også tall plasser som ligger i de aktuelle avtalene.

Tabell 7: Samarbeid private høyskoler – utenlandske universitet

Private høyskoler	Tilbud/avtale	Samarbeidsuniversiteter	Antall plasser for norske studenter
Bjørknes	Årsenhet i medisinsk biologi, videre inn på 2. år medisin	University of Pecs, Ungarn Medical University of Gdansk, Polen*	Inntil 75 studenter per år Inntil 30 studenter per år
Atlantis	Årsstudium grunnleggende medisin, videre opptak til fullt medisinstudium Bachelor i medisin, videre inn på 4-årig medisinstudium	Comenius University, Martin, Slovakia Medical University of Lodz, Polen	Ikke fastsatt. Inntil 20 studenter per år
Høyskolen Kristiania	Bachelor i biomedisin (40 st.pl.), videre inn på 4-årig medisinstudium	University of Nicosia, Kypros (som gir medisinsk utdanning fra St. Georges University, England**)	Ikke fastsatt antall. (De som består opptakskrav etter fullført bachelor kan søke)

* Erstatter nylig utgått avtale med Comenius University, Martin, Slovakia
**Etter fullført studie må de søke om å ta Foundation year i England for å få autorisasjon.

Verdien av internasjonale impulser

Internasjonalisering i høyere utdanning er et uttalt mål i norsk utdanningspolitikk, og i St.meld. nr. 14 (2008–09) *Internasjonalisering av utdanning* skisseres den nasjonale målsettingen for hvordan Norge skal sikre kvalitet, kunnskap og erfaring av internasjonal karakter gjennom utdanning både ute og hjemme.

I den historiske utviklingen på internasjonaliseringsfeltet har det opp gjennom årene vært drøftinger av hvorvidt en kan sette likhetstegn mellom internasjonalisering av utdanning og *studier i utlandet.* For å kompensere for manglende dimensjonering av utdanningskapasitet hjemme, kan det for noen studier – blant annet medisinstudiet – ha vært oppfattet som et vikarierende argument.

En sentral målsetting med internasjonalisering av utdanning er at det skal øke kvaliteten i opplæringen, slik det refereres til i rapport fra SIU (01/2016). Det kommenteres der at noen av de mest populære institusjonene blant norske gradsstudenter utenlands verken ligger i topp- eller mellomsjiktet på nasjonale og internasjonale indikatorer for kvalitet. I rapporten omtales det slik (s. 78):
«*Et spørsmål er da hva dette gjør med målet om økt kvalitet, og hvilken rolle apparatet rundt utvekslingsordningene spiller for å legge til rette for studentenes valg av utdanningsinstitusjon.*»

Utvalget har ved gjennomgang av de mest populære studiestedene for norske medisinstudenter i utlandet sett at det er en stor andel engelskspråklige tilbud, og ofte har de internasjonale studentene egne studieopplegg. I en drøfting av målsettinger med internasjonalisering av utdanning er dette et aspekt som kan nyansere saken.

En stor andel internasjonaliseringsarbeid inngår også som del av utdanningstilbudene i medisin i Norge, og studentene ved alle de fire profesjonsstudiene har et bredt tilbud om utvekslingsopphold utenlands. Oppholdene er en integrert del av studiene. Noen har internasjonale opphold i ett semester, noen som del av praksisperioder og noen som mer utstrakt samarbeid i tilknytning til forskningsaktiviteter i studiet. Det er i snitt om lag 30 % av norske medisinstudenter som har ett eller flere utvekslingsopphold som del av sitt studieløp i Norge (tall innhentet fra fakultetene). Parallelt med mobiliteten av utreisende norske studenter, kommer studenter fra universitetenes samarbeidspartnere på utvekslingsopphold i Norge – blant annet på det engelskspråklige semesteret som alle medisinstudiene har.

Som en del av nettverksbygging og utviklingsarbeid for studiene hjemme brukes internasjonale samarbeidsarenaer aktivt av universitetene, og program som Nordplus og Erasmus+ er helt sentrale. Både UiB og UiS deltar også i en ny ordning med *European universities*, UiS som partner i nettverket European Consortium of Innovative Universities (ECIU).

Utvalget ser at internasjonalisering er noe det kan stimuleres til både hjemme og ute, og er opptatt av at en eventuell kapasitetsøkning for medisinstudiet i Norge ikke er ensbetydende med at internasjonalisering for medisinutdanningen reduseres dramatisk.

Finansiering av medisinstudier i utlandet

Norge har gode støtteordninger for høyere utdanning, og det statlige forvaltningsorganet Lånekassen administrerer ordningene. Lånekassen utfører oppgavene sine i samsvar med KDs styringssignaler og retningslinjer. For å ha rett til lån og stipend må søker være student i en utdanning som er godkjent for støtte. Som norsk medisinstudent har du rett på lån og stipend. Studenter som studerer medisin i Norge har rett til basisstøtte, mens studenter som studerer i utlandet i tillegg har rett til å få lån og stipend til skolepenger og reisestøtte.

Basisstøtten fra Lånekassen er en utbetaling for å bidra til å dekke leve- og bokostnader for studenter under studieløpet. Den er i studieåret 2019–20 på 121 220 kroner og er uavhengig av kostnadsnivået i det landet en studerer. Støtten utbetales som et lån, hvor 40 prosent av lånet kan bli gjort om til stipend under gitte forutsetninger.

Studenter som må betale skolepenger i utlandet kan få ekstra støtte, både som lån og stipend. Det er beløpet studenten skal betale til lærestedet i skolepenger som avgjør hvor mye studenten får i skolepengestøtte fra Lånekassen. Støtte til skolepenger skal gå til å dekke skolepenger og/eller andre obligatoriske avgifter som har sammenheng med undervisningen. For undervisningsåret 2019-20 kan det gis stipend og lån til skolepenger på maksimalt 237 384 kroner. Er skolepengene høyere, må en dekke resten selv. Støtteordningene for utenlandsstudenter ble for øvrig endret fra 2004, slik at norske studenter i utlandet nå tar en større del av gjeldsbyrden selv. I rapporten fra Oslo Economics synliggjøres støtteordningene og kostnadene for norske medisinstudenter i utlandet, basert på data fra Lånekassen.

Oslo Economics kommenterer i sin rapport det faktum at gjeldsbyrden til utenlandsstudentene er større enn studentene som studerer medisin i Norge. De påpeker at dette kan ha en

samfunnsøkonomisk betydning på sikt, ved at norske medisinstudenter velger rimeligere studiealternativer i EØS-området; studier i Øst-Europa framfor Vest-Europa. «*Når en medisinstudent vet at man ikke får en systematisk høyere lønn som lege i Norge som følge av valget om en kostbar medisinutdannelse, så ligger insentivene til rette for at utenlandsstudenter velger en utdannelse basert på kostnaden ved studiet og forventninger om studiegjeld.*» (side 48, rapport fra OE). Nivået på levekostnader i Øst-Europa er også lavere, slik at studielånet rekker lengre.

Det er for øvrig verdt å merke seg at ikke alle studiesteder krever skolepenger av norske studenter, blant annet er ordinære medisinstudier i Tyskland (tyskspråklige tilbud) tilgjengelige uten krav om skolepenger. Terskelen for å søke studier som ikke er engelskspråklige er imidlertid høyere, og vi har tidligere nevnt at det i studieåret 2017–18 var kun 19 norske medisinstudenter i Tyskland.

Studiemodeller ved europeiske læresteder

I forrige kapittel så vi på internasjonale trender i medisinutdanningene, og litt om hva som har preget de tre generasjonene av reformer i medisinsk utdanning det siste århundret.

For å få et innblikk i studiemodeller ved sentrale europeiske læresteder ser vi nærmere på de *fem* lærestedene i utlandet som hadde den største andelen av norske medisinstudenter i studieåret 2017–18 – jfr. tabell 6 tidligere.

Tabell 8: Studiemodeller ved de fem lærestedene i Europa med flest norske medisinstudenter

Land/lærested	Studiemodell	Praksis
Slovakia Comenius University, Martin	6 år 1– 3. år: teoretiske og prekliniske forelesninger, lab og kliniske forelesninger, lab og praktiske kurs. 4.-6. år: inkluderer ulike kliniske erfaringer	Summer practice i 4. og 5. studieår
Polen Jagiellonian University in Krakow	6 år The first part of the curriculum covers basic science courses. Students also have a medical Polish course to prepare them to communicate with patients. The second part of curriculum covers clinical courses.	Summer clerkships
Ungarn Semmelweis University of Medicine	6 år, integrert master 1.-2.år: preklinisk studieperiode i basalfag 3.-6.år: kliniske fag	The internship period takes place during the 11th and 12th semesters, and is generally spent at University clinics or hospitals
Danmark Syddansk Universitet	6 år Bachelor (3 år) + kandidat (3 år)	Praksis i regionene
Ungarn Pécs University (inkl. Janus Pannonius University)	6 år To års preklinikk og fire år kliniske studier, totalt 10 semester med undervisning og et år med klinisk rotasjon/praksis	*Clinical rotation* is a full practical year in wards

Vi ser at modellen med preklinikk/klinikk preger flere av utdanningene, og at det varierer om den prekliniske perioden er de første to eller tre årene. Det er vanlig at studentene har praksisperioder som er lagt til sommeren eller til fastsatte semestre i slutten av studiet. Ved flere av de ungarske universitetene har studentene praksisperioder i sitt 6. studieår.

Det er en utvikling av studiemodellen for medisinstudiet i hele Europa, jfr. omtalen av internasjonale trender i medisinsk utdanning (kapittel 4). Modeller som baserer seg på engelsk og ikke det lokale språket, kan imidlertid vanskeliggjøre integrasjon med klinikk. Å delta i klinisk virksomhet på det lokale språket kan være en utfordring i land som Slovakia, Ungarn og Polen.

Allmennmedisin har en sentral plass i norsk helsetjeneste og etter hvert i større grad i de norske medisinstudiene. Internasjonalt kan allmennmedisinens innhold og rolle i helsetjenesten variere svært mye. En database over allmennmedisinens plass i europeiske lands medisinutdanning, utarbeidet av European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT), viser at de fem landene med flest norske medisinstudenter vektlegger allmennmedisin i varierende grad i sine utdanninger. I Danmark har allmennmedisin en sentral plass og er vektlagt som i Norge. I Polen, Ungarn og Tsjekkia undervises allmennmedisin med noe praktisk trening, men mindre enn i Norge. Disse landene har også godkjenningsordning for spesialister i allmennmedisin. I Slovakia er det ingen praktisk trening i allmennmedisin, heller ikke i det kliniske året. Det er en spesialistutdanning i allmennmedisin, men ingen godkjenningsordning for spesialistene.

I kapittel 7 - om praksis som del av medisinutdanningen - ser vi nærmere på hvordan norske medisinstudenter fra utlandet henvender seg til aktører i norsk helsetjeneste for å få nødvendig praksis som del av sine studier. Et konkret tilbud om praksisopphold for 6. års studenter fra Ungarn i regi av SUS omtales for øvrig i kapittel 9.

Utvalget fikk i møte med studentorganisasjonene høre mer om medieoppslag i norsk presse høsten 2018 (NRK, 11.12.18). Det var rapportert om dårligere psykisk helse hos norske medisinstudenter i utlandet enn hjemme i Norge. Etter dialog med KD fikk ANSA i februar 2019 tildelt økonomisk støtte til å organisere et lett tilgjengelig hjelpetilbud til studentene. Studentene ga utvalget litt mer informasjon som bakgrunn for saken, blant annet om at undervisere ikke behandler studentene med respekt og som partnere i utdanning, slik vi er vant til i Norge. Vi fikk høre at terskelen for å søke hjelp er høy, og det er ikke samme tilbud om hjelp som for studentene i Norge. Det er få leger og behandlere som behersker engelsk godt nok til å kunne hjelpe. De som gjør det er ofte de lærerne som også gir karaktervurderinger av studentene, og det oppleves da som lite ønskelig for studentene å vise svakhet. Karaktersystemet på mange læresteder blir beskrevet som mangelfullt med tanke på kvalitetskontroll, og uten den formelle klageadgangen som preger det norske utdanningssystemet.

Utvalgets vurdering

Det er en lang tradisjon i Norge med at norsk ungdom tar medisinsk utdanning i utlandet. Hvor de norske medisinstudentene i utlandet studerer, har imidlertid endret seg. Vi har i det foregående sett at i dag studerer omtrent 2 av 3 norske medisinstudenter i utlandet i Polen, Ungarn eller Slovakia. Utviklingen av medisinstudier som del av et internasjonalt utdanningsmarked har endret seg de siste årene. Vi ser at markedskreftene også omfatter en økende andel av norsk utdanningssektor på privat side. De studiestedene som stimuleres gjennom noen av dagens kombinasjonsløsninger har ikke i samme grad utviklet sine studier i retning av integrerte profesjonsstudier som i de internasjonale trendene, beskrevet i kapittel 4. En tydeligere inndeling i en tradisjonell preklinisk og klinisk del gjør nettopp at studiene fungerer i de kombinasjonsløsningene som er etablert med private høyskoler.

Utvalget ser positivt på at en andel av norsk ungdom studerer medisin utenlands, og er opptatt av den ønskede merverdien for norsk helsetjeneste. Internasjonale faglige impulser er viktige, og vi må som nasjon sikre at disse impulsene kommer fra anerkjente læresteder som er en aktiv del av det internasjonale faglige samarbeidet i medisin.

Når vi som utvalg anbefaler at vi i Norge selv skal utdanne 80 % av de legene vi trenger, så innebærer dette samtidig en videre anbefaling om hvordan øvrig utdanningsbehov i medisin skal håndteres:

Anbefaling M	**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**
Anbefaling N	**Utvalget anbefaler at det utredes en ordning der 5 - 10 % av behovet for studieplasser i medisin dekkes gjennom finansiering fra Lånekassen (inkl. skolepenger) ved nærmere definerte studiesteder i utlandet.**
Anbefaling O	**Utvalget anbefaler at det tidlig etableres kommunikasjon med dem som kan bli berørt av endringene i støtteordninger for medisinutdanning i utlandet.**

En detaljering av forslaget om endringer i støtteordningene kommer vi tilbake til i kapittel 11, som del av utvalgets vurderinger rundt økonomiske og administrative konsekvenser. Der omtales også eventuelle konsekvenser av endringene for de som blir berørt.

6. Medisinutdanning og legedekning i våre naboland

I utvalgets arbeid så vi tidlig behovet for å vurdere situasjonen i Norge opp mot våre naboland, og etter korte sonderinger ble det klart at det vi nå drøfter angående legedekning og studieplasser i Norge er møtt med forskjellige typer tilnærminger og tiltak når vi ser over landegrensene. Vi skal her se nærmere på sammenhengen mellom legedekning og medisinutdanning i Danmark, Sverige og Storbritannia/England, og vi kommer også inn på de rammevilkårene som virker inn på situasjonen i de gitte landene. Vi ser først på hvert land for seg, før vi oppsummerer og relaterer det til utfordringene i Norge.

Vi har både for Norge – i kapittel 2 – og for de tre landene som vises her, tatt utgangspunkt i helsedata for OECD. Disse dataene hentes inn jevnlig og på samme måte internasjonalt, så de gir et godt grunnlag for sammenlikning på tvers av landene.

Situasjonen i Danmark

Legedekningen i Danmark er blant den høyeste i OECD med 4,0 leger/1000 innbyggere, se figur 9. Antallet ferdige kandidater er 22,1/100.000 innbyggere, som er det nest høyeste i OECD.

Danmark, med en befolkning på 5.806.000 innbyggere, har 4 medisinske læresteder, fordelt på 6 campuser:

- Københavns Universitet: København, Køge
- Syddansk Universitet: Odense, Esbjerg
- Aarhus Universitet: Aarhus
- Aalborg Universitet: Aalborg

Den danske medisinutdanningen følger intensjonene i Bologna-deklarasjonen (www.ehea.info) om ensartet gradsstruktur, som muliggjør sammenliknbare utdanningsstrukturer og økt studentmobilitet. Medisinutdanningen er slik oppdelt i to tilsynelatende separate deler; bachelor og kandidat - hver av 3 års varighet. Typisk er bachelorutdanningen bygget opp som en biomedisinsk og naturvitenskapelig fundert grunnutdanning, og kandidatutdanningen som en klinisk orientert 3-årig utdanning. Nasjonal koordinering av struktur og innhold i utdanningen sikres gjennom internt samarbeid mellom universitetene, sensorkorps for medisin samt den Danske Sundhedsstyrelse. Medisinstudenter er via et lovbestemt rettskrav likevel sikret adgang til en kandidatutdanning på samme universitet som de har bachelor. Slik opplever de fleste studenter medisinutdanningen som et 6-årig sammenhengende løp.

I 2018 ble det i Danmark tilbudt totalt 1395 studieplasser i medisin på bachelornivå, en dimensjonering fastsatt av Uddannelses- og Forskningsministeriet. Dette ble økt med 250 plasser i 2019, fordelt på alle de medisinske lærestedene, til totalt 1645 studieplasser. Det gir 28,3 studieplasser per 100.000 innbyggere i 2019. Med den økte kapasiteten på medisinutdanningen ønsker Danmark fortsatt å være selvforsynt med leger og dermed ikke være avhengig av leger utdannet utenfor landet. Etter fullført universitetsutdanning er det ett års tjeneste før autorisasjon, den *kliniske basisuddannelse* (KBU), i innhold sammenlignbar med LIS1.

Ferdige kandidater fra universitetet er garantert KBU-stilling, som fastlegges i de danske regionene. Man er ikke garantert en stilling i sin hjem-region, men innstilles etter loddtrekning om prioritering.

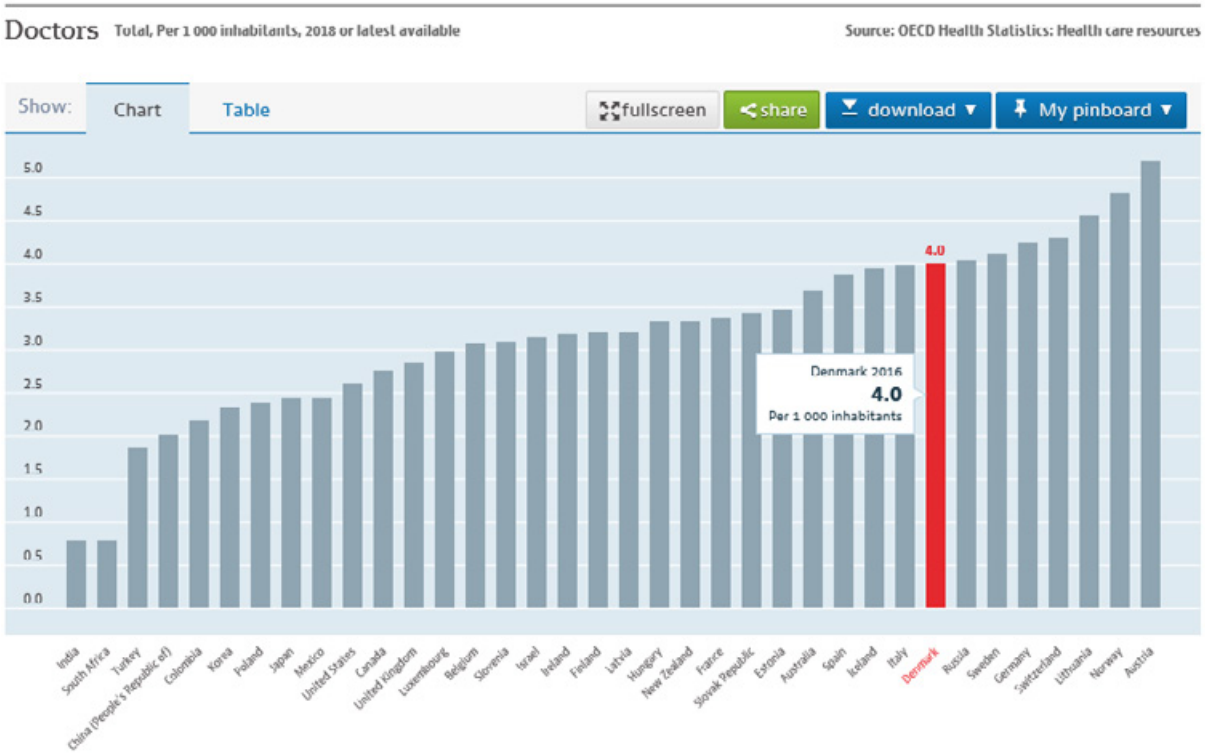
I Danmark finansieres medisinutdanningen av en takst for studentårsverk (STÅ) på ca. 94 600 dkr. Av den grunn er det ikke studieavgift for å studere medisin. Det finnes ikke lenger et samlet tall for finansiering av universitetsutdanninger i Danmark, da bevilgningen er delt opp i forskjellige puljer ut over en grunnbevilgning, som fordeles på bakgrunn av en rekke nøkkeltall for universitetene samlet og for det enkelte universitet (blant annet sysselsetting og studieaktivitet). En nøkkel til utdanningstilskuddene finnes på nettsidene til Uddannelses- og Forskningsministeriet i Danmark.

Studenter kan finansiere sine studier via Statens uddannelsesstøtte (SU), og i 2019 er satsen 6199 dkr per måned, samt studielån.

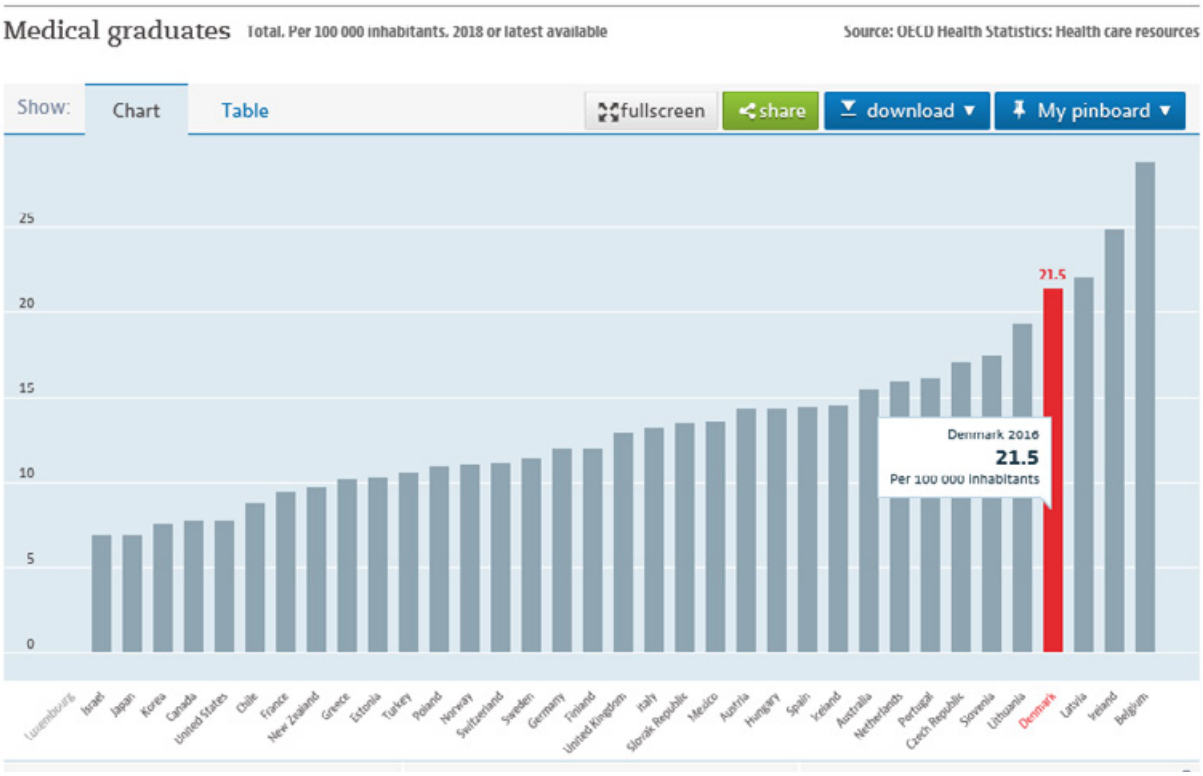
I Danmark finnes et felles opptaksssystem for bachelor (Den Koordinerede tilmelding), som fordeler studenter etter prioriterte ønsker om utdanningssted på bakgrunn av karakterer.

Det er mulig for danske studenter å bruke studiestøtte og studieavgift til å finansiere studieopphold i utlandet, opptil 2 år for utdanninger på kandidatnivå. Dette administreres av de enkelte universiteter, men blir ikke benyttet i særlig grad på medisinutdanningen.

Figur 9: Antall leger per 1000 innbyggere i Danmark, OECD-data



Figur 10: Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Danmark, OECD-data



Situasjonen i Sverige

Legedekningen i Sverige er blant de høyeste i OECD med 4,1 leger/1000 innbyggere, se figur 11.

Antallet uteksaminerte kandidater er i nederste halvdel av statistikken fra OECD, med 11,5/100.000 innbyggere. Befolkningstall for Sverige er på totalt 10.161.797 innbyggere.

Det er 7 medisinske læresteder i Sverige, fordelt på 13 campuser:

- Karolinska Instituttet
- Lunds Universitet
- Uppsala Universitet
- Göteborgs Universitet
- Linköpings Universitet: Linköping, Norrköping, Jönköping, Kalmar
- Umeå Universitet: Umeå, Luleå, Östersund, Sundsvall
- Örebro Universitet

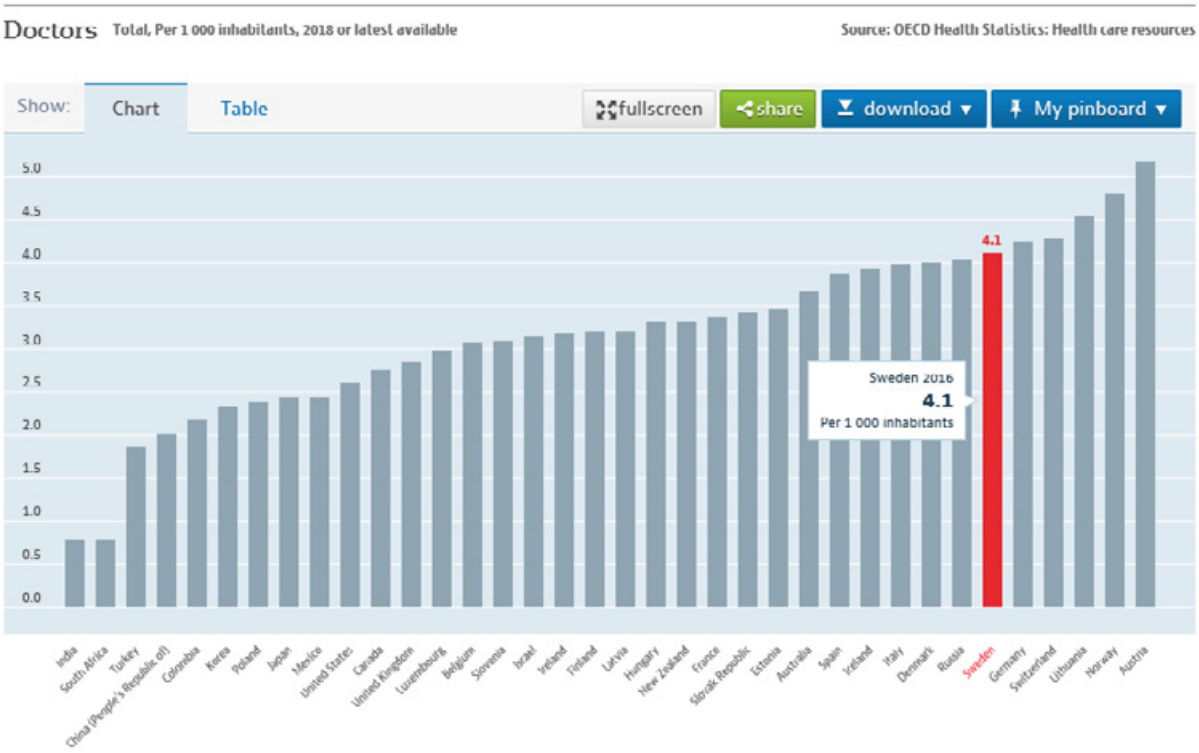
Den svenske medisinutdanningen er typisk oppbygget med grunnutdanning innenfor biomedisin de første 6 semestrene, inkludert elementer av klinisk integrasjon. I de siste 5 semestre er det klinisk fokuserte studier. Læringsformene varierer, og problembasert læring (PBL) benyttes ved flere av studiestedene.

Medisinutdanningen i Sverige er 5 ½ år sett i forhold til den europeiske standarden på 6 år, men det er nå en utvikling i retning av en 6-årig modell. Etter studiet er det et års AT (*Allmäntjänstgöring*) før autorisasjon. Fra 2020 er det besluttet å innføre en ettårig *bastjänstgöring* (BT) og øke utdanningen med ett semester, til totalt 12 semestre. Etter BT fortsetter utdanningen i *specialiseringstjänstgöring* (ST), svarende til LIS2 og LIS3.

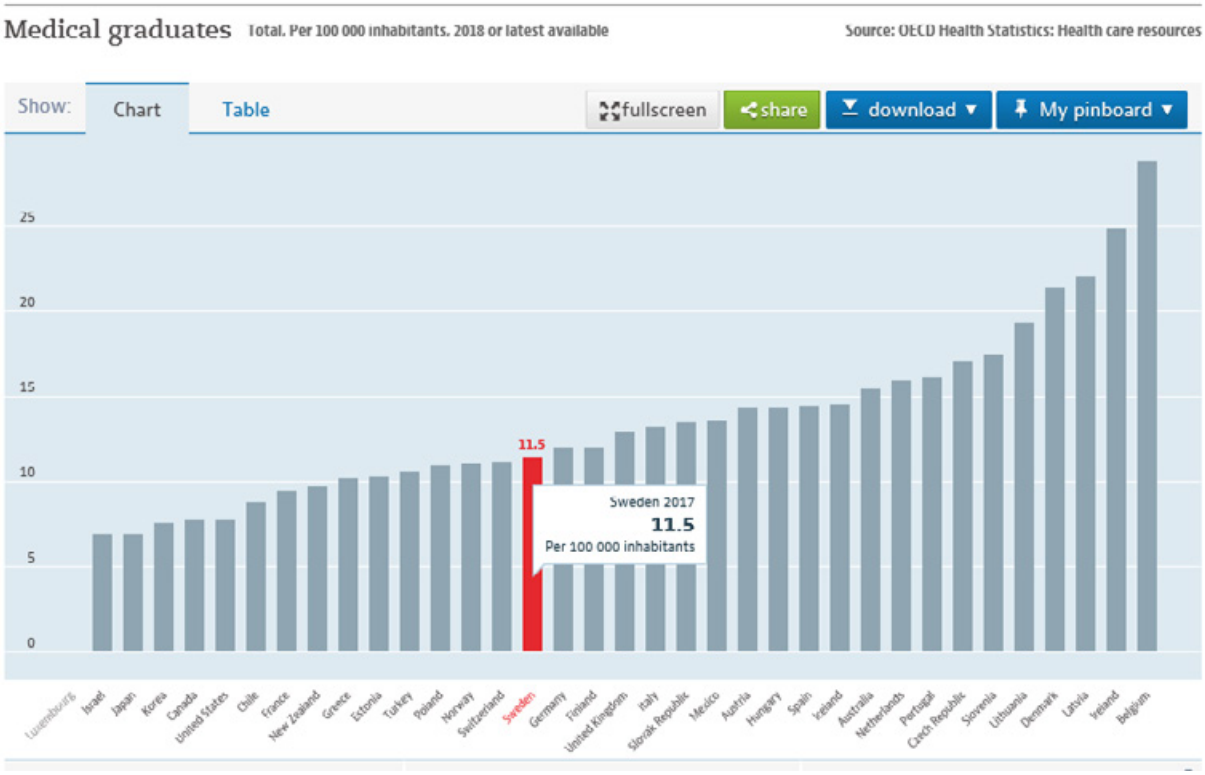
Det ble i 2014 tatt opp 1609 medisinstudenter i Sverige, mot 1054 i 2004. I 2017 besluttet man å øke med ytterligere 40 studieplasser, og på grunn av den tidligere økningen i årene 2004-2014 anser man ikke nå ytterligere behov for nye studieplasser. Med de 40 nye studieplassen tilsvarer dette 16,2 studieplasser per 100.000 innbyggere. I Sverige, som i Danmark, ønsker man å ha en høy grad av selvforsyning av leger.

Der er ikke studieavgift for å studere medisin i Sverige. Studenter kan søke om støtte som stipend eller studielån. Stipend er maksimalt 3236 sek/måned og studielån maksimalt 7440 sek/måned.

Figur 11: Antall leger per 1000 innbyggere i Sverige, OECD-data



Figur 12: Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Sverige, OECD-data



Situasjonen i Storbritannia

Legedekningen i Storbritannia er blant de laveste i OECD med 2,9 leger/1000 innbyggere, se figur 13.

Antallet ferdige kandidater i Storbritannia er 12,9/100.000 innbyggere, et middels nivå i OEDC-sammenheng. Befolkningstallet er på totalt 67.599.209.

Det er 42 medisinske læresteder i Storbritannia, fordelt på 44 campuser En detaljert oversikt er tilgjengelig på nettsiden https://www.medschools.ac.uk/studying-medicine/medical-schools

Medisinutdanningen i England er organisert i *medical schools* tilknyttet ett eller flere universiteter, og finansieres av National Health Service (NHS). Studieprogrammene er strukturert som 2 års preklinisk og biomedisinsk orienterte løp, videre med 2-3 års klinisk trening. Det er mulig å forlenge studiet ved spesialisering i et annet fagområde, som tas som ett-årig *intercalated degree*. Etter ferdig utdanning tildeles graden *Bachelor of medicine, Bachelor of surgery* som gir mulighet for å delta i *Foundation Year 1* (FY1), tilsvarende den norske LIS1. Etter FY1 tildeles *Certificate of Experience* (COE), som gir retten til å praktisere selvstendig og ta ytterligere spesialisering.

Antallet kandidater er planlagt økt fra 6000 til 7500 i årene 2018 til 2025. Målsettingen for NHS, som styrer legeutdanningen, er å forsyne landet med egen-utdannede leger. Den nylige nasjonale prosessen med utvidelse av studieplasser var i form av en anbudsprosess blant eksisterende medisinske læresteder, hvor blant annet områdets legebehov var kvalifiserende. Den britiske regjeringen opplyste sommeren 2019 at det er planlagt ytterligere økning de neste årene.

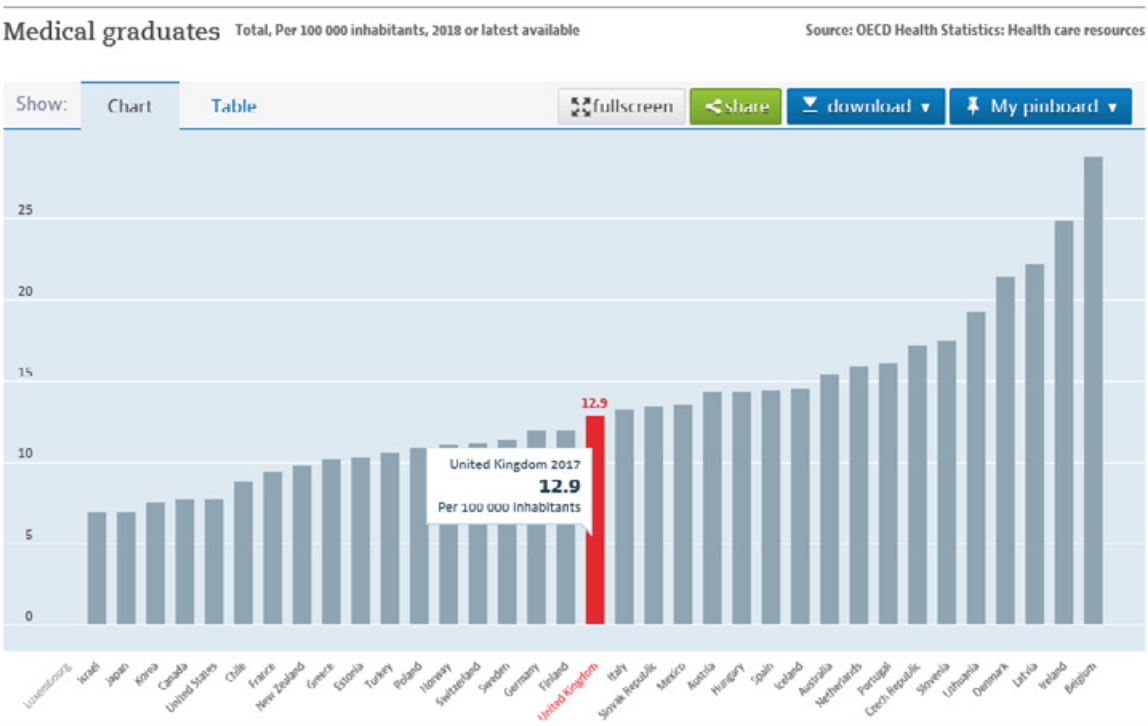
Alle studenter betaler studieavgift for å ta medisinutdanning, avgiften er 9250 Pound Sterling (106 000 Nok) per år.

I England kan studentene finansiere utdanningen sin med lån til skolepenger (Tuition Fee Loan) og til leveomkostninger (Maintenance Loan).

Det er ikke et felles opptakssystem i England. Siden mange studenter søker flere skoler brukes det derfor mye ressurser på opptaket til medisinstudier.

Figur 13: Antall leger per 1000 innbyggere i Storbritannia, OECD-data

Figur 14: Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Storbritannia, OECD-data



Utvalgets vurdering

En gjennomgang av fakta og vilkår for medisinutdanningen i våre naboland gjør at vi kan se hvordan Norge plasserer seg på kartet, hvordan volum for utdanningssteder og vurderinger av kapasitet er et felles tema på tvers av landegrensene. Ikke minst kan situasjonen i de landene vi sammenligner oss med, gi Norge nyttige argumenter for videre utvikling av medisinutdanningen.

De andre landene har tydeligere uttalte mål om å utdanne sine egne leger selv, og særlig Danmark utmerker seg med en policy om å være selvforsynte i utdanning av leger. Det er en klar fordeling av ansvar og oppgaver innen utdanningen i Danmark, og regionene har en definert rolle både i klinisk praksis og i tilsetting av ferdige kandidater.

Norge fremstår som et særtilfelle med en så stor del av egne innbyggere utdannet som leger i utlandet, (jfr. figur 5, kapittel 2), uten bilaterale avtaler med utdanningsnasjonene. Utvalgets medlem fra Danmark angir at en annen målsetting enn 100 % dekning innenlands ikke har vært fremmet i Danmark. Utvalget har også i kontakt med EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) fått kommentarer på at både danske og andre europeiske kolleger undrer seg over at man i "verdens rigeste land" ikke utdanner sine egne leger.

Analysen av medisinutdanningene i tre nabolandene viser tilsvarende trender med å utvide antall studieplasser ut fra nasjonale behov, og ut fra en holdning om å utdanne medisinstudentene i eget system.

1) Utvalget har beregnet at i 2019 er antall studieplasser slik:
   - I Norge 636 studieplasser, 11,9 per 100.000 innbyggere
   - I Danmark 1645 studieplasser, 28,3 per 100.000 innbyggere
   - I Sverige 1649 studieplasser, 16,2 per 100.000 innbyggere

2) Antall universitet med medisinsk utdanning og antall innbyggere:
   - I Norge 4 universitet på 5,3 mill. innbyggere, 0,75/mill. innbyggere
   - I Danmark 4 universitet på 5,7 mill. innbyggere, 0,70/mill. innbyggere
   - I Sverige 7 universitet på 10,2 mill. innbyggere, 0,65/mill. innbyggere
   - I Storbritannia 42 medical schools på 67,6 mill. innbyggere, 0,62/mill. innbyggere

Norge, Sverige og Danmark har alle høy legedekning etter OECDs beregninger. Storbritannia har lavere legetetthet, men er på nivå med Sverige og Norge når det gjelder antall utdannede kandidater i eget land. Danmark har høyt antall kandidater utdannet hjemme og dekker i mye større grad eget legebehov enn de andre tre.

Fra de tre andre landene kan vi se ulike måter å løse økning av antall studieplasser på. I Sverige har to av universitetene etablert campus på tre nye steder. I Danmark har to av universitetene campus to steder, i tillegg ble det etablert et nytt studiested ved Aalborg universitet som i oppstarten samarbeidet med Århus Universitet. I Storbritannia har noen av studiestedene campus flere steder og ved Hull York Medical School samarbeider to universitet om ett studieprogram.

Generelt er medisinutdanninger i Europa av høy internasjonal kvalitet, men kultur, pasientgrunnlag og sykdomsbilde varierer fra land til land. Moderne medisinutdanninger har stor vekt på pasientrettet kommunikasjonsundervisning, som best foregår på morsmålet. Oppdeling i en biomedisinsk grunnutdanning og klinisk overbygning er sammenlignbart på tvers av landene, men den praktisk-kliniske utdanningen og overgangen til denne er nøkkelen til kvalitet på utdanningene.

7. Praksis som del av medisinstudiene i Norge

En sentral del av medisinstudenters læringsaktiviteter skjer i tilknytning til kliniske arenaer i primær- og spesialisthelsetjenesten. Universitetssykehusene har alltid vært en viktig arena for klinisk praksis, men de siste 40 år har lokalsykehusene og ikke minst primærhelsetjenesten fått en viktigere og økende plass, og noen nye arenaer har kommet til. Rammevilkårene i både primær- og spesialisthelsetjenesten har endret seg, blant annet med endret organisering og nye finansieringssystemer. Spørsmålet om kapasitet på praksisarenaene henger tett sammen med forståelsen av hvordan rammevilkårene fungerer. For å kunne vurdere om det finnes økt utdanningskapasitet for medisinstudiet i Norge, handler det ikke bare om kapasitet på lærestedene. Praksiskapasiteten, i hvilken grad og hvordan helsetjenestene er læringsarena for studentene, er helt avgjørende.

Før vi omtaler praksis som en sentral del av medisinutdanningen videre, vil vi her klargjøre både hvordan læringsformer på praksisfeltet omtales og skal forståes videre i utredningen, og hvilke lovverk som styrer virksomheten innen utdanning og praksis.

Om læringsformer på praksisfeltet

Begrepet *praksis* brukes ofte i vid forstand om læringsaktiviteter der studentene deltar i klinisk virksomhet og har pasientkontakt, men vi skal se at det er nyanser i hvordan læringsaktivitetene er organisert og hvilket læringsutbytte studenten er forventet å ha. I det videre vil vi skille mellom *ekstern praksis* og *klinisk undervisning* i omtale av studentenes læringsaktivitet i helsetjenestene. I denne begrepsbruken støtter vi oss på begrepsavklaringen som lå til grunn for *Praksisprosjekte*t i sektoren (omtales nærmere under).

Ekstern praksis eller *eksternt veiledet praksis*: Slik praksis kjennetegnes av at studentene for en tidsbestemt periode befinner seg i en situasjon hvor de skal arbeide omtrent som en yrkesutøver. Kravene til oppgaver, omfang og utførelse vil være ulikt avhengig av hvor i studieløpet studenten er. Praksisstudiene gjennomføres utenfor utdanningsinstitusjonens egen ramme med en fagperson på praksisstedet som veileder. En mulig definisjon på praksisstudier forstått slik, er «planmessig opplæring som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis» (Brandt, 2005:11).

*Klinisk undervisning (*eller *intern veiledet praksis)*: Denne type undervisning finner sted på en klinisk arena (avdeling/sengepost/poliklinikk e.l.) som del av øvrig undervisning som er timeplanlagt, ikke som en avgrenset periode av lang varighet, men som kortere økter eller læringsaktiviteter i studiehverdagen. Det kan være undervisning for en enkeltstudent eller for grupper av studenter. Som hovedregel gjennomføres slik undervisning i regi av ansatte i hoved- eller bistilling ved utdanningsinstitusjonen. Ansatte i spesialist- eller primærhelsetjenesten kan likevel ha en rolle i tilrettelegging av læring i klinisk undervisning. For utdanninger som har intern praksis, sees klinisk undervisning som en viktig forberedelse og en premiss for ekstern praksis.

En egen arbeidsgruppe for medisinstudiet som i 2015 utarbeidet en delrapport til det nasjonale praksisprosjektet (*Rapport vedrørende omfang og type praksisstudier i grunnutdanningen i medisin*) beskrev i sin vurdering av praksis hvordan skillet mellom det eksterne og interne ble forstått:

"Arbeidsgruppen har besluttet også å inkludere klinisk smågruppeundervisning i rapporten selv om dette noen steder har blitt omtalt som intern praksis. Ved de fire fakultetene omtales slik undervisning med ulike begreper slik som uketjeneste, avdelingstjeneste, praktisk-klinisk undervisning og kliniske smågrupper. Det foregår først og fremst ved universitetssykehusene, men noen gjennomfører også slik praksis andre steder (f.eks. allmennlegekontor). Skillet mellom eksterne og interne praksisstudier er således utydelig." (s. 5) Det som blir påpekt fra arbeidsgruppen her, illustrerer at det er viktig å være oppmerksom på måten begrepene blir brukt på.

I forbindelse med denne utredningen har utvalget innhentet oversikter fra lærestedene basert på distinksjonen mellom ekstern praksis og klinisk undervisning, og erfarer at det som hovedregel er felles forståelse mellom fakultetene om de to læringsformene. Det vil – og bør - likevel være kliniske læringsformer som er tilpasset lokale forhold, der skillet mellom dem ikke er like tydelig.

Utvalget ønsker at distinksjonene skal brukes til å se bredden i klinisk praksis for medisinstudenter, og videre at det skapes rom for å drive nyutvikling av læringsformene i samarbeid mellom utdannings- og helseinstitusjonene.

Tabell 9 under er en sammenstilling av innhentet informasjon fra medisinstudiene ved NTNU, UiB, UiO og UiT, om ekstern praksis og klinisk undervisning i helsetjenestene.

Tabell 9: Omfang (ukeekvivalenter per student) og type praksis/klinisk arena i profesjonsstudiet medisin ved de fire lærestedene i Norge

Lære-sted:	Praksis-type:	Studieår:						Sum per kategori	Total-sum
		1.	2.	3.	4.	5.	6.		
NTNU	Ekstern praksis					16 (S)	6 (P)	22	**51,3**
	Klinisk undervisn.	1,2 (P)	0,9 (P)	14,4 (S)	12,8 (S)			29,3	
UiB	Ekstern praksis		0,2 (P)		12 (S)	7 (S)	6 (P)	25,2	**36,2**
	Klinisk undervisn.	0,4 (S)	0,8 (S)	4,2 (S)	1,6 (S)	1 (S)	3 (S)	11	
UiO	Ekstern praksis				3 (S)	6 (S) 6 (P)	1,5 (S)	16,5	**34,2**
	Klinisk undervisn.	0,4 (P)	0,2 (P) 0,6 (S)	0,2 (P) 3,6 (S)	0,1 (P) 2 (S)	7,4 (S)	3,2 (S)	17,7	
UiT	Ekstern praksis	0,4 (P)	0, 4 (P)	0,4 (P)		18 (S) 8 (P)		27,2	**40,4**
	Klinisk undervisn.		1,0 (S)	1,2 (S)	1,2 (S)		1,8 (P) 8 (S)	13,2	

Ekstern praksis (eller eksternt veiledet praksis): en tidsbestemt periode der studentene befinner seg i en situasjon hvor de skal arbeide omtrent som en yrkesutøver.
S= spesialisthelsetjenesten (sykehus), P=Primærhelsetjenesten (allmennpraksis)

Klinisk undervisning: undervisning på en klinisk arena som foregår som del av timeplanlagt undervisning.
S=spesialisthelsetjenesten; avdeling/sengepost/poliklinikk på sykehus, P=primærhelsetjenesten; legekontor, sykehjem, legevakt, kommunal akutt døgnenhet o.a.

Om sentrale lovverk som regulerer utdanning og praksis

Overordnet har utdanningsinstitusjonene det formelle ansvaret for planlegging og kvalitetssikring av innholdet i studiene og for kvalitetssikring av studentenes kompetanse. Helsetjenestene har ansvar for å bidra til studentenes utdanningsløp ved at studentene får observere og delta i forebyggende og klinisk virksomhet, med nærmere avtalt oppfølging, veiledning og vurdering.

Føringer fra utdanningsmyndighetene

Utdanningsinstitusjonenes overordnede ansvar for studier reguleres av *Lov om universiteter og høyskoler* (2005), med Kunnskapsdepartementet (KD) som fagdepartement. Med hjemmel i universitets- og høyskoleloven utdypes kravene ytterligere i *Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften) (2017)* og *Forskrift om kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i høyere utdanning og fagskoleutdanning* (2010). Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga – NOKUT – har på vegne av KD et overordnet faglig utdanningstilsyn, og følger opp sentrale reguleringer.

Studietilsynsforskriften angir blant annet spesifikke krav til studietilbudet (§2-2) og krav til fagmiljøet (§2-3), herunder både om fagmiljøets sammensetning, størrelse og samlede kompetanse. De angitte punktene inneholder også viktige føringer for praksisfeltet, både krav til at det skal foreligge praksisavtale mellom institusjon og praksissted og krav til nødvendig kompetanse og erfaring fra praksisfeltet. Dette er ytterligere fulgt opp i *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger* (2017), der et eget punkt om praksisstudier (§3) spesifiserer ansvarslinjene:

"Ved utvelging av praksistilbydere skal utdanningsinstitusjonene forsikre seg om at det tilbys relevante læresituasjoner, kunnskapsbaserte tjenester og kompetente veiledere. Utdanningsinstitusjonen har ansvar for å følge opp studentene hos praksistilbyder, skal være oppdatert i praksistilbyders problemstillinger og bistå i pedagogiske spørsmål inkludert planlegging av læringsaktiviteter, veiledningsmetodikk, vurdering av skikkethet og evaluering. Praksistilbyderen har ansvar for den daglige veiledningen og oppfølgingen av studentene, og skal sørge for at praksisveileder normalt er av samme profesjon som den som blir veiledet. Dette gjelder innenfor praksisstudier der dette er naturlig. Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse.

Utdanningsinstitusjonene skal inngå samarbeidsavtaler med praksistilbyderen. Avtalene skal regulere ansvar, roller, kapasitet på praksisplasser, kompetanse og samarbeidsarenaer på alle relevante nivå, og kan også regulere forsknings-, utviklings- og innovasjonssamarbeid."

I 2014-15 ble det i regi av Universitets- og høgskolerådet (UHR), på oppdrag fra KD, gjennomført et nasjonalt prosjekt som bidro til å sette praksisfeltet under lupen for alle helse- og sosialfaglige utdanninger i Norge; prosjektet *Kvalitet i praksisstudier i helse- og sosialfaglige høyere utdanning (Praksisprosjektet)*. Prosjektet har fungert som en dynamo for praksisfeltet, og har medført både økt oppmerksomhet om nødvendige rammer for praksis og styrket samarbeidet rundt praksis i studiene. I kjølvannet av dette prosjektet har det også kommet *Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurdering av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene (2018),* retningslinjer som angir formelle krav til kompetanse med et utdanningsomfang på masternivå tilsvarende 10 studiepoeng.

Like viktig som kompetanse på praksisstedet, er læringsutbyttebeskrivelsene av hvilken kompetanse studentene skal tilegne seg i praksis. Her stiller *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring* (NKR, 2011) krav som følges i sektoren. Læringsutbyttebeskrivelser for praksis skal formuleres på en måte som er lett å forstå både i utdanningssektoren og arbeidslivet.

Som vi har beskrevet om medisinutdanning i Norge, i kapittel 4, er læringsutbytte og overordnede faglige føringer for medisinstudiet noe som følges spesifikt opp i pågående prosess med RETHOS. KD skal høsten 2019 fastsette forskrifter med retningslinjer, inkludert læringsutbyttebeskrivelser, for de siste 12 av de 20 helse- og sosialfagutdanningene i Norge. For medisinstudiet er det foreslått et omfang av praksis på minimum 24 uker som integrerte deler av studieløpet, herav minst 10 uker i primærhelsetjenesten. Omfanget samsvarer godt med det som er i studieplanene for medisin per i dag totalt sett, men det vil innebære en vridning mot mer praksis i primærhelsetjenesten.

Føringer fra helsemyndighetene

Helsetjenestenes rolle i å ta imot og veilede studenter i praksis er ulikt beskrevet i gjeldende lovverk; For spesialisthelsetjenesten benyttes uttrykket *sørge for,* når det gjelder ansvaret for å dekke behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige studenter innen helseregionen. For kommunehelsetjenesten er loven formulert på en annen måte; her brukes uttrykket *plikter å medvirke til.* Se utdrag av lovhjemler for helsetjenestene i faktaboks her:

Lov om spesialisthelsetjenesten (2001)	**Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)**
§ 3-5. *Om deltakelse i undervisning og opplæring* De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Departementet kan gi forskrifter om plikten til å delta i undervisning og opplæring, herunder om private helseinstitusjoners plikt.	§ 8-1. *Undervisning og praktisk opplæring* Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.
§ 3-8. *Sykehusenes oppgaver* Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver: 1. pasientbehandling 2. utdanning av helsepersonell 3. forskning, og 4. opplæring av pasienter og pårørende	
§ 3-10. *Opplæring, etterutdanning og videreutdanning* Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.	§ 8-2.*Videre- og etterutdanning* Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) regulerer samarbeidet mellom de regionale helseforetakene (RHF) og universitet og høyskoler om forskning, utdanning og innovasjon gjennom *Instruks fra HOD*

til styrene for de fire RHFene (revidert i 2013). Instruksen ivaretar universitetenes og høyskolenes behov for undervisning, opplæring og veiledning av studenter, og påser at utdanning og forskning er i tråd med behovene til spesialisthelsetjenesten. I instruksen beskrives hvordan rammeavtaler skal inngås, hvordan avtalene skal følges opp av regionale samarbeidsorgan og føringer for en likeverdig sammensetning av disse. Av aktuelle temaer for rammeavtalene nevnes tilrettelegging for forskning og innovasjon, tilrettelegging for undervisning (herunder praksisplasser, veiledning og ivaretakelse av studenter), kombinerte stillinger, og IKT-tilganger og -støtte.

Videre føringer fra HOD kommer gjennom de årlige oppdragsdokumentene til hvert RHF. Der angis det mer spesifikke målsettinger på utdanningssiden, både om innhold, tiltak og volum.

Utdrag - Oppdragsdokument 2019, Helse Midt-Norge RHF (s. 6):

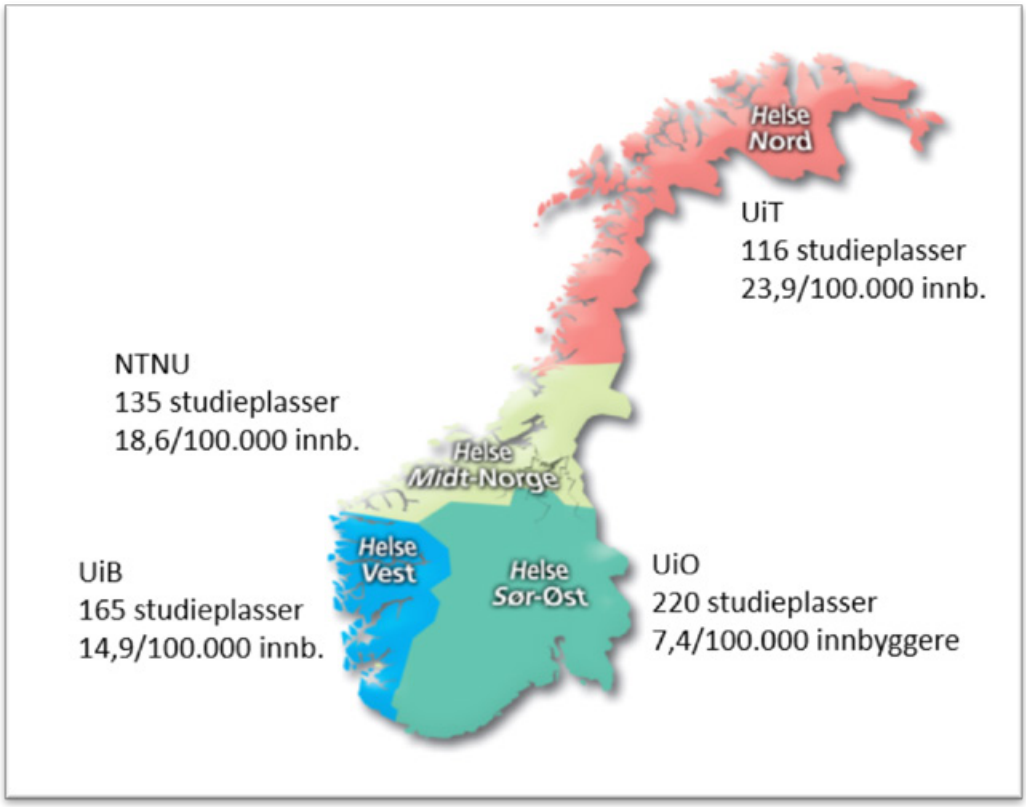
Personell, utdanning og kompetanse
• (…)
Helse Midt-Norge RHF skal medvirke til å utvikle innholdet i utdanningene slik at disse er i godt samsvar med tjenestenes behov, og medvirke i RETHOS-prosjektet til å forme fremtidsrettede utdanninger.
• Helse Midt-Norge RHF skal utrede og iverksette tiltak for å forbedre avviklingen av praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.

Spesialisthelsetjenesten som arena for klinisk praksis

Norge er delt inn i fire helseregioner; Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest (se figur 15). De fire regionale helseforetakene har et sørge for-ansvar som klinisk læringsarena for helseprofesjonene som utdannes ved utdanningsinstitusjoner i sin region. Oppdragsdokumentene til RHFene fra HOD angir hvert år føringer på foretakenes involvering i utdanningsvirksomhet, med referanse til studieprogram og dimensjonering av kandidatmåltall innenfor hver region. Det spesifiseres særskilt for de treårige helseprofesjonsutdanningene, men det er ikke tilsvarende henvisning til regional fordeling når det gjelder medisinstudiet. For medisinstudiene i Norge har det likevel vært en regional arbeidsfordeling, slik at studentene fra hvert av de fire medisinske lærestedene i sin praksis på sykehusene fordeles innenfor de regionale grensene som foretakene utgjør. Det er derfor tradisjonelt én-til-én overlapping mellom helseregion og medisinsk lærested, og det er etablert formelle organer og samarbeidsarenaer som bygger på denne strukturen, både for forskning og utdanning. Ett unntak fra den vanlige regionale fordelingen er at NTNU, etter avtale med UiO, benytter Tynset sykehus i Helse Sør-Øst som praksisarena for medisinstudenter.

Basert på helseregionenes inndeling introduserer vi her en måte å illustrere antall studieplasser per 100.000 innbyggere på, per region (studieplasstetthet). Dette gir et bilde på hvordan forholdstallet mellom studieplasser og innbyggere er, og setter pasientgrunnlaget i fokus. Medisinstudiene er tett sammenvevd med helsetjenestene, og en økning av studieplasser i medisin må vurderes med dette for øye. Slik figur 15 viser er det i dag ulik tetthet i regionene, med høyest tetthet (23,9) i Helse Nord. I Helse Vest og Helse Midt-Norge er det en tetthet på henholdsvis 14,9 og 18,6. Helse Sør-Øst ligger lavest i tetthet, med kun 7,4 studieplasser per 100.000 innbyggere. Dette kan gi regionene noe ulike forutsetninger for å bidra i en økning av utdanningskapasiteten. Som utvalg har vi hatt dette som bakteppe i videre vurderinger, og figuren blir oppdatert både i forhold til innspill om økning i studieplasser fra lærestedene (kapittel 8), og i forslaget til opptrappingsplan (kapittel 11).

Figur 15: Inndeling i helseregioner i Norge og medisinutdanningen ved NTNU, UiB, UiO og UiT. Antall studieplasser per 100.000 innbyggere (innb.) i 2019



Kilde: Grimstadutvalget

Inntil for cirka 15 år siden ble utdanningsplikten til foretakene fulgt av et funksjonstilskudd knyttet til antall medisinstudenter, som skulle dekke kostnadene med denne plikten. I dag inngår finansiering av utdanning i rammetilskuddet fra HOD til helseforetakene.

Universitetssykehusene

Praksis i spesialisthelsetjenesten utgjør en hoveddel av den kliniske praksisen medisinstudentene får, og det er flere grunner til at situasjonen er slik. Opprinnelig var all medisinutdanning knyttet til sykehus, og fortsatt er de fleste medisinske fakulteter i inn og utland knyttet til ett eller flere såkalte *universitetssykehus*.

Det er fastsatt vilkår for å få godkjenning til å kunne benytte betegnelsen universitetssykehus, og vilkårene framgår i *Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus* (2010). Der sies det blant annet (§3-2):
"*Helseforetaket og/eller sykehuset må samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisinere og annet helsepersonell ved at*

1. *det bidrar vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning*
2. *kandidatene har det vesentlige av sin praktiske og teoretiske undervisning ved sykehuset*
3. *det bidrar vesentlig i doktorgradsutdanningen i de fleste kliniske fag innen medisin og andre helsefaglige disipliner*

4. *det kan dokumenteres at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder og*
5. *det kan dokumenteres forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde."*

To av helseregionene, Helse Midt-Norge og Helse Nord, har ett universitetssykehus hver (St. Olavs hospital og UNN), mens Helse Sør-Øst og Helse Vest har to. Helse Sør-Øst - med OuS og Ahus - er knyttet til medisinutdanningen ved UiO, og i Helse Vest er både HUS og SUS knyttet til medisinutdanningen ved Universitetet i Bergen.

Omfang av praksis og klinisk undervisning i helseforetakene

Vi skal nå se nærmere på omfang av praksis og klinisk undervisning som medisinstudenter har ved foretakene i hver helseregion basert på data innhentet fra lærestedene.

Med helseregionene som bakteppe i forrige punkt ser vi først på omfanget av ekstern praksis som studentene har i hvert av de regionale helseforetakene. Her er lengden på periodene studentene er i praksis (ukeekvivalenter) ganget med antall studenter, slik at vi får antall *studentuker* på semester- og årsbasis.

Tabell 10: Omfang ekstern praksis i profesjonsstudiet medisin, antall studentuker ved helseforetakene

Ekstern praksis	Studentuker (antall studenter x antall uker i praksis)		
Helseforetak	**Høst**	**Vår**	**Per år**
Helse Midt-Norge RHF	896	896	1792
Helse Nord RHF**	–	–	1908
Helse Sør-Øst RHF*	1196	1196	2421
Helse Vest RHF	1156	1156	2312

*Praksis i regi av NTNU (totalt 128 studentuker per år) inngår her, øvrig praksis er for studenter ved UiO

**Praksisperioder ved UiT går på tvers av semestrene, derfor ikke oppdeling høst-vår

Kilde: Grimstadutvalget 2019

Tabell 10 viser ikke fordelingen mellom foretakene innad i regionene, men utvalget ser av datagrunnlaget at det er noe ulik kapasitetsutnyttelse fra region til region. I Helse Nord og Helse Midt-Norge benyttes alle sykehusene til praksis, i stor grad også i Helse Vest, mens det i Helse Sør-Øst er mindre utnyttelse. De helseforetakene som brukes mest i region Sør-Øst er Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Det kan synes å være potensiale for kapasitet i de øvrige helseforetakene i regionen, og hvis en tar i betraktning størrelsen på regionen og antall sykehus, er antall studentuker langt lavere enn i de mindre regionene. Forholdstall mellom størrelse og studenter (studieplasser) så vi også av figur 15 tidligere.

En tydelig trend i all sykehusbehandling er at aktiviteter flyttes til poliklinikk og dagbehandling. Pasientkontakt skjer oftere utenom sengepostene, som dermed også får mindre betydning i studentundervisningen. Typisk blir derfor mottaksavdeling, observasjonsposter og poliklinikker mer

sentrale i undervisningen. I dialogen mellom utdanningsinstitusjon og foretak er det et drøftingstema at ny poliklinikk- og mottaksvirksomhet må legge til rette for å inkludere studenter. For å ivareta økt studentaktivitet, er det avgjørende at det både finnes hensiktsmessige arealer og at det bemannings- og tidsmessig legges til rette.

Kommunehelsetjenesten som arena for klinisk praksis

Sammenliknet med spesialisthelsetjenesten er det et mindre volum av praksis i medisinstudiene som finner sted i kommunehelsetjenesten. Kommunene har bare et medvirkningsansvar i utdanning av helsepersonell, og knappe ressurser vanskeliggjør samarbeidet med utdanningene. Finansiering og organisering av fastlegene, hovedsakelig som private foretak med avtale med kommunene, skaper også utfordringer i samarbeidet. De fleste utdanningsinstitusjonene har valgt å inngå avtaler direkte med fastlegene om undervisning og veiledning i kommunen. På andre arenaer der studentene er i praksis, som i sykehjem, på legevakt, helsestasjoner eller i kommunale akutte døgnenheter, er det kommunen som er avtalepart.

Universitetene må selv rekruttere det enkelte praksissted og finansiere alle kostnader ved praksis, det gjelder både honorering av veiledere, infrastruktur og studentenes reise- og boligutgifter i praksisperioder. Dette til forskjell fra praksis i spesialisthelsetjenesten, der grunnkostnaden med veiledning og infrastruktur er dekket i utgangspunktet, og universitetene bare må dekke reise- og boligutgifter. Kostnader ved praksis i primærhelsetjenesten kan samlet sett sies å være en stor belastning for de medisinske lærestedene og et hinder for sterkere prioritering av praksis i denne delen av helsetjenesten.

Som vi har sett, foreslås det i RETHOS-prosessen økt tid i primærhelsetjenesten (minst 10 uker). Dersom antall studieplasser økes vesentlig, vil dette kunne gjøre rekrutteringen av veiledere og praksisplasser enda vanskeligere.

Omfang av praksis og klinisk undervisning i kommunehelsetjenesten

Utvalget har på basis av informasjon fra lærestedene utarbeidet en oversikt over antall fastleger/ fastlegekontorer som er involvert i ekstern praksis i medisinstudiet i landets fylker (tabell 11 under). Praksisperiodene har fastsatte læringsmål innenfor fagene allmennmedisin og samfunnsmedisin. Periodene for ekstern praksis varer 6 uker ved NTNU, UiB og UiO, mens de ved UiT har 8 ukers varighet.

Det er i tillegg annen klinisk undervisning som foregår på fastlegekontorer som del av timeplanlagt undervisning, og dette vil være undervisning av kortere varighet (timer eller enkeltdager). Slik undervisning synliggjøres i tabell 9 tidligere i dette kapitlet.

Tabell 11: Praksisperiode allmennmedisin 5. eller 6. studieår etter lærested, fylke, antall fastlegekontor, antall studenter og antall uker

Lærested	Fylke	Antall fastlege-kontor	Antall studenter per studieår (høst og vår)*	Antall uker i praksis per student	Sum studentuker per fylke
NTNU	Trøndelag	44	85 studenter	6 uker	**510**
	Møre og Romsdal	20	35 studenter	6 uker	**210**
UiB	Sogn og Fjordane	10	20 studenter	6 uker	**120**
	Hordaland	25-30	50-60 studenter	6 uker	**300 - 360**
	Rogaland	25-30	50-60 studenter	6 uker	**300 - 360**
	Vest-Agder	10-12	20-24 studenter	6 uker	**120 - 144**
UiO	Oslo	10	20 studenter	6 uker	**120**
	Akershus	18	40 studenter	6 uker	**240**
	Telemark	7	16 studenter	6 uker	**96**
	Vestfold	9	28 studenter	6 uker	**168**
	Aust-Agder	5	10 studenter	6 uker	**60**
	Buskerud	5	12 studenter	6 uker	**72**
	Oppland	15	40 studenter	6 uker	**240**
	Hedmark	13	32 studenter	6 uker	**192**
	Østfold	8	20 studenter	6 uker	**120**
UiT	Finnmark	12	28 studenter	8 uker	**224**
	Troms	16	41 studenter	8 uker	**328**
	Nordland	14	35 studenter	8 uker	**280**
	Svalbard	1	2 studenter	8 uker	**16**
Total		**267 - 279**	**584 - 608 studenter**		**3716 - 3860**

*ved UiO og UiB er det omtrent like mange studenter i praksis både vår- og høstsemesteret, ved NTNU er studentene i praksis kun om høsten og ved UiT en periode i løpet av studieåret

Kilde: Grimstadutvalget

Oversikten viser at alle fylker er involvert, men i ulik grad. Fordelingen på fastlegekontor følger primært regionsgrensene, slik vi har sett i spesialisthelsetjenesten. Et unntak er Vest-Agder, som i denne fordelingen har samarbeid med UiB. Dette har historiske årsaker, relatert til tilsettingsforhold i universitetsfunksjon.

De fire fakultetene med ansvar for medisinstudier har i mange år arbeidet sammen for å bedre finansieringen av ekstern praksis i kommunehelsetjenesten, uten å ha lykkes i å få gjennomslag for en egen finansieringsordning for dette, slik det er i spesialisthelsetjenesten. Fakultetene ønsker økt eksponering for og praksis fra allmennmedisin, slik at studenten kan delta i fastlegekontorets virksomhet, først og fremst gjennom å trene på fastlegens oppgaver. Studentene skal også delta i andre allmennlegeoppgaver knyttet til for eksempel legevakt, kommunal akutt døgnenhet, sykehjem og helsestasjon. De skal også gjøre seg kjent med oppgavene til kommuneoverlegen og ulike samarbeidsparter i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, NAV og folkehelsearbeid, dessuten med samfunnsmedisinske oppgaver som smittevern og beredskap.

Stortinget har bedt regjeringen sikre at medisinstudenter får mer praksis i kommunehelsetjenesten, og konkret bedt om at det snarest mulig innføres en særskilt finansiering av slik praksis i regi av universitetene (Innst. 109 S, 2017–2018). Per 2019 er det ikke kommet konkrete forslag om dette fra Regjeringen.

I 2019 har fakultetene satt i gang en egen utredning for å kartlegge nåværende ordninger for tilknytning, honorering og kostnadsdekning for praksis i allmennmedisin. Fakultetene skal også

utrede ulike modeller for økonomiske ordninger for ekstern praksis i framtiden, herunder modeller for tilknytning (ansettelse eller kontrakt som næringsdrivende), honorering og kostnadsdekning. Helsedirektoratet har i 2019 fått i oppdrag å utrede mulig lovfesting av et sørge for-ansvar for kommunene for å ta imot studenter i praksis, herunder de økonomiske og administrative konsekvensene. KS har i brev til utvalget uttrykt at ønsket om mer praksis er velkomment, og at man kan godta lovpålagt veiledning i praksis dersom den blir finansiert. KS ønsker finansiering direkte til kommunen, ikke via utdanningsinstitusjonene, slik Stortinget har bedt om. Innspillene fra KS kommer vi nærmere tilbake til i kapittel 10.

Klinisk praksis for norske utenlandsstudenter i medisin

For utenlandsstudenter er det ingen systematiske tilbud om kvalitetssikrede praksisopplegg i Norge, og det er heller ingen faste ordninger som gjør det mulig å ta en klinisk del av studiene her. Det er likevel en del utenlandsstudenter som har praksisopphold i Norge som deler av sin utdanning utenlands, primært for å oppfylle spesifikke praksiskrav i enkelte semestre eller år av studiet. Dette gjelder særlig praksis i spesialisthelsetjenesten. Under slike opphold betegnes studenten ofte som en *hospitant*, selv om forventningene til oppfølging fra studenten sin side ofte kan være det samme som det vi tidligere har betegnet som ekstern praksis.

Som hovedregel er det da snakk om individuelt organiserte opplegg, der studenten selv henvender seg til aktuelle foretak. I et begrenset omfang finnes det også ordninger mellom læresteder utenlands og norske sykehus, der det er tilrettelagt for at praksisopphold kan gjennomføres for en fast gruppe studenter (jfr. ordningen ved SUS for norske studenter fra universiteter i Ungarn).

Utvalget har kartlagt hvordan henvendelser fra medisinstudenter i utlandet håndteres av foretakene, og fått et estimat på hvor mange studenter som får tilrettelagt ulike typer praksisopphold. Spørsmålet fra utvalget til helseforetakene var:

«Har helseforetaket oversikt over hvilket omfang av norske medisinstudenter fra utenlandske utdanningsinstitusjoner som samlet sett gis tilbud om praksis eller hospitering i løpet av et år? Det ønskes oversikt/estimat over årlig omfang siste 3 år.»

Her er et estimat basert på svarene vi fikk:

Tabell 12: Estimat utenlandsstudenter i praksis/hospitering ved helseforetak årlig

Helseforetak	Antall i praksis/klinikk per år
Helse Midt-Norge RHF	Ca. 75 per år
Helse Nord RHF	15-20 per år
Helse Sør-Øst RHF	180 - 186 per år (ekskl. OUS og Ahus)
Helse Vest RHF	164 - 170 per år
Totalt	**434 - 451 per år**

Det hefter usikkerhet ved estimatene fra helseforetakene. Hovedgrunnen er mangelfulle rutiner for å registrere denne typen henvendelser og tilbud, slik vi blant annet har fått opplyst fra OUS og Ahus. Mange henvendelser går rett til avdelinger/klinikker og er vanskelige å fange opp. De sykehusene

som har tett samarbeid med lærestedene om internasjonalisering (innveksling av utenlandske studenter en periode), inkluderer nok også andre typer kandidater enn norske medisinstudenter i utlandet i sine estimat.

Perioden for opphold varierer; noen melder om definerte perioder på 2-8 uker i spesifikke fag (som ved SUS), noen omtaler kortere perioder på mindre enn 2 uker (Helse Sør-Øst). Enkelte sykehus har høyere estimat enn andre (Helse Møre og Romsdal, Sørlandet sykehus, Diakonhjemmet). Her kan også periodene variere fra få uker til flere måneder.

Slik klinisk praksis kan ses som positiv for den enkelte utenlandsstudent og bidrar til innsikt i norsk helsetjeneste for studenter som ellers har alle sine studieerfaringer i medisin fra utlandet. Det er likevel noen viktige problemstillinger knyttet til den praksisen som foregår. For det første er det ingen åpne prosesser om hvem som får tildelt praksis eller hospiteringsplass. Studenttillitsvalgte har meldt til utvalget om utfordringer når det gjelder kvalitet, transparens og rettferdighet i prosessen for å gi norske medisinstudenter fra utenlandske utdanningsinstitusjoner tilbud om praksis eller hospitering. For det andre opptar disse studentene praksisplasser og klinisk kapasitet i sykehusene. Dette går ut over norske studenter i ordinær ekstern praksis, noe som ikke synes å være knyttet til oppdragsdokumentet eller finansieringen til helseforetakene. Utdanningsinstitusjonene har mottatt henvendelser om konkrete og uheldige konkurransesituasjoner mellom studentgrupper når det gjelder tilgang på pasienter, prosedyrer og veiledning. Situasjonen er også nevnt i delrapporten fra arbeidsgruppen for grunnutdanningen i medisin i Praksisprosjektet (2015, s.8).

Utvalget har ikke foretatt en tilsvarende kartlegging av hvordan norske medisinstudenter i utlandet får praksiserfaringer fra kommunehelsetjenesten i Norge. Det er ikke lett å kartlegge dette på tvers av kommuner og fylker i Norge, så her baserer vi oss på informasjon innhentet fra Norsk medisinstudentforening (Nmf). Gjennom Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har det vært rekruttert inn fastleger som har sagt seg villig til å være mentor for studenter. Disse er lagt inn på en liste som medisinstudenter med medlemskap i Nmf har tilgang til. Det er opp til hver enkelt student å kontakte en lege og gjøre en avtale, og mange utenlandsstudenter har sett dette som en fin måte å komme i kontakt med legekontorene på. Det er for øvrig ingen oversikt over hvor ofte ordningen brukes.

Utvalgets vurdering

Utvalget ser praksiserfaringer fra norsk helsetjeneste og norsk pasientvirkelighet som en bærebjelke i norsk medisinutdanning. Da må det også være lagt til rette for et velfungerende samarbeid på praksisfeltet. Kapasiteten i praksis og hvordan man bruker helsetjenesten, er grunnleggende faktorer for i det hele tatt å kunne drøfte en økning på utdanningsfeltet i medisin. Da må også *vilkårene* for både spesialist- og primærhelsetjenesten tematiseres.

Utvalgets kartlegging av omfanget av praksis og klinisk undervisning for medisinstudenter i helsetjenestene viser at det i dag er et varierende antall studentuker avhengig av region og lærested. Lærestedenes studieplaner er ulike, geografiske vilkår i regionene er ulike, og dette avspeiles også i hvor mye studentene er utplassert i helsetjenestene. Basert på helseregionenes inndeling ser vi imidlertid at antall studieplasser per 100.000 innbyggere er ujevnt fordelt, med Helse Nord som den regionen med høyest tetthet (23,9). Helse Sør-Øst har den desidert laveste tettheten (7,4), og i denne regionen er det også flere sykehus som i liten grad har medisinstudenter i klinisk praksis.

Ved kartlegging av medisinstudenters praksisandel i norske sykehus har utvalget fått en god oversikt over omfanget, og ser samtidig hvordan norske medisinstudenter i utlandet er en del av totalbildet allerede.

Med tanke på den kapasitetsøkningen som foreslås, er utvalget opptatt av at det må gjøres helhetlige nasjonale vurderinger i saken, og da er fordelingen mellom helseregionene en viktig faktor.

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

Det er en rekke signaler om utfordringer for økt og bedre praksis i primærhelsetjenesten; i tillegg til finansieringen melder lærestedene om vansker med å rekruttere praksisplasser i allmennmedisin. Usikkerheten og rekrutteringsproblemene i fastlegeordningen (den omtalte «fastlegekrisen») gjør rekrutteringsarbeidet vanskelig. Nye krav til kvalitet på veiledning og økt volum i praksis (RETHOS) gir også utfordringer, og ved en eventuell økning av studieplasser blir det desto viktigere å ha løsninger som letter situasjonen. Utvalget har noen grunnleggende anbefalinger for å sikre nødvendige vilkår for samarbeidet mellom utdanningene og helsetjenestene:

Anbefaling Q **Utvalget anbefaler at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena i medisinstudiet.**

Anbefaling R **Utvalget anbefaler at det innføres nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten.**

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

Vi ser samtidig at lærestedene må være villige til å tilpasse seg en ny tid i organisering av praksis, og prøve ut nye modeller. Det kan være mulig, som mange steder i utlandet, å bruke praksisplassene hele året, inngå avtaler om kontorløsninger, investering og drift av legekontor.

Utvalget ser det for øvrig som et paradoks hvis praksisopplegg for norske medisinstudenter i utlandet medfører at helsetjenesten bidrar til å hjelpe utenlandske læresteder med gjennomføring av egne studieplaner på bekostning av de som studerer medisin i Norge, og med bruk av personell og infrastruktur som er ment og finansiert for norsk medisinutdanning.

For alle norske medisinstudenter er det å ha klinisk praksis ved helseforetak i Norge et gode som styrker grunnlaget for videre rekruttering som LIS1. Det er viktig for den enkelte student å gjøre seg kjent med og bli husket i spesifikke sykehus. Uforutsigbare prosesser rundt tildeling av praksis- eller hospiteringsplasser gagner verken helsetjenesten eller profesjonen. Utvalget ønsker å stimulere til forbedring av rutiner på dette feltet:

Anbefaling P **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.**

8. Kapasitet, muligheter og studiemodeller i norsk medisinutdanning

Hva tenker så de etablerte medisinske lærestedene om en eventuell økning i studenttallet i medisinutdanningen? Hva med nye tanker om utvikling av studieplasser, hvilke planer er konkretisert i Stavanger-regionen, og er det mulig å få til et velfungerende trepartssamarbeid på Vestlandet – slik mandatet skisserer? Er det planer også ved private høyskoler som utvider kapasiteten og muligheter for norsk ungdom som vil studere medisin? Utvalget vil starte med å se på hvordan kapasitet, mulige scenarier for økning av studieplasser og ressursbehov vurderes. Videre ser vi tilbud og planer i lys av aktuelle studiemodeller for medisinstudiet, og drøfter hvordan 3-årige studieløp kan ses i sammenheng med den overordnede anbefalingen fra utvalget om at modellen for medisinstudier i Norge skal være basert på 6-årige integrerte studieprogram (jfr. kapittel 4).

I kapittel 10 trekker vi drøftingene videre til **praksisfeltet**; Hvilken kapasitet er det - i primær- og spesialisthelsetjenesten - for å kunne bidra til en eventuell økning av studieplasser i medisin i Norge? Er det regionale forskjeller, og hvordan kan eventuelt nye studiemodeller for medisinstudiet bidra til å sikre rekruttering og dekke legebehov i landet?

For å illustrere hvor tett utdanningsfeltet og helsetjenestene er knyttet sammen viser vi her en figur med den gjensidige avhengigheten, basert på en illustrasjon av Frenk, Chen et al. (2010)

Figur 16: Sammenhengen mellom utdanningssystemet og helsetjenesten

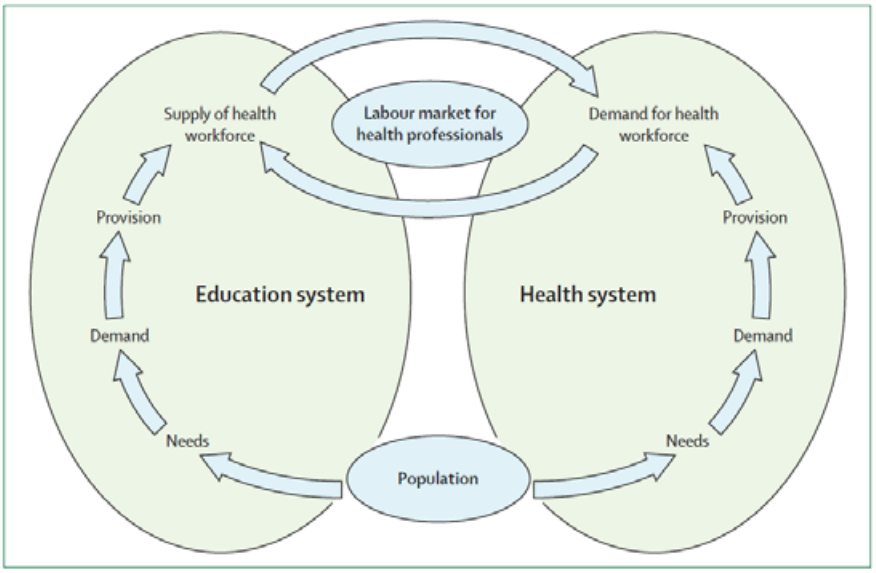


Figure 3: Systems framework

Denne avhengigheten ses på alle nivåer; fra det nødvendige samarbeidet mellom departementene (KD og HOD), til regionalt samarbeid på institusjonsnivå (regionalt helseforetak, KS, universiteter og høyskoler) og på lokalt nivå (sykehusene, kommunehelsetjenesten og fakulteter/institutter). Pasienter, studenter, ferdigutdannet helsepersonell og ansatte – alle har en interesse i at

samarbeidet om en profesjonsutdanning som medisinstudiet baserer seg på har felles forståelse og ordnede rammevilkår. Ved en kapasitetsøkning kan vilkårene utfordres, og da er det viktig å se hvordan argumenter fra helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene henger sammen.

Kapasitetsbegrensninger i dagens 6-årige medisinstudier

I tråd med mandatet ble det innhentet informasjon fra de fire fakultetene som allerede har profesjonsstudier i medisin. De ble spurt om mulig økning innenfor dagens medisinstudier, om status for student-/kandidattall, hvilke muligheter/begrensninger i kapasitet det er ved eventuell tildeling av nye studieplasser, og om de har tilstrekkelig tilgang på praksisplasser. De innspillene som er innhentet gir informasjon om hva som er mulig å få til og hva som er begrensende faktorer.

På spørsmålet om det er mulig å øke antall medisinstudenter innenfor dagens studiemodeller er svaret fra alle fire universiteter at det *ikke* er mulig slik situasjonen er i dag. Gjennomgående for svarene er at det pekes på kapasitetsutfordringer i den kliniske delen av studiet, både når det gjelder oppfølging av studenter i gruppeundervisning og praksisplasser i helsetjenesten. I tillegg er begrensningene knyttet til arealer for undervisning og læring, både laboratorier, auditorier, kurssaler, grupperom og lesesaler.

Som vi har beskrevet i omtalen av medisinstudiene ved fakultetene (kapittel 4), har de alle jobbet med store endringer av studieplanene de siste årene, ikke minst med nye undervisningsformer og modeller for tettere oppfølging av studentene. Studiene er dimensjonert til et studenttall som avspeiler dagens ressurssituasjon, og det medfører kritiske faktorer for drift og logistikk.

NTNU peker på klinisk undervisning i 3. og 4. studieår som en avgjørende begrensning, og viser til strukturen med roterende klinisk undervisning (uketjeneste) på St. Olav Hospital. Der har studentene og underviserne gjennom flere år vært tydelige på at gruppestørrelsen ikke kan økes uten at dette vil gå på bekostning av studentenes læringsutbytte. Ved siste økning av studieplasser i Trondheim (15 nye studieplasser fra 2016) ble det derfor planlagt med en ny modell i et desentralisert studieløp (NTNU Link i Trøndelag) der inntil 16 studenter er ved Sykehuset Levanger fra 3. studieår. Slik har NTNU foreløpig kunnet holde en størrelse på kliniske smågrupper som sikrer godt læringsutbytte. Ved eventuelle ytterligere økninger av studieplasser ser de desentraliserte løp som det aktuelle.

UiB ser nødvendige rammefaktorer i studiets siste halvdel som en begrensning for eventuelt økt opptak innenfor dagens studiemodell. Det gjelder først og fremst mangel på praksisplasser. UiB sin studiemodell baserer seg på et utstrakt samarbeid med sykehusene på Vestlandet; Haugesund, Førde og Stavanger. Både samarbeidende sykehus og primærhelsetjenesten melder at det innenfor dagens praksisperioder ikke er rom for å øke antall studenter. Kun ved å se på alternative modeller for utvidelse, vil det være muligheter.

UiO skisserer flere begrensende faktorer for økning, der lokaler og bemanning står sentralt. Det er også et øvre tak på ordningen med klinisk smågruppeundervisning, og i dagens situasjon er allerede antall studenter i hver gruppe på et punkt utover det som er anbefalt. Hvis studentøkning gjør at en må redusere på denne undervisningsformen, ser fakultetet at det er en utvikling i motsatt retning av hva som er ønskelig. Fakultetet peker også på arbeid med å få lagt klinisk undervisning til sykehus med en pasientpopulasjon som speiler sykdomspanoramaet i befolkningen, og ser at det også framover blir viktig å holde fast ved en kritisk vurdering av hvor grunnutdanningen skal gjennomføre den kliniske undervisningen. Ved ytterligere bruk av lokalsykehus i Helse Sør-Øst som praksisarena for UiO ser fakultetet finansiering av studentenes utgifter til reise og bolig som en utfordring.

UiT skisserer noen hovedutfordringer når de vurderer at det ikke er mulig med økt opptak innenfor dagens studiemodell, særlig knyttet til praksis i primærhelsetjenesten og i psykisk helsevern. Det handler om betydelige kapasitetsutfordringer og en lite tilfredsstillende finansieringsordning for utdanningsoppgaver i primærhelsetjenesten. Det samme gjelder i stor grad praktisk klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten. Studentene i Tromsø har engasjert seg særlig i det som handler om vilkårene for klinisk undervisning, og ser at gruppestørrelsene allerede i dag er en betydelig utfordring. De ser at det må sikres tid og ressurser i undervisningsmiljøene på sykehuset for å få nødvendig oppfølging av og tilbakemelding til studentene. Fakultetet påpeker også at tilgang på laboratoriareal og andre spesialrom for undervisning i basisfag, preklinisk og teoretisk undervisning er en begrensing for eventuelt økt opptak.

Til tross for denne gjennomgangen av begrensningene, slik fakultetene har formidlet dem til utvalget, ser de likevel muligheter framover. Vi skal her beskrive de scenariene som fakultetene tegner opp når de utfordres på muligheten for å få tildelt flere studieplasser innenfor en nasjonal satsing på økt medisinutdanning.

Muligheter for kapasitetsøkning ved de medisinske lærestedene i Norge

Gitt at fakultetene ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser spurte utvalget om hvilke muligheter de har til å klare det, og eventuelt under hvilke forutsetninger. Vi ser først på scenariene som er skissert, i neste omgang hva som skal til for at økningen skal kunne gjennomføres. Øvrige planer for utvidelser i medisinutdanningen, herunder UiS, presenteres i neste punkt.

Alle fire fakulteter med studier i medisin presenterer scenarier for utvidelse, med et volum varierende fra 20 – 140 studieplasser. Tabellen under oppsummerer scenariene.

Tabell 13: Kapasitet og mulige utvidelser ved dagens fire læresteder i medisin, informasjon innhentet av Grimstadutvalget våren 2019. Studieplasser, SP

	NTNU	UiB	UiO	UiT
Studieplasser (SP) i dag	135 SP	165 SP	220 (110 + 110) SP	116 SP
Kapasitet i dagens studier	Begrenset	Begrenset	Begrenset	Begrenset
Modell for scenarier	Desentralisert studiemodell	Desentralisert studiemodell	Økning lokalt og regionalt, i tillegg til desentralisert studiemodell	Praksismodell, rotasjon
Detaljer scenarier	Møre og Romsdal, 15 + 50 SP studieplasser (desentral utdanningsmodell NTNU Link)	Stavanger, Haugesund, Førde – *Vestlandslegen,* 100 SP, desentral utdanning	Oslo Pluss (50 SP) Oslo-Viken (60 SP) Oslo-Sør (30 SP)	5. år som praksisperioder-tredelt rotasjon 20-25 SP

NTNU beskriver to scenarier for økning, der det første omhandler en utvidelse med 15 studenter (fra dagens 135 studieplasser til 150 studieplasser totalt). En slik første økning ønskes utredet i dialog med Helse Møre og Romsdal HF, som et desentralisert studieløp i 3. og 4. studieår etter modell av NTNU Link i Trøndelag. Det ville bety 150 studenter i 1. og 2. studieår med undervisning i Trondheim. For 5. og 6. studieår av et slikt studieløp handler det om å sikre kapasitet for praksisplasser i primærhelsetjenesten, og her er det nødvendig å gjøre en mulighetsstudie.
Det andre scenariet fra NTNU innebærer en utvidelse med ytterligere 50 studenter (fra 150 til 200 studieplasser), og da med utvidelse av den desentraliserte utdanningen fra 3. studieår til enda flere lokasjoner. Det vises til at Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU er Norges største medisinske og helsefaglige fakultet, med hovedbase i Trondheim og med Institutt for helsevitenskap på Gjøvik, Institutt for helsevitenskap i Ålesund og med campus også i Levanger (NTNU Link og HUNT).

UiB har ett scenario for utvidelse, som innebærer en visjon om å utdanne *«Vestlandslegen»*; leger *på* Vestlandet *for* Vestlandet, som et akademisk kompetanseløft for helsetjenesten i hele landsdelen. Det ønskes opprettet et nytt medisinstudium med inntil 100 studieplasser, med opptrapping over noen år. Ønsket utvidelse ses som en type desentralisert studiemodell, der studentene er i Bergen de tre første studieårene for så å ha sterk tilknytning til en annen lokalisasjon på Vestlandet de tre siste studieårene (4. - 6 studieår). Den viktigste lokalisasjonen i et nytt studium vil være Stavanger, og UiB ser for seg sterkt utvidet bruk av SUS. Ved sykehusene i Førde og Haugesund ser en for seg utdanningsmodeller av samme type som NTNU Link i Trøndelag og Finnmarks- og Bodø-modellen ved UiT. Ved fullskala drift med 100 nye studieplasser anslås det en fordeling med 50 studenter i Stavanger de tre siste årene, 25 studenter i Bergen, 15 studenter i Haugesund og 10 studenter i Førde. Kapasiteten i Stavanger ønskes oppbygd først. Studiemodellen og mulig samarbeid også med UiS vil omtales nærmere i kapittel 9.

UiO kom med oppdaterte innspill til utvalget i mai 2019, og her er det lagt vekt på de mulighetene som kan ligge i en økt utnyttelse av kapasitet i hele helseregion Sør-Øst. UiO sier at de på sikt kan øke utdanningskapasiteten med inntil 60 %, fra 220 til 360 studieplasser. I første omgang kan en se for seg økt utnyttelse av kapasitet ved omlegging av klinisk undervisning ved universitetssykehusene sentralt i Oslo-området, for deretter å trappe opp og inkludere sykehusene i Vestre Viken (Drammen og Bærum). Videre ønsker en å bygge opp et desentralisert studium ved Sørlandet sykehus, Kristiansand og tilliggende kommuner. En tentativ plan for opptrapping i Oslo, Vestre Viken og Sørlandet SHF er en fordeling med henholdsvis 50, 60 og 30 studieplasser over noe tid. Med en noe lengre planleggingsfase antyder UiO også at de kan gjennomføre en større konseptuell omlegging av hele studiet, der også helseforetak som Innlandet, Telemark og Østfold kan inkluderes.

UiT har begrensede ressurser og kapasitet for en eventuell økning, men presenterer et scenario for en økning på 20-25 studenter som i hovedsak vil måtte basere seg på en ny modell og utvidet rotasjon i praksisperioder mellom primærhelsetjeneste, sykehus og psykiatri. En mulig framtidig modell vil være å ha fire praksisperioder i året i stedet for dagens tre perioder, og det pekes på at det i så fall kan bli nødvendig å utvide undervisningstidsrommet utover tidene for en normalarbeidsdag.

Det presiseres at tidsaspektet for eventuelle økninger ikke er angitt spesifikt for hvert fakultet, men både NTNU og UiB har stilt seg positive til at en eventuell økning kan starte allerede fra høsten 2021 (eventuelt fra høsten 2020 om nødvendig).

Betraktninger fra utvalget på fakultetenes tilbakemeldinger
Utvalget ser tilbakemeldingene fra de etablerte fakultetene som uttrykk for den utviklingen som har preget utdanningene siste periode. Etter flere års arbeid med studieplanprosesser som har endret premissene for faglig integrering og pedagogisk arbeid i fagmiljøene (jfr. kapittel 4), er det en viss endringstretthet i organisasjonene. Siden antall studieplasser har stått nesten på stedet hvil siden begynnelsen av 2000-tallet, er nye studieplaner rigget for det studentantallet fakultetene har i dag. De nye studieplanene er bygget på modeller som i stor grad synes å ha tatt ut potensialet i faglige og administrative ressurser, og som innebærer en logistikk som i mer utpreget grad enn før bygger på pedagogiske modeller, med tettere oppfølging av medisinstudentene. Flere av institusjonene peker på koblingen mellom studiekvalitet og gruppestørrelse i klinisk sammenheng. Dette kan også ses i relasjon til de strukturelle endringene i hele utdanningsløpet for medisin, både med endring i turnustjenesten, utstedelse av autorisasjon etter fullført grunnutdanning og omlegging av hele spesialistutdanningen. Bevisstheten rundt kvalitet i utdanning har preget hele utdanningsfeltet i Norge gjennom omfattende reformer de siste tiårene, og som vi har sett er dette også de siste årene utvidet til å gjelde tettere kvalitetsoppfølging i praksis.

Innspillene fra fakultetene peker mot en realistisk utvikling i retning av desentrale modeller (jfr. NTNU), og en ser studieplanutvikling som uttrykk for overordnede regionale vyer (jfr. UiB). Det er fremmet konstruktive løsningsforslag for å utnytte potensialet i restkapasitet (jfr. UiT), og det er fornyet vilje til ekspansjon og utnyttelse av kapasitet innen egen helseregion (jfr. UiO). Oppsummert synes utvalget at fakultetene har kommet med gode innspill og vist vilje til å tenke nytt for å bidra til den kapasitetsøkningen som vi ser behov for nasjonalt.

Premisser for eventuell økning av studieplasser ved de medisinske lærestedene i Norge

Hva skal så til for at dagens læresteder i medisin skal kunne håndtere en økning i studieplasser i medisin? Som premiss for tilbakemeldingene fra fakultetene om økning av studieplasser, forutsatte vi at dagens finansieringsordninger for studieplasser i medisin ble lagt til grunn. Utvalget ønsket ikke å få en detaljert utredning av økonomiske konsekvenser fra lærestedene, men en *beskrivelse av hvilken type ressurser* som var aktuelle ved konkretisering av planer om utvikling av nye studiemodeller. Vi forutsatte videre at modellene som ble beskrevet måtte være av forpliktende karakter, forutsatt at nødvendige rammebetingelser blir stilt til rådighet.

Fakultetene melder tilbake ganske ensartede beskrivelser av ressursbehov. Først og fremst handler det om rammevilkårene for klinisk undervisning og praksis i helsetjenestene, videre er arealer, utstyr og bemanning sentrale faktorer. Det argumenteres for ressursene og rammevilkårene fra litt ulike synsvinkler:

NTNU ser for begge scenarier situasjonen slik at tilgangen på tilstrekkelig antall praksisplasser i helseregionen vil være en utfordring. De forutsetter at det sikres forpliktende avtaler om praksisplasser både med de regionale helseforetakene og med fastleger/primærhelsetjenesten hvis en økning skal gjennomføres. Videre ser de at finansiering av nødvendige undervisningsressurser må på plass, og at det er behov for investeringer i areal til undervisning, inkludert ferdighets- og simuleringsfasiliteter, både i Trondheim og ved mulige desentrale lokasjoner. Nødvendige administrative ressurser for å gjennomføre en eventuell økning av studenttallet må også inkluderes.

UiB beskriver en bredde i rammefaktorer som må være tilstede hvis de skal kunne gjennomføre visjonen om «Vestlandslegen». Arealmessig er videreutviklingen av Alrek helseklynge – som del av UiBs strategiske satsing på klynger - en viktig brikke. Det omfatter også utvidet samarbeid med flere aktører i klyngen innenfor samme geografiske område (Haraldsplass Diakonale sykehus, VID

vitenskapelige høgskole og Bergen kommune). Det er her snakk om arealkostnader, enten kostnader til leie av areal eller til finansiering av bygg. Utvidet samarbeid med Bergen kommune vil betinge finansiering av praksisplasser. For innovasjon av undervisningen i basale og parakliniske fag påregnes det betydelige investeringskostnader til et digitaliseringsprosjekt. For å styrke og eventuelt dublere eksisterende undervisning vil det kreves tilførsel av nye personellressurser. Det gjelder både i undervisningsmiljøene i Bergen, og ikke minst ved de samarbeidende sykehusene. Både i Stavanger, Haugesund og Førde må nødvendige ressurser tilføres for å kunne øke volum av studenter. Særlig for Stavanger vil en økning av ansvar og oppgaver kreve både økte arealer, økning i stillingsressurser og økning av basisbevilgningen til foretaket.

UiB ser det som urealistisk med en stor økning i bruken av kommunehelsetjenesten dersom det ikke kommer nye ordninger for finansiering av slik praksis. Det vises til at Stortinget også har bedt om at nye ordninger utredes, og at både fakultetene selv og Helsedirektoratet har i oppdrag å belyse saken.

UiO melder om at omlegging vil kreve oppgradering og utvidelse av dagens lokaler for å kunne gjennomføre flere parallelle kurs, og en kan også se for seg mulige nybygg og/eller sambruk av nye undervisningslokaler i andre planlagte nybygg ved UiO. Et økt årlig opptak av studenter ved UiO vil kreve en økning både i antall vitenskapelig ansatte og administrative ressurser, og det presiseres at det må settes av tilstrekkelig tid til å rekruttere nye lærere før antall studenter økes. Fakultetet ser at en omlegging vil kreve god planlegging, og at det tidligst kan skje en økning i opptak høsten 2024. De må være sikret ressurser for å starte investeringer og omlegginger i basalfagene i god tid før studiestart, siden det er her det største presset med nye studenter kommer.

UiT fremhever at kapasiteten i praksis i primærhelsetjenesten må styrkes gjennom en avklaring av arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen. Undervisning må bli en del av fastlegejobben og universitetene må få tilstrekkelig finansiering til å honorere fastlegene for å bidra. I tillegg ser UiT det som en forutsetning at spesialisthelsetjenesten tilføres ekstra, øremerkede ressurser dersom antall studenter skal økes. Spesialisthelsetjenesten er allerede pålagt betydelige omstillingskrav både gjennom tildelinger på statsbudsjettet og ved at nye tilbud og den nye spesialistutdanningen for leger skal skje innenfor dagens budsjettrammer. Undervisning av medisinstudentene krever mye ressurser alle studieår. UiT beskriver videre at deres simuleringslaboratorium allerede har underkapasitet og må oppskaleres og videreutvikles. Dette vil medføre økte kostnader.

Betraktninger fra utvalget om premissene for økning

Vi ser at alle fakultetene melder om begrensninger i areal til undervisning og ressurser til undervisning. Type arealer illustrerer bredden i behovene for et 6-årig profesjonsstudium, fra laboratoriefasiliteter og arealer til basalfaglig undervisning, til arealer for simulerings- og ferdighetstrening og videre behov for fasiliteter når studenter er i praktisk klinisk undervisning.
Det er også en gjennomgående tilbakemelding at det trengs avklaringer av økonomiske vilkår for samarbeidet med praksisfeltet, særlig når det gjelder finansiering av praksis i primærhelsetjenesten, men også i spesialisthelsetjenesten der mange nye oppgaver skal løses innenfor de eksisterende økonomiske rammene. Disse innspillene adresseres også i anbefalingene fra utvalget, slik de er gjort rede for i kapittel 7 *Praksis som del av medisinstudiene i Norge.*

Planer for øvrige utvidelser på utdanningsfeltet i medisin

Utvalget sendte en forespørsel til andre læresteder i Norge, både statlige institusjoner og private høyskoler, der vi spurte om det forelå noen føringer i strategiske planer, vedtak fra styre eller

beslutninger i administrative organer om at universitetet/høgskolen tok sikte på å etablere/søke om akkreditering av et medisinstudium. Videre spurte vi om det var etablert samarbeid med andre norske eller utenlandske utdanningsinstitusjoner om å ivareta deler av et medisinstudium, eller om det var planer om å etablere kontakt med andre norske eller utenlandske utdanningsinstitusjoner om et slikt samarbeid.
På disse spørsmålene var det kun UiS – som vi hadde egen dialog med – som ga innspill om framtidige planer for etablering av studie i medisin, og dette omtales nærmere under. Et par av de private høyskolene – Høyskolen Kristiania og Bjørknes Høyskole – skisserte planer for utvidelse av samarbeidsrelasjoner med utenlandske læresteder. I tillegg til omtale av disse to under, har vi i vedlegg 8 oppsummert svar fra de lærestedene som fikk en egen henvendelse fra utvalget.

Siden det allerede var kjent at UiS hadde ønsker og planer om et studium, og dette også var en del av utvalgets mandat å utrede, har utvalget hatt eget møte med UiS for å få deres planer presentert. Møtet fant sted i Stavanger februar 2018. UiS har i etterkant også kommet med skriftlige innspill til utvalget.

Universitetet i Stavanger

UiS-ledelsen og -styret har en klar ambisjon om å få etablert et studium i medisin ved UiS, med rett til å tildele graden cand. med. Dette innebærer i første omgang å få etablert et studium som omfatter de tre siste årene av et seksårig løp. Ambisjonen er å etablere studiet i tett samarbeid med SUS, kommunene i Rogaland og også i forståelse og samarbeid med UiB.

Styret ved UiS (2016-2019) hadde saken på agendaen i fire styremøter i 2017, 2018 og 2019 og ett strategiseminar i 2019.

UiS sin strategiske begrunnelse for en framtidig medisinutdanning er først og fremst knyttet til:

1. Viktigheten av å utdanne leger for å sikre rekrutteringen i primærhelsetjenesten/ allmennmedisin både regionalt og nasjonalt.
2. Utprøve nye måter å drive norsk medisinutdanning og tverrfaglige helseutdanninger på.
3. Rogaland fylke har tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for å etablere en forsvarlig utdanning.
4. SUS er ett av landets seks universitetssykehus og det tredje største akuttsykehuset i landet.
5. UiS, SUS og andre regionale aktører har samlet sett den nødvendige kompetansen for å sikre en etablering av en forsvarlig grunnutdanning innenfor medisin.
6. Utnytte potensialet samlokalisering av UiS og SUS gir.
7. Viktig bærebjelke i universitetsbyggingen og i helsesatsingen ved UiS.
8. Styrking av forskningsbasert kunnskapsutvikling på helsefeltet i regionen.

Saken om medisinutdanning ved UiS er ikke ny. Den har hatt en utvikling i ambisjonsnivå fra 2009 og gjennom styreperioden 2016-2019. Ambisjonen om medisinutdanning til UiS kom første gang fram i rapporten fra 2009 til tenketanken for et framtidig helsefakultet ved universitetet. Tenketanken bestod av interne og eksterne representanter, herunder fra SUS. Signaler fra Helsedirektoratet i denne perioden om å utdanne en større andel av framtidens leger i Norge (omtalt i kapittel 3 om studieplasser og dimensjonering), bidro til motivasjonen om å bidra.

Styret i Helse Stavanger tok i 2013 en mulighetsskisse for økt utdanningskapasitet på Vestlandet til orientering. Økningen skulle skje ved å utnytte utdanningskapasiteten ved SUS i klinisk medisin i Stavanger i regi av UiB og i nært samarbeid med UiS og kommunene om allmennmedisinsk utdanning. I styrepapirene ble det langsiktige arbeidet med å bygge opp den nødvendige kompetansen for å kunne påta seg utdanning av leger framhevet. Sykehuset hadde også utviklet

undervisningskompetanse gjennom klinisk undervisning av medisinstudenter fra UiB og gjennomføring av siste års kliniske opplæring av studenter fra Semmelweis University of Medicine og andre universitet i Ungarn.

I oktober 2015 leverte en arbeidsgruppe nedsatt av Nettverk for medisinske vitenskaper en mulighetsvurdering av master i medisin ved UiS. Arbeidsgruppens konklusjon var at det var gode grunner til at alternative studiesteder/-modeller burde vurderes med tanke på å øke den totale utdanningskapasiteten for medisin i Norge. Rapporten viste at Stavanger-regionen har kapasitet i form av kompetanse knyttet til den kliniske delen av medisinutdanningen. Anbefalingen var videre å søke om tillatelse til å utrede etablering i medisin (klinisk del) ved UiS i tett samarbeid med SUS og øvrige helsefaglige aktører i regionen. Dekanen på SV-fakultetet ga 15.01.16 utredningstillatelse for arbeidet med studieplanen.

1. august 2017 ble Fakultet for helsevitenskap ved UiS formelt etablert etter å ha vært et mål både i SV-fakultetets strategi og i den overordnede strategien til UiS.

Våren 2019 ble det konkretisert et forslag til en studieplan for et 3-årig klinisk orientert studium i medisin. Forslaget er en temaorganisert Europamodell med planlagt opptak av 70 norske medisinstudenter fra utlandet per år, med styrket tilknytning til kommunehelsetjenesten i studieprogrammet. Europamodellen er i første omgang tenkt gjennomført som en pilot, og i neste omgang er det skissert at utprøvingen kan få en eller flere utganger;

1. UiS kan fortsette å rekruttere norske studenter i utlandet til UiS i en avgrenset eller lengre periode.
2. Kunnskapsgrunnlaget fra piloten kan på sikt brukes i oppbyggingen av en full 6-årig medisinutdanning ved UiS.
3. Underveis kan UiS bearbeide og integrere modellen i en felles utdanning der både UiS og UiB har gradsrett og samarbeider om den samme studentpopulasjonen.

UiS egenvurdering er at de allerede i dag har vitenskapelige ressurser og infrastruktur, i hovedsak knyttet til Det helsevitenskapelige fakultet og Det teknisk-naturvitenskapelig fakultet, som er relevante for en framtidig medisinutdanning. Etter samråd med styret vil også ledelsen hente inn penger regionalt for å sikre et økonomisk fundament til nødvendige personellressurser i oppbyggingsfasen av studiet.

Private høyskoler

To av de private høyskolene, som allerede i dag har ulike modeller for å tilby enten en basis for eller en tilrettelegging for opptak, melder om nye planer for utvidelse av samarbeidsrelasjoner med utenlandske læresteder i medisin:

Høyskolen Kristiania – etablerer bachelor i biomedisin f.o.m. høsten 2019. I den sammenheng har høyskolen inngått samarbeid med et universitet på Kypros (University of Nicosia), og planlegger ytterligere samarbeidsrelasjoner. Avtalene skal sikre at studenter har en mulighet til å fortsette sin utdanning i utlandet for å fullføre et medisinstudium, for eksempel på Kypros. Studiemodellen vil være tre år ved Høyskolen Kristiania på studieprogrammet bachelor i biomedisin, deretter kan studentene søke på fire års medisinstudier ved utenlandsk universitet. I tillegg vil det ved fullført studieløp på Kypros (vitnemål fra St. Georges University, England) kreves gjennomføring av et praktisk år (Foundation year) i England for å være i posisjon til å kunne få norsk autorisasjon. Dette må også studentene søke om.

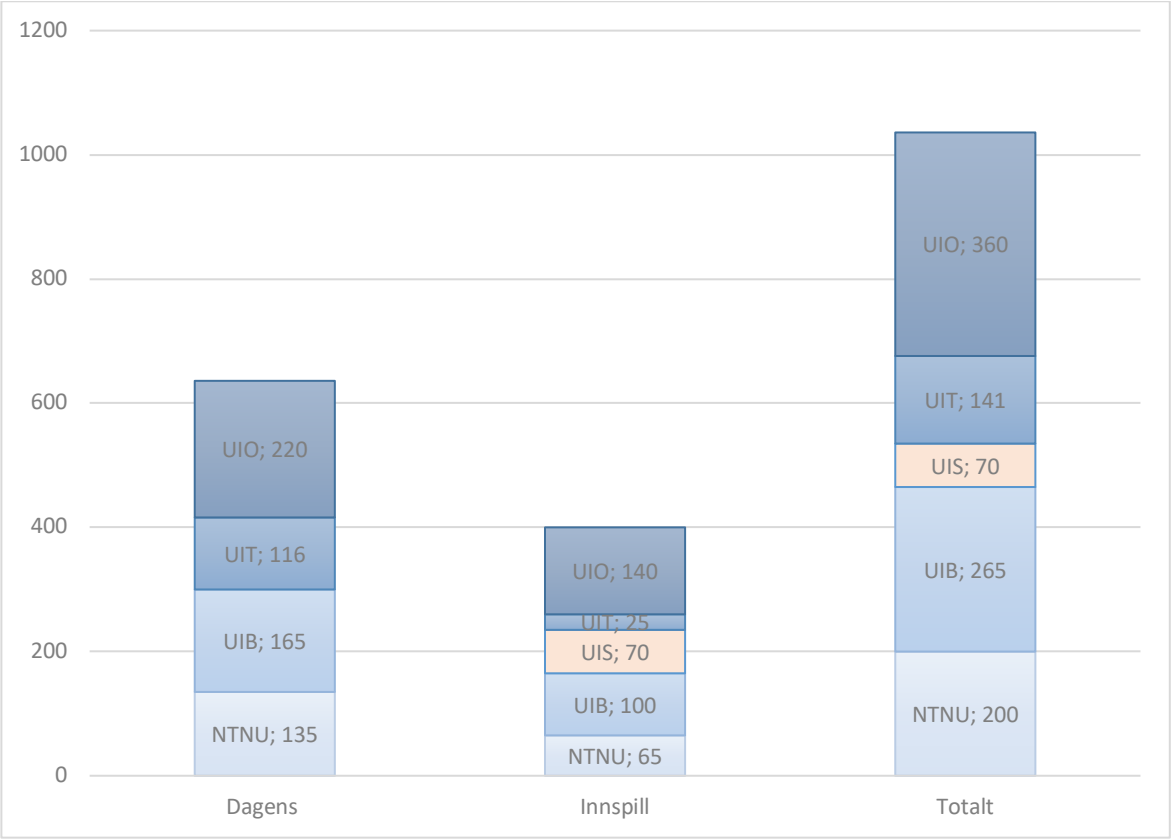
Bjørknes Høyskole – har i dag et samarbeid med University of Pécs Medical School i Ungarn hvor studenter som har fullført årsenhet i medisinsk biologi på Bjørknes kan starte direkte på 2. året på medisin. Samarbeidsavtalen har en øvre grense på 75 studenter per studieår. Bjørknes har planer om å inngå et tilsvarende samarbeid med Medical University of Gdansk i Polen i løpet av en toårsperiode. Det vil her være en øvre grense på 30 studenter per år.

Utvalget kjenner ikke til andre planer, og tar forbehold ved at det kan være aktører på feltet som vi ikke har oversikt over.

Oversikt over innspill om nye studieplasser

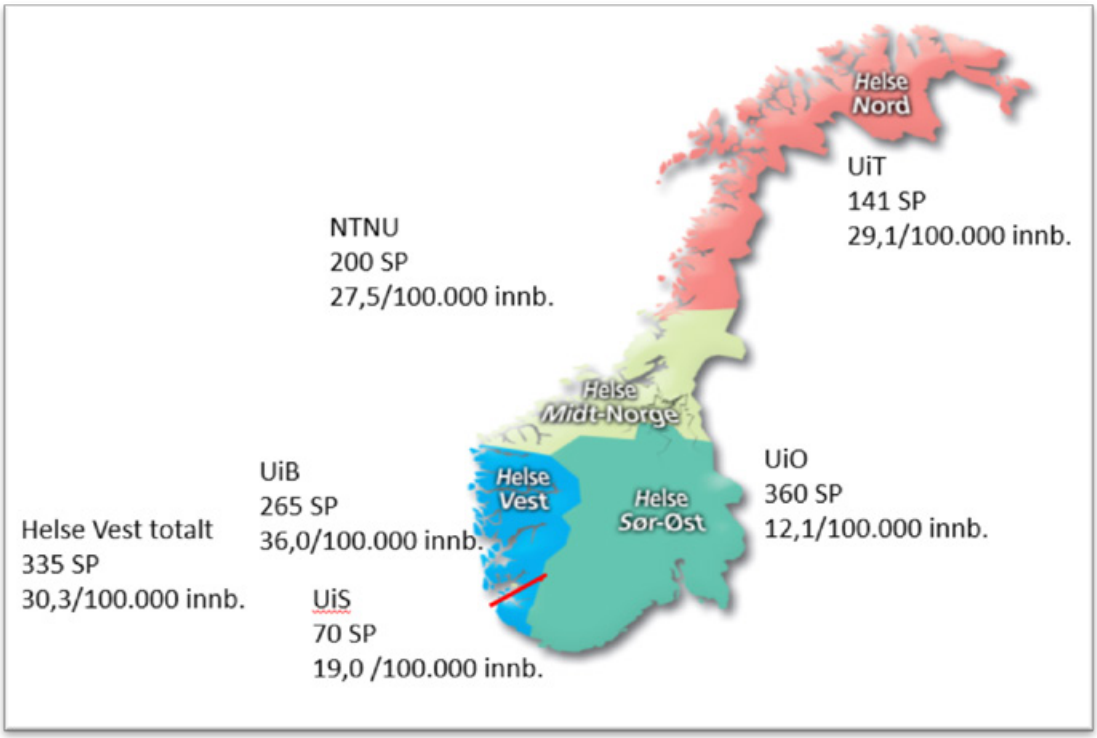
Fra lærestedene er det totalt sett meldt inn forslag om 400 nye studieplasser – herav 330 studieplasser på 6-årige studieløp (NTNU, UiB, UiO og UiT) og 70 studieplasser på 3- årig studieløp (UiS). Samlet kan det illustreres slik; se figur 17 for antall og fordeling, og figur 18 med illustrasjon over studieplasser fordelt på helseregionene.

Figur 17: Antall studieplasser i medisin i dag, innspill om nye studieplasser og sum antall inkludert innspillene



Kilde: Grimstadutvalget 2019

Figur 18: Studieplasser (SP) per 100.000 innbyggere (innb.) etter innspill om nye studieplasser fordelt på helseregionene



Kilde: Grimstadutvalget 2019

Figuren over viser at forholdstallene mellom antall studieplasser og innbyggertall i regionene endrer seg med de nye forslagene til studieplasser. I Helse Nord økes tettheten noe, fra 23,9 til 29,1, i en region som allerede i utgangspunktet har en høy utnyttelse i studieplasser i forhold til befolkningstall. For Helse Midt-Norge økes det fra 18,6 til 27,5, en økning som synes å ta ut potensialet i regionen. For Helse Sør-Øst er den opprinnelig lave tettheten på 7,4 øket marginalt til 12,1 med de innspillene som foreligger. Det er imidlertid innspillene fra universitetene på Vestlandet vi skal se litt nærmere på her, da dette også er et av hovedpunktene i utvalgets mandat.

På bakgrunn av at studentene i praksis fordeles innenfor de regionale grensene som foretakene utgjør, kan vi beregne antall studieplasser etter folketallet i Helse Vest. UiB har spilt inn å etablere 100 nye studieplasser og UiS har foreslått 70 nye studieplasser innenfor Helse Vest. Til sammen vil dette potensielt gi totalt 335 studieplasser i Helse Vest, som tilsvarer 30,3 studieplasser per 100.000 innbyggere. Dersom UiS skulle bli et selvstendig studiested med 70 studieplasser på de 370 000 innbyggerne som sokner til SUS, vil dette gi 19 studieplasser per 100.000 innbyggere i den delen av regionen. Dersom UIB med totalt 265 studieplasser skulle ha utdanning i resten av Helse Vest, ville det innebære 36,0 studieplasser per 100.000 innbygger. I figuren over er et skille mellom sør og nord i regionen tegnet inn, kun som en illustrasjon i et tenkt scenario.

Utvalgets vurdering av dette scenariet er at 36,0 studieplasser per 100.000 innbyggere er meget høyt, det er også 30,3 per 100.000 innbyggere. Det synes ikke å være rom for innspillene fra både UiB og UiS, slik de foreligger i dag, innenfor samme helseregion. UiB benytter allerede SUS som praksissted og har basert seg på Stavanger som praksissted også videre, for cirka 50 av de nye

studieplassene som er foreslått. Om UiB kun skulle ha nordre deler av helseregionen som sin praksisarena, vil det eksisterende antallet studieplasser ved UiB (165 studieplasser) være mer realistisk. Det ville gitt 22,4 studieplasser per 100.000 innbyggere. Sammen med antall studieplasser ved UiS ville det blitt 21,2 studieplasser per 100.000 innbyggere totalt i Helse Vest.

Vurdering av ulike studiemodeller

Utvalget har hatt en bred drøfting av ulike studiemodeller med tanke på eventuelt økt antall studieplasser i medisin i Norge. De tilbudene som er presentert over viser ulik tenkning om hvordan kapasiteten for medisinstudiet kan økes, enten på kort eller lang sikt. Vi skal derfor her se spesielt på drøftinger av 6-årige versus 3-årige studieløp.

Utvalget har på basis av muligheter og erfaringer nasjonalt og internasjonalt skissert mulige studiemodeller slik:

Tabell 14: Mulige studiemodeller, Grimstadutvalget

1a	**1b**	**1c**	**2**	**3**	**4**
6-årig integrert studium - utvidelse dagens læresteder	6-årig integrert studium - utvikling nye studieløp/ halvdesentral	6-årig integrert studium - nytt lærested	Utland 3 første år, hjem 3 siste år (Ev utland 2 år, hjem 4 år)	Oppkjøp studieplasser, 6-årig studieløp tilpasset RETHOS Overgangsmodell	Kombinasjon private høyskoler – videre studieløp utland el innland (1+6, 1+5, 3+4 etc.)

6-årig integrert studium

Den grunnleggende norske modellen skal etter utvalgets mening være et 6-årig integrert studium, jfr. modell 1a i tabellen over. Det er denne modellen som representerer dagens norske medisinstudier, som ved alle de fire universitetene har gjennomgått store endringer de siste årene (jfr. kapittel 4). Det er også denne modellen som rammeverket i RETHOS legger opp til. Modellen er også i tråd med EUs regelverk, internasjonale trender og moderne pedagogiske prinsipper for medisinutdanning.

Modell 1a vil innebære en utvidelse ved dagens læresteder, en mulighet som det i svar fra fakultetene påpekes at det er begrenset kapasitet til i dag. Fakultetene peker i retning av modell 1b, med utvikling av nye studieløp, og det vi kan kalle halv-desentraliserte studieløp. Det innebærer studieløp der studentene i en stor del av utdanningsløpet er lokalisert et annet sted enn ved universitetssykehuset og i universitetsbyen, i en region eller et lokalsamfunn som kan bidra med klinisk undervisning og klinisk praksis. Eksempler på denne modellen i dagens medisinstudier er Finnmarksmodellen og Bodø-modellen tilknyttet UiT, og Levanger/ NTNU Link som et parallelt studietilbud i medisin ved NTNU. Disse modellene bruker kapasiteten og ressursene i helsetjenesten i en større del av helseregionene på en hensiktsmessig måte, også med tanke på pasientgrunnlaget utenfor de største byene. Utvalget ser dette som en utvikling med etablering av nye *campuser*, og vil gjøre rede for begrepet og modellen i eget punkt under.

Modell 1c – 6-årig integrert nytt studium ved nytt lærested - er en del av mandatet i den forstand at utvalget skal vurdere eventuell oppbygging av nye læresteder i medisin. Vi kommer tilbake til denne vurderingen i sammenheng med omtale av 3-årige studieløp.

3-årig studieløp i Norge, kombinert med utdanning utenlands

Modell 2 i tabellen over kombinerer utdanning utenlands med utdanning hjemme, og forutsetter at den første delen av utdanningen tas ved et lærested utenlands. Denne modellen har også tidligere vært i bruk for å øke kapasiteten for norske medisinstudenter som har startet sin utdanning i utlandet, jfr. Aker-Lørenskog-modellen som eksisterte i årene 1969-1987 (omtalt i kapittel 3).

Den mest aktuelle kombinasjonen har vært sett som 3+3; de tre første studieårene utenlands, de tre siste hjemme. I dialog med norske studenter ved utenlandske læresteder ble det imidlertid fremmet et ønske om å vurdere en kombinasjon med 2+4; 2 studieår utenlands og 4 år hjemme. Vi har ved oversikten over de fem mest populære studiestedene i utlandet (i kapittel 5) sett at studiet ved noen læresteder er lagt opp slik at prekliniske fag utgjør de to første studieårene. For studenter ved slike læresteder vil en overgang etter de første 2 årene passe godt, og ved å starte hjemme allerede i 3. studieår vil det kunne gi rom for en tidligere klinisk eksponering og introduksjon til norske forhold.

I dialog med Norsk medisinstudentforening og tillitsvalgte for norske utenlandsstudenter har vi også fått innspill til modellene med 3+3 eller 2+4. De fleste utenlandsstudentene oppgir at de ville foretrekke å gjennomføre de siste 3 eller 4 årene i Norge. For å sikre en mest mulig forutsigbar studieprogresjon, ville de helst vite om dette fra starten av. De mente det ville være svært krevende å få til rettferdige opptaksordninger for siste del av studiet på grunnlag av karakterer fra halvgått løp i utlandet, fordi karaktergivningen varierer mye og kan være ganske uforutsigbar. Noen nevnte muligheten for å ta opp dem som hadde studieløp som var mest kompatible med de norske.

Oppkjøp studieplasser utenlands, 6-årige studieløp

Modell 3 er en kjent modell fra en tidligere fase med økning av kapasiteten for studieplasser i Norge, jfr. ordningen som ble administrert ved NTNU i perioden 1997 – 2003 (omtalt i kapittel 3). Utvalget ser at en slik modell har vært – og bør eventuelt fortsatt være – en overgangsmodell. Det som er nytt i dagens situasjon, er de forskriftsfestede kravene som vil stilles til medisinutdanningen i form av RETHOS. Utvalget ser derfor muligheten for at det kan stilles tilsvarende krav til utdanningsinstitusjoner det eventuelt kunne være aktuelt å samarbeide med. Noe av innholdet i RETHOS vil ikke kunne oppfylles i land med en annen organisering av helsetjenestene, og i slike tilfeller vil ordninger rundt praksis/klinisk undervisning med norsk helsetjeneste kunne bli en nødvendig del av samarbeidet.

Kombinasjon private høyskoler – utdanning utenlands

Modell 4 er basert på de private tilbudene i utdanningsfeltet for medisin, og er sånn sett en modell som har en betydelig markedsandel slik dagens situasjon på utdanningsfeltet er. Utvalget vil ikke anbefale videre stimulering av denne modellen, og dette henger sammen med de anbefalingene vi har gjort rede for i kapittel 5 - *Medisinutdanning for norske studenter utenlands*. Den foreslåtte reduksjonen av Lånekassens økonomiske støtte til medisinutdanning i utlandet, vil føre til at volumet av denne modellen vil reduseres.

Etablering av campuser som ledd i regional utvikling

Legebehovet i landsdelen var et av de viktigste argumentene for opprettelsen av medisinstudiet ved UiT, som startet opp i 1973. UiT tok mål av seg til å bli "hele landsdelens universitet", og praksisutplassering på lokalsykehus og i primærhelsetjenesten ble en viktig del av medisinstudiet. Til tross for at en større andel av kandidater fra UiT enn fra andre universiteter tar seg jobb i nord, har landsdelen fortsatt å slite med helsepersonellmangel. For å bøte på dette, har man blant annet økt studentopptaket, og UiT utdanner en større andel av norske leger enn befolkningsgrunnlaget skulle tilsi. For å øke kapasiteten – og rekrutteringseffekten – har man tatt i bruk andre kliniske læringsarenaer (Bodø-modellen og Finnmarks-modellen) de siste årene i studiet. De samme prinsippene er lagt til grunn for NTNU Link i Trøndelag. Egne punkter om Finnmarks-modellen og NTNU Link følger under.

Erfaringene så langt tilsier at rekrutteringsvansker er et godt insitament for å få helsetjenesten til å legge til rette for god studentundervisning, og at studentene opplever et godt læringsmiljø på de desentraliserte studiestedene.

Dette er bakgrunnen for at utvalget ser utvikling av nye lokasjoner som en viktig del av utviklingen, og da i tilknytning til studiemodell 1b over. Som en betegnelse på nye lokasjoner vil vi bruke begrepet *campus* – i denne betydning *et lokalsamfunn eller et geografisk avgrenset område der et etablert lærested har undervisnings- og/eller forskningsaktivitet og der helsetjenesten på stedet har en sentral rolle i utforming og medvirkning i utdanningsaktivitetene.* Både Bodø-modellen (UiT) og Link-modellen (NTNU) baserer seg i større grad på én lokasjon utenfor universitetsbyen.

En viktig begrunnelse for utvikling av nye campuser i tilknytning til medisinstudiene er at en bedre kan inkludere en større del av helsetjenesten, både i praksis og i klinisk undervisning. Liggetiden for pasienter på sykehus, og særlig på universitetssykehusene, går stadig ned, og en stadig større del av sykdomsforløpet håndteres i primærhelsetjenesten. Det innebærer at det er stadig flere tilstander studentene ikke vil rekke å se inne på de store sykehusene. Samtidig må de i stadig større grad lære hvordan sykdom diagnostiseres, behandles og følges opp utenfor sykehus. De desentraliserte modellene ved NTNU og UiT tar høyde for nettopp dette.

Som ledd i regional studieplanutvikling og etablering av campuser vil utvalget presisere at det er nødvendig å ha primærhelsetjenesten med som en institusjonell partner i samarbeidet. Vi ser hvordan denne aksen for samarbeid er tatt i bruk i modellene omtalt under. Modeller som både virker rekrutterende og som utnytter kapasitet i helsetjenesten er omtalt også internasjonalt, og i prosjektet “Recruit & retain” (Abelsen og Brandstorp 2019) som setter søkelyset på rekruttering og stabilisering av helsepersonell i rurale strøk.

Et tilleggsargument for utvikling av nye campuser er at det kan virke stimulerende på læringsformene som nyttes i medisinstudiene. Både i pedagogisk, digital og teknologisk sammenheng kan det å inngå i nye samarbeidskonstellasjoner føre med seg nye ideer og et blikk på utdanningene som fremmer utvikling. Dette er også i tråd med positive kommentarer fra studenttillitsvalgte, som ser modellen med flere lokasjoner for den kliniske delen av studiet som en mulighet for å komme tettere på helsetjenestene–både for å få mer bredde i pasienteksponering og for bedre oppfølging.

Finnmarks-modellen

Et eksempel på det vi omtaler som “campus" er den såkalte "Finnmarksmodellen" ved UiT. I denne modellen tilbringer medisinstudentene 5. og 6. studieår i Finnmark; både i tradisjonelle praksisperioder på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten (5. studieår), og arbeidet med

masteroppgaven (5. studieår). I 6. studieår har de integrert klinisk og teoretisk undervisning på tre forskjellige steder i Finnmark: Hovedbasen er i Hammerfest, der UiT fra før har en campus for sykepleierutdanning. Studentene har undervisning både på sykehuset og i kommunen. Andre deler av undervisningen er knyttet til kommunehelsetjenesten og polikliniske spesialisthelsetjenester i Alta og Karasjok. De har de samme læringsmålene som sine medstudenter i Tromsø, men læringsarenaene kan være forskjellig. Studentene i Finnmark får mer erfaring med blant annet akuttmedisin, pasientforløp og kultursensitiv helsetjeneste, inkludert det samiske perspektivet. Tverrprofesjonell samarbeidslæring er sentralt. Fellesforelesninger med Tromsø og Bodø foregår på lyd/bilde for noen få spesielle temaer. Studentene får godtgjort flytting til Hammerfest i disse to årene, og kommunen/Finnmarkssykehusert garanterer for bolig til studentsamskipnadspris. De sørger også for opphold på de andre lokasjonene i de korte periodene de har undervisning der.

NTNU Link – Trøndelag

Link-studentene har base på Levanger fra tredje studieår. Størstedelen av klinisk undervisning i 3. og 4. studieår foregår ved poliklinikker på sykehuset i Levanger. Studentene er regelmessig på sykehuset i Namsos, og på arenaer i kommunehelsetjenesten; fastlegekontor, helsehus, helsestasjon og legevakt. I Levanger har de simulering sammen med sykepleierstudenter fra Nord universitet, og i noen læringsaktiviteter er de ved hovedcampus i Trondheim. 5. studieår skriver studentene hovedoppgave, gjerne med base i Levanger. De har også praksis i spesialisthelsetjenesten, ved sykehusene i Levanger eller Namsos. 6. studieår er de i praksis i allmennmedisin, fortrinnsvis i samme område, og resten av studieåret planlegges nå også med base i Levanger. Link-modellen er del av studieprogrammet i medisin ved NTNU, med samme læringsutbyttebeskrivelser og eksamener. Undervisningsmodellen bygger på en internasjonal anerkjent modell, LIC, som på norsk kalles *Langsgående integrert klinisk tjeneste*, *Link*. Studentene tar del i pasientenes utvikling over tid, og underviserne følger studentenes utvikling over tid. Teori og praksis læres integrert, med utgangspunkt i pasientmøter, med tett oppfølging fra veiledere og tilbakemeldinger fra både veiledere og pasienter. Det meste av teoriundervisningen er ved campus Levanger med lokale undervisere, noen fra Trondheim og det er i tillegg noe teknologistøttet undervisning. Studentene får dekket nødvendige reiser til og fra Namsos og Trondheim.

6-årige vs. 3-årige studieløp

I tilknytning til studiemodellene har utvalget hatt en grundig drøfting av hvilke modeller som bør anbefales videre, og i denne drøftingen har 6-årige versus 3-årige studieløp vært dominerende. Utgangspunktet for drøftingen er utvalgets mandat, der det står at det skal utredes *«en modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene, den kliniske delen av studiet, i Stavanger.»*

I et utdanningsperspektiv ser utvalget at det er prinsipielle argumenter for å framholde at 6-årige integrerte studieløp er den retningen det må satses på i Norge videre. Vi har gjennom kapitlene om medisinutdanning og helsetjenesten sett hvordan utviklingen på begge felt peker i retning av integrasjonen mellom teoretisk og praktisk kunnskap, tett kobling mellom utdanningene og helsetjenestene, og kvalitetssikring av kunnskaper og ferdigheter som skal innlæres og praktiseres i norsk helsetjeneste, og som er i tråd med internasjonale anbefalinger om medisinsk utdanning. RETHOS-prosessen, med kommende forskriftsfesting, bidrar til at de høye kravene Norge stiller til sine helse- og sosialfaglige utdanninger befestes.

I lys av dette er det vanskelig å se at 3-årige kliniske studieløp i medisin kan sidestilles med 6-årige løp. Tre-årige studieløp har historisk sett en innebygd forutsetning om utdanningen kan deles i preklinikk-klinikk, alternativt en bachelor-masterinndeling. I Norge har vi ingen av disse forutsetningene innebygd i dagens medisinutdanninger. I Danmark har gradsinndelingen i bachelor – kandidat muliggjort en praksis ved et par av lærestedene med innpassing av studenter fra læresteder i Øst-Europa (slik vi så i kapittel 6), men det er ikke en modell som anbefales. Ordningen har vært praktisert for å utnytte ledig kapasitet, og utvalget har fått signaler om at det kan være krevende å vurdere søkere med ulik utdanningsbakgrunn og med ulik dokumentasjon på kompetanse. I innspillet fra UiS om den planlagte Europamodellen legges det imidlertid til grunn at dette er praktisk gjennomførbart, på en forutsigbar og rettferdig måte, i tråd med det man gjør ved opptak av studenter fra utlandet til faste og midlertidige plasser ved andre studieprogrammer.

Utvalget har vurdert hvorvidt en kan forholde seg til en 3-årig utdanning på permanent basis, alternativt om det kan ses på som en modell for hjemhenting av norske studenter – slik det ble gjort gjennom Aker-Lørenskog-modellen fra slutten av 1960-tallet. Som modell for hjemhenting kan en tenke seg at det ble sett som en overgangsordning, som del av en opptrappingsplan for økning i studieplasser på 6-årige studieløp – der en bygger opp kapasitet og kompetanse i sentrale miljøer og regioner/kommuner som skal bidra videre inn i opptrappingen. Utvalget har drøftet dette særlig med tanke på Stavanger-regionen. I et ønske om hjemhenting til regionen her kan argumenter om å vinne tid ha en god oppstartseffekt.

I en eventuell modell med innpassing av norske medisinstudenter til et 3-årig klinisk løp i Norge må en ta høyde for de faglige forskjellene på utdanningene en rekrutterer fra. Det vil være behov for oppdatering til norske forhold, og momenter som er aktuelle er: pasientkontakt på eget språk/ kommunikasjon, allmennmedisin, praksis i primærhelsetjenesten, samfunnsmedisin, sentrale aspekt i psykiatri, norsk lovverk, trygdemedisin etc. I tillegg vil tverrprofesjonalitet (TPS) komme inn, et moment som i økende grad ivaretas i de norske utdanningene. Hvordan denne type faglig oppdatering eventuelt skal gjennomføres, må tilpasses de aktuelle forholdene og studieplanen studentene skal følge.

Utvalgets vurdering

Samlet sett har utvalget kartlagt innspill om økning på 400 nye studieplasser, herav 330 studieplasser på 6-årige studieløp (NTNU, UiB, UiO, UiT) og 70 studieplasser på 3-årig studieløp (UiS). I tillegg har vi sett at de private høyskolene utvikler nye tilbud i kombinasjonsløsninger med utdanning utenlands. Studieplassene tilsvarer foreløpig ikke den andelen på 80 % som utvalget anbefaler. Vi kommer tilbake til antallet i forslag til opptrappingsplan som del av kapittel 11. Vurderingen i denne delen av utredningen handler primært om 6-årige vs. 3-årige studieløp, og hvordan en utvikling av studiene kan inkludere en større del av helsetjenestene der de er.

Utvalget ser regionene som kjernen i en videre økning av studieplasser nasjonalt, og peker på dagens etablerte halv-desentraliserte modeller både i Nord-Norge og Trøndelag for veien videre.

Anbefaling F **Utvalget anbefaler at det ikke utvikles varige 3-årige 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.**

Anbefaling G **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.**

Som vi har sett henger universitetenes tilbud om medisinstudier nøye sammen med de gradene som den enkelte utdanningsinstitusjon har rettigheter for å tildele. I tilknytning til videre opptrapping av studieplasser i medisin i Norge er utvalget delt i sine anbefalinger for framtidig gradstildeling:

Anbefaling I **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.**

I to av disse tre anbefalingene er utvalget delt, og utvalgsmedlemmene argumenterer for sine synspunkt under.

Argumenter for delt anbefaling F

Et samlet utvalg anbefaler at det ikke utvikles *varige* 3-årige eller 4-årige studiemodeller basert på opptak av norske medisinstudenter fra utlandet, men medlemmene i utvalget vurderer mulighetene for *midlertidighet* ulikt:

Medlemmene Grimstad, Hunskår og Straume mener at det heller ikke er formålstjenlig å etablere en *midlertidig* ordning med 3-årig(e) studiemodell(er) ved ett eller flere studiesteder. De store ressursene som vil kreves i en relativt kort overgangsfase, bør isteden brukes til å bygge opp varige, desentrale utdanninger så raskt som mulig. 3-årige studiemodeller basert på skille mellom preklinikk og klinikk, er heller ikke i overenstemmelse med den anbefalte 6-årige integrerte modellen i Norge.

Ved å bruke ressurser til å etablere nye campuser og studieplasser flere steder nasjonalt, kan netto antall studieplasser økes raskt. Et trepartssamarbeid på Vestlandet (UiB-UiS-SUS) bør utfordres til å komme raskt i gang med planlegging og etablering av en campus i Stavanger med studenter fra UiB, som dermed kan starte med utdanningsaktivitet i Stavanger tidligere enn tilbudet fra UiB angir, og at tidsgevinsten med en midlertidig modell dermed blir liten eller ingen.

Oslo Economics viser i sin rapport at den største kostnaden over tid ved etablering av nye studieplasser, er personalkostnadene. Antall studieplasser i en slik ordning vil uansett være begrenset, og bidra lite i forhold til hva utvalget foreslår opprettet totalt. Hvis man, mot disse medlemmenes anbefaling, likevel ønsker å opprette en midlertidig løsning, bør denne fortrinnsvis legges til et eksisterende gradsgivende universitet, da man der allerede har fullverdige faglige, forskningsmessige og administrative støttefunksjoner som kan konverteres inn i et komplett 6-årig løp senere.

Det er også sannsynlig at etablering av en hjemhentingsmodell, også for en overgangsfase, ikke vil redusere antall utenlandsstudenter fra Norge. Tvert imot kan dette føre til flere norske medisinstudenter i utlandet, fordi flere håper å kunne ta de siste studieårene i Norge. Paradoksalt nok kan derfor en slik modell redusere andelen leger vi utdanner selv. Utenlandske studiesteder som

mister studenter og store inntekter siste halve studieløpet, vil kunne øke skolepengene de første studieårene for å kompensere for tapte inntekter, med økte kostnader for Lånekassen som resultat.

Medlemmene Braut, Emmersen og Farbu mener at 3-årige eller 4-årige studiemodeller likevel kan være hensiktsmessig som en midlertidig ordning. For å komme raskt i gang med en opptrapping av den medisinske utdanningskapasiteten i Norge kan det være aktuelt å utvikle 3-årige utdanningsprogrammer for den siste delen av det medisinske studiet. Disse medlemmene er av den oppfatning at det er mulig å etablere slike ordninger på en måte som ivaretar de vesentlige formelle kravene som stilles til studieprogrammer i medisin i Norge i dag. Den skissen som er lagt fram fra Universitetet i Stavanger viser en mulig måte å tilnærme seg dette på, som et samarbeid mellom UiS, UiB og Helse Stavanger. Det skal også pekes på at man ved en slik ordning får en økt andel av kandidater som har en avsluttende utdanning tilpasset norske forhold i perioden fram til man har oppnådd et tilfredsstillende nivå på den nasjonale utdanningskapasiteten, for eksempel avgrenset fram til den foreslåtte opptrappingsperiodens utløp i 2027. En midlertidig ordning av denne type vil også sikre god utnyttelse av klinisk, forskningsbasert kompetanse til medisinsk undervisning på kort sikt.

Argumenter for delt anbefaling I

Utvalget er delt i sine anbefalinger for gradstildeling i medisin, og slik underbygger utvalgsmedlemmene sine synspunkt:

Medlemmene Grimstad, Hunskår og Straume tar utgangspunkt i at 6-årig integrert medisinsk universitetsutdanning skal være forskningsbasert, med forskningsaktive fagmiljø i den gradsgivende utdanningsinstitusjonen innen både basalfag, laboratoriefag og alle medisinske fagområder. NFRs fagevalueringer har vist at medisinsk forskning i Norge på mange områder har for små og fragmenterte miljø, og det har derfor nasjonalt vært anbefalt å etablere større og mer robuste fagmiljø. Samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon (SAK) har vært nasjonal politikk for høyere utdanning de senere årene, og dette har mellom annet ført til flere fusjoner mellom høyere utdanningsinstitusjoner, nettopp for å styrke kvalitet og robusthet. Medisinske basalfag ved de fire etablert lærestedene har allerede rekrutteringsutfordringer på undervisningssiden, og det er vansker med å skaffe nok midler til nødvendig infrastruktur og forskning til disse miljøene. Konkurransen om internasjonale midler er hard, og krever store og gode miljøer over tid. Derfor anbefaler disse medlemmene at det ikke etableres flere studiesteder nasjonalt som skal drifte fullverdige 6-årige studieprogrammer. Dette synet er også i overenstemmelse med hva kunnskapsminister Asheim opplyste i Stortinget i september 2017 (Dokument nr. 15:1577, skriftlig spørsmål Stortinget 2016-17).

Utdanningsmodeller der medisinstudenter er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av medisinstudiet, er etablert ved to av universitetene i Norge (NTNU og UiT). Studentene undervises i tett samarbeid med den lokale helsetjenesten. Teknologistøttet undervisning og digitale eksamener bidrar til at studentene holder god kontakt med universitet sitt og er på det samme studieprogrammet og skal ha den samme sluttkompetansen som de andre studentene Man kan støtte seg på det samme basalfagsmiljøet og de andre fagmiljøene og bruke den samme pedagogiske og administrative infrastruktur, og praksisplasser og fagrekkefølge inngår i en samlet logistikk.

Nasjonalt har vi nå gode eksempler på studiemodeller i medisin der den lokale helsetjenesten tar del i en større del av undervisningen enn tradisjonelt, uten at det er etablert flere formelle studiesteder eller at man har måttet bygge opp fullverdig forskningsinfrastruktur. Stavanger-området er et eksempel på et område som vil egne seg svært godt for dette. Allerede gode fagmiljøer vil kunne få

en vesentlig styrking av faglig og akademisk aktivitet ved å ha flere medisinstudenter. Flere ansatte med akademisk stilling knyttet til det gradsgivende universitetet kan dermed bygge større og mer robuste fagmiljø i samarbeid over hele regionen, med styrket konkurransekraft om kompetanse og forskningsmidler.

Utfra pasientgrunnlaget på Vestlandet, legedekningen og at de fleste sykehusene der allerede er involvert i medisinutdanningen ved UiB, synes det ikke å være i denne delen av landet at det er mest behov og plass for et nytt studiested i medisin. Det er bare ved UiS det per i dag er foreslått en slik mulig etablering. Helse Vest er heller ikke så stort i omfang at det vil være hensiktsmessig, som den eneste helseregionen, å ha to medisinutdanninger med fulle fagmiljø som skal dele regionale praksisarenaer og forskningsmidler. Dersom det blir etablert et studiested i Stavanger, utfordrer det både den eksisterende og den foreslåtte utvidelsen ved UiB, med inntil 120 nye studenter. Da vil en etablering av Stavanger som studiested gi en lavere nasjonal tilvekst av studieplasser enn alternativet, men til en høyere kostnad.

Tilbudet fra UiS synes heller ikke å ta høyde for at mange av de faglige ansatte i helsetjenesten allerede er ansatt i akademiske stillinger ved UiB og at helsetjenestene tilbyr praksisplasser til UiB. At de samme helsetjenestene skal ta imot store studentgrupper med ulike studieplaner fra to ulike universitet, innebærer store logistikkutfordringer og potensielle interessekonflikter om personell, praksisplasser og forskningsmidler.

Vi mener derfor at det er en bedre og rimeligere modell, og i tråd med utvalgets mandat, at det etableres en campus for medisinstudiet i Stavanger for studenter fra UiB. UiB, UiS og SUS bør inngå i et tett og reelt samarbeid som også inkluderer kommunehelsetjenesten i regionen for å utvikle undervisningen. UiS bør bidra med emner og relevante fagmiljøer, og synliggjøres på vitnemålet. Dette vil kunne gi konsolidering og styrking av de eksisterende miljøene i Helse Vest i stedet for fragmentering. Vårt inntrykk er at alle parter kan være villige til å inngå i en slik løsning.

Medlemmene Braut, Emmersen og Farbu legger til grunn at selv om nye studietilbud planlegges og gjennomføres i et samarbeid mellom nye universiteter og universiteter som i dag kan tildele graden cand. med., er det ikke uten videre opplagt at det bare er de fire som i dag har gradsrettigheter som skal ha dette også i framtiden. Under forutsetning av at studieprogrammet tilfredsstiller de faglige kravene som stilles for akkreditering, vil det være rimelig at det universitetet som i praksis står for gjennomføringen av undervisningen, også er ansvarlig for eksamensavviklingen og gradstildelingen.

Disse utvalgsmedlemmene mener at dette er samsvarende med den praksis som allment sett føres for studieprogrammene ved norske, offentlige universiteter. Nærhet mellom studiecampus og ansvarlig institusjon vil etter disse medlemmenes oppfatning sikre en effektiv og fleksibel gjennomføring av studieprogrammet og i stor grad medvirke til et nært og bredt samarbeid mellom undervisningsinstitusjonen og praksisfeltet. Slik sett vil en mulighet for å tildele gradsrettigheter til andre enn dagens fire universiteter også kunne føre til økt innsats og interesse for medisinsk forskning og undervisning samlet sett, også utenfor det som følger direkte av gjennomføringen av studieprogrammet i medisin. En nærhet mellom praksisfeltet og universitetet vil kunne utløse engasjement og ressurser som det ikke vil være mulig å benytte i mer sentraliserte ordninger. På denne måten vil en utvidelse av muligheten til gradstildeling også understøtte de målene som ligger i strategien HelseOmsorg21 om spredning av forskningskompetanse og økt forskning i kommunehelsetjenesten, og bestemmelsene i § 3-8 i spesialisthelsetjenesteloven, som fastsetter at forskning er en pålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten.

Utvalgsmedlemmene vil også peke på at erfaringer fra utlandet taler for at det er godt mulig å ha et samarbeid om utvikling av studieprogrammer mellom ulike universiteter der begge har rett til å tildele grad. Det kan her henvises til f.eks. samarbeidet mellom universitetene i York og Hull i England samt Zürich og St. Gallen i Sveits. I begge disse tilfellene handler det om utvikling og gjennomføring av studieprogrammer i medisin i nært samarbeid mellom et universitet som har hatt et slikt tilbud i lang tid og et som ikke har hatt det tidligere. Det kan også henvises til at det medisinske studieprogrammet i Aalborg i Danmark ble etablert i samarbeid med et eksisterende tilbud i Aarhus.

9. Om Stavanger som arena i utdanning av leger

Historikk i samarbeid UiB - SUS

Samarbeidet mellom SUS og Det medisinske fakultet UiB daterer seg tilbake til slutten av 1990-tallet, da det var en prosess med økning av studieplasser i Bergen fra 120 til 150 studenter på medisinstudiet. I arbeidet med 150-planen ble det inngått et samarbeid med tre nye sykehus i regionen (senere Helse Vest); Stavanger, Førde og Haugesund. Sykehusene skulle bidra til å øke kapasiteten i den kliniske delen av studiet, og Stavanger skulle opprinnelig motta inntil 40 studenter per semester. De første studentene kom til Stavanger i vårsemesteret 1998.

Dagens samarbeid bygger på en generell rammeavtale mellom Helse Stavanger HF og UIB fra november 2005. I tillegg er det en tilleggsavtale om studentboliger, administrativ ressurs og kontordrift som fornyes årlig. Fra våren 2015 ble det etablert et Felles utdanningsråd mellom sykehuset og fakultetet, med møtefrekvens 1 gang i semesteret. I rådet er det fast representasjon fra ledelse ved hhv sykehus og fakultet (forskningsdirektør og prodekan utdanning), avdelings-representanter, instituttledelse og faglig koordinator. Det er felles sekretariatsfunksjon for rådet. Rådets formål er bl.a. å drøfte saker av overordnet og prinsipiell karakter i medisinutdanningen og gi innspill og råd til institusjonenes ledelse.

Studentene fra UiB har tre praksisperioder ved SUS i løpet av medisinstudiet, med et varierende antall studenter per periode:

Tabell 15: Praksisperioder ved SUS, fag og antall studenter

Fag/emne	Antall studenter per semester
Voksenpsykiatri som del av 7. semester	25*
Medisin og kirurgi som del av 8. semester	40
Pediatri, gynekologi, obstetrikk og barnepsykiatri i 9. semester	30
	95

*I denne perioden benyttes også distriktspsykiatriske sentre (DPS'er) i Rogalands-området

Praksisperiodene gjennomføres både i høst- og vårsemester, for et nytt kull hvert semester (studentkull ved UiB er delt i to grupper fra 3. studieår; A- og B-kull). I løpet av et studieår tar SUS totalt imot *190 studenter* fra fakultetet i Bergen.

I tillegg til en ordning med bistillinger ved fakultetet – hjemmehørende ved enten Klinisk institutt 1 eller Klinisk institutt 2 – er det en fast 50 % stilling som faglig koordinator ved SUS. Faglig koordinator har – på vegne av fakultetet – et overordnet ansvar for studentenes praksisopphold ved SUS, og samarbeider tett med en dedikert administrativ koordinator i 50 % stilling. Lønnsmidler til den administrative stillingen overføres til SUS fra fakultetet, og er en del av tilleggsavtalen for drift av samarbeidet.

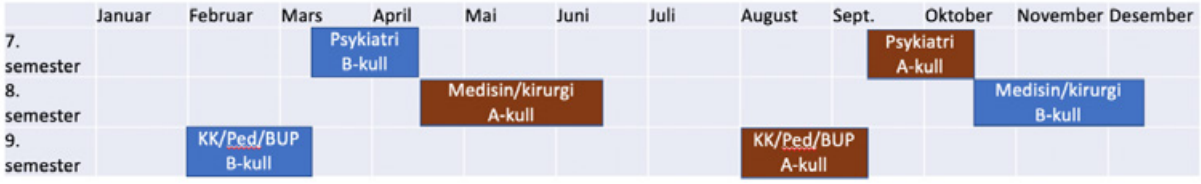
SUS endret status til universitetssykehus i 2004 med skifte av navn fra Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR) til Stavanger universitetssjukehus (SUS). Bakgrunnen for navneskiftet var relatert til samarbeidet om utdanning av medisinstudenter ved UiB og en etter hvert betydelig satsing på biomedisinsk og helsefaglig forskning. Statusen som universitetssykehus ble videreført i tråd med

den nasjonale forskriften som ble vedtatt i 2010 (jfr. omtale i kapittel 7). SUS fikk opprinnelig et universitetssykehustilskudd på rundt 10 millioner kroner for sitt bidrag inn i medisinutdanningen. I 2011 var det ny godkjenningsrunde, der departementet på nytt vedtok å godkjenne universitetssykehusstatus innen Helse Vest for SUS og Haukeland universitetssjukehus.

Stavanger universitetssjukehus

Stavanger universitetssjukehus har siden oppstarten i 1998 vært praksisarena for mer enn 1800 medisinstudenter fra UiB. Studentene har hatt praksisundervisning i fagene indremedisin, kirurgi (inkludert radiologi, anestesi og ortopedi), psykiatri (voksne, barn og unge), gynekologi/obstetrikk og pediatri. Som vi så i forrige punkt er praksis fordelt på tre perioder, og gjennom et studieår fordeler praksisperiodene seg slik:

Tabell 16: Fordeling av praksisperioder gjennom et studieår, UiB-SUS



UiB Campus Stavanger har 25 ansatte med bistilling ved UiB, hvorav en studentkoordinator (professor I 50 %), en studentkoordinator (50 %), 13 professor II, 9 førsteamanuenser og tre amanuenser. I tillegg er det seks adjungerte stillinger, til dels innenfor fag der SUS ikke har medisinstudenter (nevrologi og øyesykdommer).

SUS har også tilbud om praksis for utenlandsstudenter i medisin; 12 studenter årlig fra august-mai. Tilbudet gis til norske studenter ved Semmelweiss Universitet, Universitetet i Pecs, Universitetet i Debrecen og Universitetet i Szeged. Det inkluderer praksis i indremedisin (7 uker), kirurgi og traumatologi (8 uker), pediatri (5 uker), obstetrikk og gynekologi (4 uker), psykiatri (4 uker) og prehospital medisin (2 uker). Dette skjer i perioder hvor studentene fra UiB ikke er i klinikken. Det legges til rette for eksamener i Ungarn mellom praksisperiodene.

SUS er et av landets seks universitetssykehus og det tredje største akuttsykehuset. Befolkningsgrunnlaget er ca. 370 000, og SUS ivaretar både bredde og høyspesialisert medisin med 42 ulike sykehusspesialiteter. 116 leger har ph.d., og det er 30 med professorstilling i medisin. I tillegg har 52 andre medarbeidere ph.d.-grad, og totalt 61 ansatte har en akademisk stilling. De akademiske stillingene er fordelt ca. 50/50 mellom UiB og UiS. SUS står for 20 % av forskningsproduksjon i Helse Vest, der 24 % er publisert i nivå-2 tidsskrifter, og mer enn 60 % har internasjonalt medforfatterskap.

Foruten medisinstudenter har SUS undervisning og veiledning på flere arenaer;
ca. 580 LIS1 og spesialiseringsløp for leger og psykologer, ca. 750 praksisperioder på bachelornivå (sykepleie, radiograf, fysioterapi, vernepleie, paramedic o.l.) og 120 praksisperioder innenfor videregående opplæring (helsefag, ambulansemedarbeider o.l.).

Som naturlig del av kontinuerlig videreutdanning med vekt på forbedringsarbeid og pasientsikkerhet for ulike helseprofesjoner, har SUS implementert rutinemessig simulering på for eksempel fødeavdelingen og i akuttmottak, i tillegg til simulering i regi av SAFER (Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research) eksternt. Om lag 60 % av all simulering skjer i klinikken, og omfatter kliniske situasjoner som traumemottak, fødsel, CPR, kritisk sykt barn, kritisk syk voksen,

hjerneslag etc. Den øvrige simuleringsaktiviteten (40 %) skjer i regi av SAFER, her utøves også tverrprofesjonell simulering med medisin- og sykepleiestudenter i samme team. Eksempler på temaer i slik tverrprofesjonell simulering kan være previsitt og utskrivning, for øket kompetanse på samhandling og teamforståelse og profesjonsforståelse, i tillegg til klinisk utfordringer slik som hypoglykemi, sepsis, blødning, og hjertestans.

Programmet «Klinisk ledelse i team» tilbys regelmessig for å bedre samspillet mellom mennesker, teknologi og organisasjon, bevisstgjøre at prioritering av pasienter og ressurser gjøres kontinuerlig, og bidra til at medarbeidere tar ansvar for progresjon, kommunikasjon, situasjonsforståelse og helhetstenkning også når prioritering og kommunikasjon er vanskelig.
En del av de universitetsansatte har tilegnet seg formell pedagogisk kompetanse gjennom universitetstilbudene, bl.a. kurset MEDDID fra UiB. Veilederkompetanse for LIS-utdanning bygges systematisk ut i alle spesialiteter med egne 3-dagers kurs. Debriefing og refleksjon som metode for læring får nå økt oppmerksomhet gjennom at SUS deltar i EU-prosjektet «TALK», der alle klinikkene er representert med deltagere. To professorer og en ph.d. kandidat deltar i den nyopprettede forskningsgruppen for medisinsk pedagogikk ved UiB, for å utvikle SUS som et akademisk sykehus med fokus på undervisning også i forskningssammenheng.

Fra 2023 vil det nye sykehusbygget på Ullandhaug stå klart, der all døgnbasert somatisk aktivitet skal finne sted, mens elektiv poliklinikk/dagbehandling og psykiatri også vil foregå i dagens lokaler på Våland. I forbindelse med sykehusutbygging er det planlagt undervisningsarealer brutto 1000 kvadratmeter til UiB der det er gitt utvidet låneramme på 53 millioner, og 1200 brutto kvm til UiS. Dette er basert på dagens undervisningsaktivitet for medisinstudenter fra UiB og andre helsefagstudenter fra UiS. En eventuell økning i studenttall vil dermed kreve ytterlige økning i areal enn dette, eventuelt i et nytt bygg. Dette vil være arealer for forskning, undervisnings- og studentarealer, samt bibliotek på linje med andre universitetssykehus med integrerte undervisningsfunksjoner. SUS samarbeider i dag med UiB og UiS, og framhever at et godt samarbeid mellom UiS og UiB vil gi økte muligheter for både universitetene og SUS, og ikke minst legge til rette for hensiktsmessig infrastruktur.

Universitetet i Stavanger

Universitetet i Stavanger (UiS) er i dag et av 10 norske universiteter, og har hatt universitetsstatus siden 1. januar 2005. UiS har 12 000 studenter og 1600 ansatte. Universitetet er organisert i seks fakultet, med Det helsevitenskapelige fakultet og Det teknisk-naturvitenskapelige fakultet som de mest sentrale i denne sammenheng.

Utdanningsvirksomheten innenfor helsefag ved UiS er i det vesentlige knyttet til bachelor-, mastergrads- og videreutdanninger innenfor sykepleie. Mastergradsutdanningene har gjennomgående en tverrfaglig profil, og for våren 2019 er følgende mastergradsprogrammer i gang: helsevitenskap, helsesykepleie, rus- og psykisk helsearbeid, spesialsykepleie innenfor anestesi, intensiv og operasjon og prehospital critical care (internasjonal).
Fra høstsemesteret 2019 er det etablert et bachelorprogram innenfor paramedisin og et masterprogram i jordmorfag.

UiS har i dag ikke noe tilbud om grunnutdanning av leger. Ønsket om utvikling av et studietilbud i medisin har utviklet seg ved institusjonen de siste ti årene, med stigende ambisjoner. Tilbudet fra UiS om studieplasser i medisin som ledd i økning av kapasiteten i Norge ble omtalt i forrige kapittel (kapittel 8).

UiS har hatt et ph.d.-program innenfor helse og medisin siden 2011, fra 2018 som et eget program under Fakultet for helsevitenskap. Fra 2013 til mai 2019 har 27 kandidater disputert. Våren 2019 er det over 80 kandidater knyttet til programmet, av disse 17 med norsk autorisasjon som lege.

For å styrke forskerutdanningen innenfor medisin er det på forsommeren 2019 lyst ut 13 stipendiatstillinger der UiS fortrinnsvis ønsker å tilsette leger.

Samarbeid med SUS: UiS samarbeider tett med SUS innenfor flere områder. Siste samarbeidsavtale, som omfatter utveksling av personale mellom institusjonene samt samarbeid om utdanning, forskning og innovasjon, ble underskrevet i 2016. UiS skal leie lokaler i det nye sykehuset som kommer på campus Ullandhaug i 2023. UiS blir da fysisk samlokalisert med SUS. I tillegg planlegger UiS et nybygg for Det helsevitenskapelige fakultet i nær tilknytning til bygningsmassen til SUS 2023.

Nettverk for medisinske vitenskaper (NMV), som også er omtalt i samarbeidsavtalen med SUS, ble etablert i 2011, samtidig med doktorgradsplattformen i helse og medisin. Nettverket arbeider for utvikling av forskning innenfor helse og medisin i regionen. Det er til dette nettverket hovedtyngden av den medisinske kompetansen som jobber med planer for et studium i medisin ved UiS, er knyttet.

UiS har også et utstrakt samarbeid med andre regionale partnere, herunder:

- Forskningsnettverk for helse og teknologi - etablert med forskere fra UiS, SUS og forskningsinstituttet NORCE (Norwegian Research Centre AS). Nettverket skal samarbeide med helsetilbyderne og private aktører for finne gode løsninger på dagens og morgendagens helseutfordringer.
- *HelseCampus* Stavanger - et samarbeidsprosjekt mellom UiS, SUS, SAFER, Stavanger kommune, NSCC og NORCE. Er navet i en regional forskningsbasert helseklynge innenfor simuleringsbasert undervisning og læring, samt innovasjoner i helse- og omsorgstjenestene.
- Norwegian Smart Care Cluster (NSCC), som er et klyngeprosjekt med mer enn 115 bedrifter og 45 kommuner/offentlige aktører som deltakere.
- NORCE-*UiS*-SUS: et samarbeid om simulering, opplæring og forskning i forhold til blodstrøm, som gir nye muligheter i forhold til operasjonsplanlegging, trening og opplæring. Gjør UiS godt rigget til å implementere ulike former for teknologi, dataforståelse, e-læring og simulering inn i utdanningsforløp.
- SAFER (Stavanger *Acute Medicine* Foundation for *Education* and Research) - en stiftelse og et læringssenter som er opprettet i samarbeid mellom SUS, UiS og Laerdal Medical AS. Ressurs i akuttmedisinsk opplæring og pasientsikkerhet. UiS bruker også senteret for simulering og ferdighetstrening for studenter innen helserelaterte utdanninger.
- Norway Pumps & Pipes – et prosjekt der forskere fra UiS og SUS jobber også sammen med NORCE og Greater Stavanger om teknologioverføring mellom medisin og olje/gass.

Ytterligere detaljer om de regionale rammene rundt Stavanger som campus finnes i vedlegg 9.

UiS har flere samarbeidsrelasjoner med andre universiteter, og siden 2012 har de hatt medlemskap i European Consortium of Innovative Universities (ECIU). I nettverket inngås det samarbeidsavtaler (MoU) mellom UiS og universiteter i ECIU, som innebærer ulike former for utdannings- og forskningssamarbeid, i tillegg til studentutveksling. UiS fikk som del av nettverket i juni 2019 statusen «European Universities», noe som blant annet innebærer utvikling av felles europeiske studiemodeller.

UiS og SUS inngikk i 2018 en samarbeidsavtale med Aalborg universitet (medlem av ECIU) og Aalborg Universitetshospital, som bl.a. omfatter samarbeid om utdanning i klinisk medisin. Som ECIU-medlem anses samarbeidet med Aalborg som spesielt viktig for eventuell medisinutdanning ved UiS.
UiS har også pågående samtaler med UiB om samarbeid om medisinutdanning.

Samarbeid med kommunene: På forsommeren 2019 ble det utarbeidet en intensjonsavtale med KS Vest-Norge, Rogaland, om praksisplasser for eventuell medisinutdanning ved UiS, innhold i praksisen, veiledning og tilgang til kontorfasiliteter og teknologi. I tillegg er det under utarbeidelse avtaler om praksisplasser med hver av praksiskommunene, som bl.a. skal bidra til at studenter i en mulig framtidig medisinutdanning får tilgang til praksisplasser og god veiledning i kommunenes helse- og velferdstjenester.

Det er også inngått en avtale for partnerskap for folkehelse i Rogaland mellom UiS og Rogaland fylkeskommune med hovedformål å samordne folkehelsesamarbeid i Rogaland. Avtalen trådte i kraft i 2012 og ble revidert i 2018.

Ved de to fakultetene med relevans for medisinutdanning er det følgende akademiske ressurser:
Ved Det helsevitenskapelige fakultet er det 17 professorer og 3 dosenter. Av disse har 2 norsk legeautorisasjon. Det er 15 førsteamanuenser og 2 førstelektorer. Av disse har 10 norsk legeautorisasjon. I tillegg er det tilknyttet 7 professorer og 11 førsteamanuenser i II-stillinger til fakultetet.

Ved Det teknisk-naturvitenskapelige fakultet er det 14 professorer, 13 førsteamanuenser og 24 stipendiater knyttet til emner med medisinsk relevans, slik som biomedisin/biokjemi, molekylærbiologi, cellebiologi, organisk kjemi, medisinsk dataanalyse og kardiologi. Fem av disse har norsk legeautorisasjon. I tillegg er det en professor II med norsk legeautorisasjon tilsatt innenfor samfunnssikkerhet.

Om trepartssamarbeid

Slik det er skissert i utvalgets mandat skal det utredes modeller for et samarbeid mellom SUS, UiS og UiB, og det har av aktørene underveis i prosessen ofte blitt referert til som et *trepartssamarbeid*.
I en situasjon der alle tre parter forutsettes å inngå i et samarbeid er det nyttig å se på dagens utgangspunkt for medisinstudiet;

- UiB er den gradsgivende utdanningsinstitusjonen som har et eksisterende tilbud om 6-årig integrert profesjonsstudium i medisin, med et betydelig antall studenter ved SUS og med Stavanger-regionen som praksisarena.
- SUS er et helseforetak under Helse Vest RHF, som gjennom sin plikt til å bidra i utdanningsvirksomhet sørger for at behovet for undervisning og opplæring av medisinstudentene dekkes innen helseregionen.
- UiS har som den lokale utdanningsinstitusjonen i Stavanger, foreløpig ikke hatt noen formell rolle i undervisning eller oppfølging av medisinstudenter som gjennom studier ved UiB oppholder seg i regionen. Imidlertid har UiS gjennom en tiårsperiode bevisst bygget opp kompetanse ut ifra ønske om å få etablere et profesjonsstudium i medisin ved universitetet.

I dialogen mellom de tre partene har det vært konkrete forslag om hvordan en skal finne løsninger for et trepartssamarbeid innenfor rammene av et 6-årig studieløp. Samtidig har UiS redegjort for planer om et 3-årig klinisk studium med hjemhenting av utenlandske studenter, noe som eventuelt også kan gjøres i et trepartssamarbeid mellom UiS, UiB og SUS.

Som vi så i forrige kapittel er utvalget delt på midten i sin vurdering av eventuelle midlertidige ordninger med 3-årig studietilbud som en del av kapasitetsopptrapping for medisin i Norge.

For å kunne etablere varige studieordninger er samarbeidsrelasjonene desto viktigere, og innenfor dagens rammevilkår bindes partene sammen både av juridiske og regionale grunner. Juridisk sett er det føringene for gradstildeling og innpassing av tidligere utdanning som i dag krever at UiB og UiS som utdanningsinstitusjoner samarbeider (Jfr. fakta i kapittel 4). Regionalt har Helse Vest RHF en rolle med et ansvar for hele regionen i spesialisthelsetjenesten, både i pasientbehandling, i drift, utvikling og forskningsaktivitet.

For utdanningene har utvalget fått juridiske betraktninger fra KD på den aktuelle forskriften om godskriving og fritak av høyere utdanning. Slik denne blir tolket innenfor dagens rammer innebærer det at UiB – som gradsgivende institusjon for graden cand.med. – må stå ansvarlig for både forhåndsgodkjenning av utenlandsk utdanning, overordnet faglig innhold og gradstildeling i samarbeidsmodeller for medisinstudiet. Forskriften stiller krav om studentenes tilknytning til institusjonen som utsteder grad, jfr. rundskriv til forskriften (2019, s. 7).

Muligheter innenfor de gitte rammene har blitt drøftet mellom de tre aktørene. I tillegg har Helse Vest bedt om innspill fra både UiB og UiS i saken, og et samarbeid om konkrete emner og studiepoeng i en ny studieplan på Vestlandet er fremmet av UiB (brev fra UiB til Helse Vest 20.06.19). Formålet i forslaget var å klargjøre hvordan et formalisert samarbeid mellom UiB og UiS kan dokumenteres og synliggjøres. UiB har foreslått at emner og studiepoeng tatt ved UiS får en tydelig identifisering på et vitnemål for cand.med.-graden fra UiB. Det er videre foreslått at emner/poeng/karakterer fra de samme emnene blir samlet i en egen bolk på vitnemålet og at denne delen også kan inneholde UiS sin logo.

Som vi har sett har UiS som del av sitt tilbud om etablering av et 3-årig studium for den kliniske delen av medisinstudiet også ambisjoner om å få tildelt retten til å tildele graden cand.med. Dette vil kreve en forskriftsendring. Utvalget tar ikke her konkret stilling til UiS som gradsgivende institusjon, men har som ledd i anbefalingene i forrige kapittel tatt stilling til hvorvidt flere universiteter i Norge skal gis gradsrettigheter for profesjonsstudiet i medisin eller ikke.

I drøftingene av muligheter for samarbeid mellom de tre partene har utvalget vært mer opptatt av de implikasjonene samarbeid om medisinutdanning og eventuell utvidelse av kapasiteten har for helsetjenesten i regionen og for studentene. Føringene som kommer som del av RETHOS medfører økt praksis i primærhelsetjenesten, og det blir viktig å ha med kommunene i planleggingen. Av den grunn har utvalget sett behov for at drøftingene av trepartssamarbeid utvides til å omfatte en fjerdepart, slik at en sikrer deltakelse fra kommunehelsetjenesten. Dette er også i tråd med innspill utvalget har fått fra KS, som omtales i neste kapittel (kap. 10).

For videreutvikling av samarbeidslinjene rundt utdanning mellom UiB og UiS på den ene siden og SUS på den andre siden, er det avgjørende med bevissthet om rolleforståelsen som henholdsvis utdanningsinstitusjon og foretak. Vi har i kapittel 7 sett hvilke lover og forskrifter om er styrende for utdannings- og foretaksvirksomhet, og det handlingsrommet som skapes i en prosess med studieplanutvikling er særlig interessant her.

Utvalgets vurdering

Det er en tydelig føring i mandatet at utvalget skal se på modeller for en klinisk del av utdanningen, at flere medisinstudenter skal kunne ta deler av utdanningen sin i Stavanger og at dette eventuelt skal skje i et trepartssamarbeid mellom SUS, UiS og UiB. Utvalget har derfor hatt en tilnærming til drøftingene av Stavanger som arena ved å se på både fortid, nåtid og framtid.

Utvalget anerkjenner den betydningen Stavanger og omegn har og utgjør i dagens medisinutdanning nasjonalt, med en nøkkelrolle i medisinutdanningen ved UiB. Vi ser det samtidig som viktig å kunne bygge videre på den kapasiteten og engasjementet som aktørene og helsetjenesten i Stavanger-regionen signaliserer at de har, og dialogen i saken synliggjør at det er både vilje og mulighet for økning i kapasiteten framover.

Gjennomgangen av SUS i dette kapittelet viser at SUS har akademiske, faglige og organisatoriske forutsetninger for å kunne bidra ytterligere inn i en medisinutdanning som et helseforetak. Videre viser presentasjonen av UiS at de som universitet har mange ressurser å trekke på inn i medisinsk utdanning, med teknologiske og innovative ambisjoner og økende internasjonalt engasjement. Den pågående utbyggingen ved SUS gir et økt potensiale som arena for medisinutdanningen i spesialisthelsetjenesten, og lokaliseringen gir synergier for satsingsområder ved UiS som simulering, innovasjon og teknologi.

Anbefaling J **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.**

Som del av helseregion Helse Vest er forvaltning av pasientgrunnlag og ressurser på praksisfeltet et fellesanliggende for de helse- og sosialfaglige utdanningene i regionen. Det anbefales å utvikle samarbeidstiltak heller enn konkurrerende tilbud på utdanningsfeltet.

I samarbeidsrelasjonene som blir videreutviklet rundt helsetjenesten både i Rogaland og andre steder i landet, ser utvalget hvor viktig det er med en underliggende bevissthet om rollene som henholdsvis utdanningsinstitusjon og foretak. Den samme bevisstheten gjelder også kommunehelsetjenesten, men lovhjemmelen for utdanningsoppgaver er ikke like tydelig der som for spesialisthelsetjenesten. Å inkludere hele helsetjenesten i videre planlegging, ses som vesentlig.

Anbefaling K **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 de siste studieårene.**

I samarbeid om et helhetlig studieløp legges det her til en presisering av hvilken tilknytningsform studentene i programmet skal ha gjennom sitt studieløp:

Anbefaling L **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).**

Utvalgets medlem Braut, støtter ikke denne anbefalingen (Anbefaling L).

10. Muligheter og ressurser på praksisfeltet

Økt kapasitet i helsetjenestene – en nøkkel til økning av utdanningskapasitet

En økning av studieplasser i medisin lar seg ikke gjennomføre uten tilgjengelig kapasitet i, fungerende ordninger for og tett samarbeid med helsetjenestene. Enten studentene skal være på fastlegekontor, sykehjem, legevakt, kommunale akutte døgnenheter, i poliklinikker eller på sengeposter, fordrer det ordnede ressursrammer og gode samarbeidsavtaler for å sikre et godt læringsutbytte for studenter og en god arbeidshverdag for helsepersonellet som bidrar.

Vi har i kapittel 8 sett på hvordan lærestedene forholder seg til eventuell økning i studieplasser, og i den gjennomgangen er også samarbeidet med helsetjenestene omtalt på et overordnet plan.
Det er avgjørende hvordan helsetjenestene selv ser på mulighetene for å kunne bidra til eventuell økning av utdanningskapasiteten i medisin i Norge. Utvalget har spurt både helseforetakene (via hvert regionale helseforetak, RHF) og de kommunale helsetjenestene (via KS). Vi skal se nærmere på deres svar etter først å ha fått et bilde på framtidige utfordringer og muligheter fra lærestedene. Utvalget utfordret også lærestedene til å beskrive hvordan ev nye praksisarenaer (f.eks. Kommunale akutte døgnenheter – KAD) kunne inkluderes.

Muligheter for økt kapasitet på praksisfeltet – sett fra lærestedene sitt ståsted

Alle lærestedene melder om utfordringer med kapasitet i praksisfeltet innenfor dagens studieplaner, og det beskrives forhold som oppleves begrensende både innenfor foretakene (spesialisthelsetjenesten) og i kommunal sektor (primærhelsetjenesten). NTNU framhever behovet for samordning og prioritering av ulike kategorier medisinstudenter i praksis i sykehusene. Det ønskes forpliktende avtaler, som gir en mer forutsigbar kapasitet. UiB er også opptatt av den begrensede muligheten for økning av kapasitet ved samarbeidende sykehus innenfor dagens modell, der grupper av studenter fra Bergen kommer i avgrensede bolker for praksisopphold. Fra UiT formuleres innspill om begrensninger i kapasiteten til utdanningsoppgaver i spesialisthelsetjenesten, det gjelder alle sykehus i nord.

UiO ser det som utfordrende å få til avtaler med egnede praksisplasser i primærhelsetjenesten, bl.a. sykehjem. De opplever også at det er krevende å rekruttere nye veiledere blant fastleger. Det samme melder UiT. De ser betydelige kapasitetsutfordringer for praksis i primærhelsetjenesten.

Med tanke på eventuelle framtidige studiemodeller supplerer fakultetene svarene sine noe, men det synes fremdeles som om tilgang til tilstrekkelig antall praksisplasser i helseregionene vil være en utfordring. NTNU forsterker behovet for et formalisert og avtalefestet samarbeid mellom fakultetet, helseforetakene og primærhelsetjenesten – med adekvate økonomiske rammer og tilskuddsordninger.

For UiB – som har fremmet scenariet med studiemodellen Vestlandslegen – sies det at det kan være nok kapasitet i primær- og spesialisthelsetjenesten på Vestlandet, gitt visse vilkår og bruk av flere arenaer. En ønsker å legge til rette for at studentene blir eksponert for hele spekteret av

primærhelsetjenester, ikke bare fastlegepraksis, men også helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem, hjemmetjenester, KAD-senger, legevakt og samfunnsmedisin i bred forstand. For å få det til betinges det at nye ordninger for finansiering av praksis i primærhelsetjenesten utredes.

UiO er tydelige på at flere sykehus må involveres hvis de skal håndtere en økning. Bruk av flere sykehus i regionen vil innebærer økte utgifter som f.eks. dekning av bolig og reise for studenter. Det påpekes at nye praksisarenaer (sykehjem, KAD, legevakt) ikke er bemannet for å veilede studenter. De ekstrautgiftene som vil påløpe er ikke noe fakultetet kan ta på seg. UiO ser behovet for å tenke nytt rundt måter å organisere praksis på, og fremmer idé om f.eks. kommunalt driftede helsesentre med utdanning som en oppgave.

Fra UiT sitt ståsted ser de at det ikke er tilgjengelige leger som kan utføre mer klinisk undervisning i medisinstudiet, fordi det ikke er nok legespesialister ved sykehusene. En forutsetning er at spesialistutdanningen styrkes, og med økt antall LIS1. For primærhelsetjenesten melder også UiT klart at økt finansiering til studentpraksis må på plass. De ønsker avklaring av arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen, med undervisning som en del av fastlegejobben. Videre må universitetene få tilstrekkelig finansiering til å honorere fastlegene.

I utvalgets dialog med studenttillitvalgte framholdt studentene at det er et potensiale for bedre utnyttelse av dagens praksisarenaer, for eksempel ved å ta i bruk større deler av året og bedre logistikk rundt rotasjon på avdelingene.

Betraktninger fra utvalget på innspillene fra fakultetene

Fakultetene er tydelige på utfordringene i praksisfeltet, men kommer likevel med noen løsningsforslag. Mye handler om avklaringer i ansvars- og oppgavefordeling mellom lærestedene og helsetjenesten og om finansieringsordninger. I tråd med føringer nasjonalt (jfr. kapittel 4) legger nye studieplaner ved fakultetene økt vekt på studentenes eksponering for forebyggende og allmennmedisinsk tematikk.

Som vi tidligere har omtalt (kapittel 7) er det flere prosesser på gang for å adressere de utfordringene som fakultetene tar opp. Pasientene er innlagt på sykehusene i kortere tid enn tidligere, mer av behandlingen skjer poliklinisk eller som dagbehandling, og stadig flere pasienter behandles ferdig i kommunehelsetjenesten. Det er viktig at studentene møter et bredt spekter av pasienter, og dette bør i større grad skje i kommunehelsetjenesten. Rammene for praksis og klinisk undervisning i kommunene må avklares for at dette skal være mulig.

Når rammene er på plass, bør det vurderes hvor studentenes læring skal skje. Det hadde vært en stor fordel om studentene kunne følge pasientene, både gjennom tjenestene og der pasientene er.

De desentrale utdanningsmodellene benytter nye arenaer og undervisningsmetoder som kan vurderes for flere studenter. Blant annet er studentene på praksisstedet over noe lengre tid. Det gir mulighet for at studentene får bedre oppfølging, og de kan også bidra stadig mer i det kliniske arbeidet med mindre veiledning utover i praksisperioden. Dette har studentene påpekt, og det er beskrevet hvordan dette foregikk under utveksling i Frankrike (Schei, 2019).

I kompetansebasert utdanning er det sluttkompetansen som er den viktige, mens veien fram til kompetansen kan variere for ulike studenter. Hvis sted og tid for klinisk undervisning og praksis hadde variert mer for studentene enn i dag, så kunne logistikken med å legge til rette for slike læringsaktiviteter vært enklere.

Videre utvikling av studieprogrammene bør skje i nært samarbeid med helsetjenestene. Noen praksissteder opplever at det kan være en fordel for dem at de har studenter gjennom hele studieåret, som en del av daglig drift. Da er det lettere å planlegge disponering av areal og personellressurser til veiledning av studentene.

Muligheter for økt kapasitet på praksisfeltet – sett fra foretakene sitt ståsted

Lærestedene har i kapittel 7 gjort rede for bruken av praksisfeltet for norske medisinstudenter i Norge, som del av deres studier. For å se hele situasjonsbildet ønsket utvalget å supplere med en kartlegging av kapasitet og tilbud ved helseforetakene når det gjelder å ta imot studenter i praksis. Vi ba de fire helseforetakene om nærmere informasjon når det gjelder den gruppen norske medisinstudenter som tar utdanningen sin ved utenlandske læresteder. Et estimat for dette er skissert tidligere.

Vi ba videre om en vurdering fra helseforetakene om hvorvidt det er kapasitet til å bidra i en eventuell økning av antall studieplasser i medisinutdanningene i Norge, og hvordan/i hvilket omfang foretakene kunne se for seg sin rolle. En oppsummering av svarene fra foretakene følger her.

Helse Midt-Norge formidler på vegne av foretakene i sin region at det er et visst mulighetsrom for å ta imot flere medisinstudenter fra de norske lærestedene, men sier at det er vanskelig å estimere kapasitet. De poengterer at slik medisinutdanningen i Norge fungerer i dag så er "praksisbelastning" mellom helseregionene skjevt fordelt, forstått slik at andelen medisinstudenter ved universitetene per 100.000 innbyggere i hver helseregion tilsier at Helse Nord og Helse Midt-Norge har en større forholdsmessig «belastning» enn de to sørligste helseregionene.

Helse Midt-Norge er bevisst nødvendigheten av å ivareta behovene til NTNU i Trondheim når det gjelder behov for praksisplasser. I forbindelse med tildeling av 15 nye studieplasser og oppstarten av NTNU Link (desentral medisinutdanning i Trøndelag) vil det oppstå behov for 15 nye praksisplasser i studieåret 2020–21. Modellen inneholder 16 ukers sykehuspraksis i 5. studieår som for de øvrige medisinstudentene fra NTNU. Til signaler fra NTNU om at de vil utrede mulighet for et desentralisert løp også i Møre og Romsdal responderer helseforetaket med å si at det er vilje ved avdelinger/ klinikker til en viss økning.

En eventuell økning forutsetter imidlertid at det må være en tett dialog mellom helseforetaket og NTNU. Det gjøres også klart at det vil forutsette tilstrekkelig tid og ressurser til veiledning. Uten tilførsel av ressurser vil det gå sterkt utover tid til pasientarbeidet for legene som skal drive veiledning. Veiledning må settes inn i legens rullerende planer gjennom året. Det vises også til det økte fokuset på veiledning og supervisjon som den nye LIS-ordningen fordrer i nær framtid.

I **Helse Nord** er det kun Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) som svarer at de under gitte forutsetninger kan se for seg muligheter for flere medisinstudenter. De viser til en rapport som er utarbeidet i fellesskap med universitetet (UiT), og som danner grunnlag for det innspillet også fakultetet kom med. Rapporten viser at det i dagens studiemodell ikke er mulig med økning, og at forutsetninger for en eventuell økning vil være bl.a. betydelig revisjon av studieplan med endringer av den praktisk-kliniske undervisningen (bruke ettermiddag/kveld, mer poliklinisk virksomhet, «innleie» av pasienter, øke andel undervisere i hovedstilling etc.). Andre viktige faktorer vil være å tydeliggjøre og styrke finansiering av utdanningsoppgaver i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, med styrking av spesialistutdanningen og økning av LIS1-stillinger.

Helse Sør-Øst er i utgangspunktet positive til økning, men påpeker at det må planlegges godt. Hvis det skulle bli aktuelt, må det gjennomføres en grundig kartlegging av antall praksisplasser og behovet for veiledningsressurser (økonomi, areal og bemanning). De påpeker at antallet på grunnutdanningen må ses i sammenheng med antallet LIS1-stillinger for å unngå flaskehalser.
I svaret fra Helse Sør-Øst, som er sammenfattet av svar fra hvert sykehus i regionen, nevner alle at en forutsetning for en økning av antall studenter er en økning av antall universitetslektorer/ førsteamanuenser/professorer for å gjennomføre veiledet klinisk praksis. De ønsker at praksisperiodene på sykehus må fordeles bedre slik at det ikke blir for mange studenter i klinikkene samtidig. Det må videre tilrettelegges for å øke den formelle veilederkompetanse i helseforetakene. I tillegg nevnes bosted for studentene, areal på sykehuset for økt undervisning/veiledning utenom direkte pasientrettet undervisning, som for eksempel simuleringsenhet.

Helse Vest melder tilbake relativt positive signaler fra foretakene i regionen, men det formuleres ulike typer forbehold og forutsetninger;

- Helse Bergen er opptatt av å kunne påvirke utdanningsløpet og bidra til å utvikle kvalitativt gode læringsarenaer sammen med UiB, de ser at presset på driften og ivaretakelse av flere ulike studentgrupper tvinger fram endringer i modeller for utdanningsløp.

- Helse Fonna formidler en bekymring for kvaliteten på praksis ved økning i volum, og viser til at en økning vil kreve økte arealer og fasiliteter, flere stillinger og støttefunksjoner og styrking av forskningsmessig infrastruktur.

- Helse Stavanger er positive til økning dersom ressurser følger med, både strukturelt, personal- og arealmessig. De sier at utvidet klinisk praksis under nåværende ordning i regi av UiB eller andre format uten tilstrekkelig ressurstilførsel og uten et reelt klinisk studium, ikke er ønskelig.

- I Helse Førde sies det at noen avdelinger har kapasitet og ser positivt på økning, også i et rekrutterings- og forskningsperspektiv. En ser likevel at det er nødvendig med økt tilgang til personalressurser og fysiske arealforhold. De ser det også som aktuelt å ta i bruk større deler av året til praksis.

- Haraldsplass Diakonale sykehus er positive til å delta i klinisk undervisning og kan tilby gode forhold for læring. De angir volum for hvordan de bidrar i dagens medisinstudium ved UiB og hvordan de eventuelt kan bidra framover.

Betraktninger fra utvalget på innspillene fra helseforetakene
Overordnet ser helseforetakene ut til å være positive til en økning av antall medisinstudenter, men de forutsetter at rammevilkårene med ressurser og areal tilrettelegges for det. Det synes som om helseforetakene ikke har full oversikt over kapasiteten sin til denne undervisningen. De ser noen fordeler ved å ha flere medisinstudenter knyttet til seg i løpet av studiet, blant annet som ledd i å styrke rekrutteringen av leger. Flere av foretakene signaliserer at de ønsker å samarbeide med utdanningsinstitusjonene i planlegging av praksisstudiene.

Det kan se ut som om kjennskapen til rollefordelingen mellom helsetjenestene og utdanningsinstitusjonene for praksisstudier er noe varierende. For eksternt veiledet praksis er det helsetjenesten som bidrar med praksisveileder, mens utdanningsinstitusjonen har ansvar for veilederutdanningen og utdanningskvaliteten.

Et av de regionale helseforetakene påpeker den ujevne fordelingen av medisinstudenter mellom de regionale helseforetakene etter folketall. Utvalget ser nærmere på dette.

Praksisplasser har blitt meldt inn som en sentral begrensende faktor for antall studieplasser. I praksisstudiene er nettopp møter med pasientene noe av det viktigste for studentenes læring. Pasientgrunnlaget i regionene kan ses som en grunnleggende forutsetning i vurderingen av hvordan helse- og sosialfaglige utdanninger – med stort behov for pasienteksponering – kan fungere regionalt og lokalt. Som en analytisk tilnærming til spørsmålet om kapasitet i helsetjenestene i helseregionene har utvalget sett nærmere på en tenkt fordeling av studieplasser i medisin dersom de fordeles etter folketallet i regionene.

Tabell 17 viser en fordeling av studieplasser (betegnet SP) basert på folketallet i dagens fire regionale helseforetak gitt ulike prosentvise premisser. Tabellen tar utgangspunkt i at Norge skal ha tilgang på 1150 ny-utdannede leger til LIS1 stillinger hvert år, at det er 10 % frafall i studiet og at 5 % ikke starter LIS1.

Tabell 17: Studieplasser (SP) fordelt i de regionale helseforetakene etter folketall

Helseregion	Folketall 1.1.2018 etter fylker (avrundet)	SP 2019	SP 2019 per 100.000 inn-bygger	636 SP fordelt etter folketall	100 % av legene utdannet i Norge, fordelt etter folketall	90 % av legene utdannet i Norge, fordelt etter folketall	80 % av legene utdannet i Norge, fordelt etter folketall
HN	485 000 (N,T,F)	116	23,9	58	123	111	99
HMN	726 000 (T,MR)	135	18,6	87	185	166	148
HV	1 107 000 (SF,H,R)	165	14,9	133	281	253	225
HSØ	2 977 000 (Ø,A,O,H,O, BV,T,AA,VA)	220	7,4	358	756	680	604
Sum	5 295 000	636	12,0	636	1345	1210	1076

Kilde: Grimstadutvalget 2019

Tabellen viser at det først og fremst er i Helse Sør-Øst og dels i Helse Vest at det bør være kapasitet til flere praksisplasser. Men av hensyn til rekruttering av leger til alle deler av landet, bør det vurderes en noe annen fordeling av studieplasser mellom universitet enn basert på befolkningsgrunnlaget. Erfaringen fra Tromsø, som også bekreftes av internasjonale erfaringer, viser at etablering av et medisinstudium styrker rekruttering av leger til landsdelen (Gaski M. 2017, Laven 2003)

Muligheter for økt kapasitet på praksisfeltet – sett fra kommunesektoren

På generell basis mener Kommunesektorens organisasjon (KS) at kommunesektoren i større grad må benyttes som praksisarena, og at mer av denne type praksis må skje mot slutten av utdanningsløpet. For medisinstudiet ser en imidlertid at det er særlige utfordringer knyttet til praksis hos selvstendig næringsdrivende fastleger. Den kapasiteten kommunene vil ha til å ta imot en økende gruppe medisinstudenter er avhengig av fastlegenes rammevilkår.

KS omtaler andre aktuelle arenaer for mottak av studenter i praksis; sykehjem, helsehus, kommunal akutt døgnenhet (KAD), legevakt, helsestasjon, rehabiliteringsinstitusjoner o.a. Disse arenaene vil gi innblikk i ulike problemstillinger som samlet vil bidra til at studentene oppnår ønsket læringsutbytte, og gi kunnskap om viktige samarbeidsaktører for leger. Blant annet tilbyr disse tjenestene veiledet praksis for andre helseprofesjoner, og kan understøtte mål om tverrprofesjonell samarbeidslæring.

Mange av distriktskommunene har store rekrutteringsutfordringer, og å ta imot studenter i veiledet praksis på en god måte, øker sannsynligheten for senere rekruttering.
KS ser det som en forutsetning for en eventuell økning at finansiering av veiledet praksis i kommunene må styrkes og overføres direkte til kommunesektoren, i stedet for å bli kanalisert via utdanningsinstitusjonene. De peker på at det må foretas kostnadsberegning av veiledet praksis i kommunesektoren. Vi har tidligere omtalt at det er igangsatt tiltak i denne saken, og kostnadsberegninger foretas i regi av fakultetene selv. Helsedirektoratet har fått et oppdrag om å utrede økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til lovfesting av kommunalt ansvar for praksisplasser.

Forutsatt tilstrekkelig finansiering mener KS at kommunene kan få lovfestet ansvar for veiledet praksis på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten.

Utvalgets betraktninger rundt innspillet fra KS

Det er svært positivt at KS mener at kommunesektoren i større grad må benyttes som praksisarena. De arenaene som nevnes er aktuelle for å støtte opp om studentenes kompetansemål. Utvalget mener at det må sikres at studentene får erfaring fra og kompetanse til å arbeide med pasienter både som søker helsehjelp direkte hos fastlegene, i uselektert allmennpraksis, og i andre kommunale legetjenester. Det skjer mye utviklingsarbeid på området, og dette bør videreføres.

Som en styrkning av forskningsbasert utdanning i kommunehelsetjenesten ser utvalget at samarbeidet med utdanningsinstitusjonene bør omfatte avtaler om forskning og utvikling, og løsninger for kombinerte stillinger, slik det er i spesialisthelsetjenesten.

Det er meldt inn behov for å få på plass finansieringsordninger fra alle involverte parter. KS ønsker at finansieringen bør gå direkte til kommunesektoren, mens fakultetene med profesjonsstudium i medisin har ønsket at finansieringen bør følge studentene.

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 allmennmedisin.

Utvalget mener også at det bør vurderes om oppgaver som praksisveiledning og mulighet for forskning og kombinerte stillinger bør innarbeides i fastlegeavtalen.

Legebehov og rekruttering til medisinutdanning

Det er ikke tilstrekkelig å utdanne det antall leger vi trenger; de må også fordeles ut over landet i henhold til de behovene som finnes der. Norge har spredt bosetning, og dermed en desentralisert helsetjeneste for å sikre likeverdige helsetilbud til hele befolkningen. Det er en av årsakene til den høye legetettheten som er omtalt i kapittel 2. Å sikre tilstrekkelig helsepersonell til utkantstrøk er en

utfordring over hele verden. Internasjonal forskning viser at helsepersonell som kommer fra rurale strøk, har en større tilbøyelighet enn sine urbane kolleger til å vende tilbake til utkantene ("lakse-effekten"). Også utdanningsinstitusjonenes plassering har betydning for hvor personellet havner etter endt utdanning, og ikke minst hva slags praksis og geografiske lokalisasjoner de eksponeres for i løpet av studiet (Gaski M 2017, Laven G 2003, Puddey IB 2015).

Som en avslutning på dette kapittelet om muligheter og ressurser på praksisfeltet, ser vi at et perspektiv på sammenhengen mellom legebehov, praksisfeltet og medisinstudentenes hjemfylke gir nyttig bakgrunnskunnskap i drøftingene om hvor kapasitet i utdanningen bør økes.

Medisinstudentenes fylkestilhørighet

Utvalget har sett på fylkestilhørighet for norske medisinstudenter for tiårs-perioden 2008 - 2017, medregnet både studentene ved de fire norske lærestedene i medisin og utenlandsstudentene.

Totalt sett er det ikke dramatiske forskjeller mellom fylkene i hvilken grad de rekrutterer studenter til medisinutdanning, etter folketallet. Men av innenlands-studentene kommer flere fra Akershus, Oslo, Sør-Trøndelag og Troms enn folketallet skulle tilsi, mens Buskerud, Nord-Trøndelag, Rogaland og Østfold rekrutterer noe under folketallsandelen. For utenlandsstudentene er forskjellene noe større, og her skiller Oslo seg markant ut med nesten en fire-del av utlandsstudentene mot bare en åtte-del av folketallet.

Tabell 18: Fylkestilhørighet for norske medisinstudenter inn- og utland, perioden 2008-2017. Topp 5 ved henholdsvis NTNU, UiB, UiO, UiT og utland

Topp 5, rekruttering	NTNU	UiB	UiO	UiT
1	Sør-Trøndelag	Hordaland	Oslo	Troms
2	Akershus	Rogaland	Akershus	Nordland
3	Oslo	Oslo	Østfold	Finnmark
4	Møre og Romsdal	Akershus	Vestfold	Sør-Trøndelag
5	Hordaland/ Nord - Trøndelag	Sogn og F	Hedmark	Oslo

Kilde: Lærestedene og Lånekassen

Tabellen viser at det er en klar tendens til at lærestedene rekrutterer medisinstudenter fra sine respektive helseregioner. For UiT skyldes dette også den særskilte opptakskvoten for studenter fra Nord-Norge. Det er også naturlig at de største fylkene har flest medisinstudenter.

Analyserer vi de eksakte tallene for antall studenter fra fakultetenes respektive helseregion (tabell 19), finner vi at UiO har 83 % av studentene sine fra egen helseregion, UiT har 68 %, mens UiB har 48 % og NTNU bare 34 %:

Tabell 19: Tilknytning til lærestedets region, medisinstudenter ved NTNU, UiB, UiO og UiT i perioden 2008-2017

Lærested	Antall studenter	Antall studenter fra egen region	Andel studenter fra egen region, %
NTNU	1236	421	34
UiB	1692	805	48
UiO	2161	1807	83
UiT	1127	767	68

Kilde: Lærestedene og Lånekassen

I forrige kapittel viste vi at antall studieplasser per innbygger er svært ulikt fordelt mellom regionene, noe som kan forklare mye av disse forskjellene. Gitt at karakternivået er noenlunde likt fordelt mellom regionene, vil søkere fra UiO sitt geografiske område få opptak ved de andre studiestedene. Mangelen på studieplasser på Østlandet/UiO fører altså til at de tre andre fakultetene tar opp medisinstudenter fra østlandsområdet i langt større grad enn vanlig studentmobilitet skulle tilsi, og at det ikke er en balansert flyt av medisinstudenter mellom fylkene i forhold til studiestedene. I tillegg er Oslo og Akershus overrepresentert blant utenlandsstudentene (37 % av studentene mot 24 % av folketallet).

Tallene kan også gi et grunnlag for å si noe om hvordan en i et samfunnsperspektiv strategisk kan planlegge dekning av legebehov i Norge. Det vil være viktig her å vektlegge forutsigbarhet, og et nasjonalt perspektiv.

I en eventuell økning av medisinutdanningen i Norge, og hvilke utdanningsmodeller som bør velges (både lokalitet og studiemodell) ser utvalget at det å ha rekrutteringsperspektivet med seg i drøftingene kan tilføre merverdi for samfunnet. Det handler ikke bare om hvem som skal bli medisinstudent, men også om studentens egenskaper og hvor de kommer fra. Utvalget vil i denne forbindelse bare drøfte den geografiske plasseringen av studieplassene, og går ikke inn på drøftinger om opptakskrav, ulike kvoteringer eller utvalgsmekanismer.

For utvalget synes det som at alle parter ser på tilgang til praksisplasser som en begrensende faktor for en økning i antall studieplasser, men er innstilt på å finne løsninger. Alle etterspør gode og klare rammebetingelser. De nødvendige rammebetingelsene synes å være at utdanning og veiledning av studenter skal være en tydelig oppgave i tjenestene og at denne oppgaven er gitt ressurser i form av tid, areal og personell. Helsetjenestene ønsker å bidra i planlegging av innhold og struktur i praksisstudiene. Utvalget ser det som en mulighet til å finne gode løsninger som kan sikre studentene læringsutbytte og at praksisstudiene blir innpasset i driften av helsetjenestene. Dette gir muligheter for økning av antall studieplasser i medisin i Norge med bred praksis både i spesialist- og primærhelsetjenesten spredt utover landet, noe som på sikt kan bedre rekrutteringen av leger flere steder i landet.

11. Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalget vurderte det som nødvendig å få ekstern bistand til å gjennomføre en analyse av de samfunnsøkonomiske virkningene av en mulig utvidelse av antallet studieplasser i medisin i Norge. Hovedformålet ved denne analysen har vært å presentere en sammenligning av to prinsipielt ulike alternativer for opptrapping av kapasiteten i Norge med dagens situasjon, der rundt halvparten av utdanningsbehovet dekkes gjennom at norske studenter fullfører det medisinske studiet i utlandet. Etter en anbudsprosess fikk Oslo Economics (OE) oppdraget med å utføre denne analysen for utvalget. Utvalget stilte nødvendig bakgrunnsmateriale til disposisjon for OE, i tillegg til at de innhentet noe informasjon selv. OE drøftet også oppdraget samt gjennomføringen og resultatene av analysen med utvalget og sekretariatet før endelig rapport ble levert.

Vi gir her en kort oppsummering av den foreliggende rapporten fra OE. Fullstendig rapport finnes i vedlegg 7. I tillegg setter vi rapporten i en videre tematisk kontekst, og utdyper noen økonomisk-administrative forhold som er sentrale i lys av de endelige anbefalingene fra utvalget.

Rapporten fra OE presenterer en samfunnsøkonomisk analyse av to mulige scenarier i forhold til dagens situasjon. Ved lesingen av rapporten er det viktig å være klar over at det er mulig å trekke fram verdier eller politiske mål ut over dem som kommer til uttrykk gjennom prissetting i en samfunnsøkonomisk analyse. Dette vil typisk være forhold som det er vanskelig å beskrive gjennom etterprøvbare målinger. Den samfunnsøkonomiske analysen gir ikke uttrykk for eventuelle konsekvenser av ulike beslutninger innenfor de to skisserte alternativene for offentlige budsjetter på kort eller lang sikt. Analysen kan derfor vanskelig benyttes som grunnlag for en detaljutforming av en mulig økning av kapasiteten i medisinstudiet i Norge. De spesifikke økonomiske og administrative konsekvensene ved ulike mulige løsninger for opptrappingen må derfor utredes gjennom egne analyser på et mer detaljert nivå.

Rapporten fra Oslo Economics – kort oppsummering

OE beregnet kostnadsvirkninger av en utvidelse av medisinstudier i Norge. I denne sammenheng er *kostnader* definert som samfunnets ressursbruk av innsatsfaktorer som arbeidskraft, materialer, tjenester med mer. Kostnader er i samfunnsøkonomisk analyse forskjellig fra *utgifter***.** Utgifter betegner en transaksjon, eller en pengemessig ytelse – en pengeoverføring - mellom to aktører.

Kostnadene ble beregnet for to alternative løsninger. I alternativ 1 utvides medisinstudiet i Norge med 500 nye studieplasser årlig. Det tilsvarer nesten en dobling av antall studieplasser i medisin i Norge. Det ble lagt til grunn at i en 43-årig analyseperiode (tre års byggeperiode og 40 års drift) vil det utdannes ca. 20.000 flere leger ved norske studiesteder.

I alternativ 2 etableres et nytt 3-årig studium i klinisk medisin i Norge, for studenter som har tatt de tre første årene ved et studiested i utlandet. I analysen er det lagt til grunn 500 nye studieplasser i året. Dette vil også gi 20.000 nye leger i Norge i analyseperioden (43 år) med første halvdel av medisinstudiet fra utlandet og siste halvdel i Norge.

Det er høyere kostnader for Norge å utdanne leger i Norge enn i de land der de fleste norske medisinstudenter studerer i dag (Polen, Ungarn og Slovakia). Medisinstudiet i Norge er plassert i den

høyeste kostnadskategorien og er ressurskrevende, med behov for kostbar infrastruktur, høy kontakttid mellom lærer og student og i tillegg tilgang til klinisk undervisning på sykehus og i primærhelsetjenesten. I tillegg er levekostnadene for en student i Norge høyere enn i de vanligste studielandene, og det vil slik føre til merkostnad å utdanne flere leger i Norge.

OEs analyser viser at alternativ 1 vil medføre en økt samfunnsøkonomisk kostnad målt i netto nåverdi over 43 år på 41 milliarder kroner, drøyt 55 prosent økt kostnad fra nullalternativet, som er dagens situasjon.

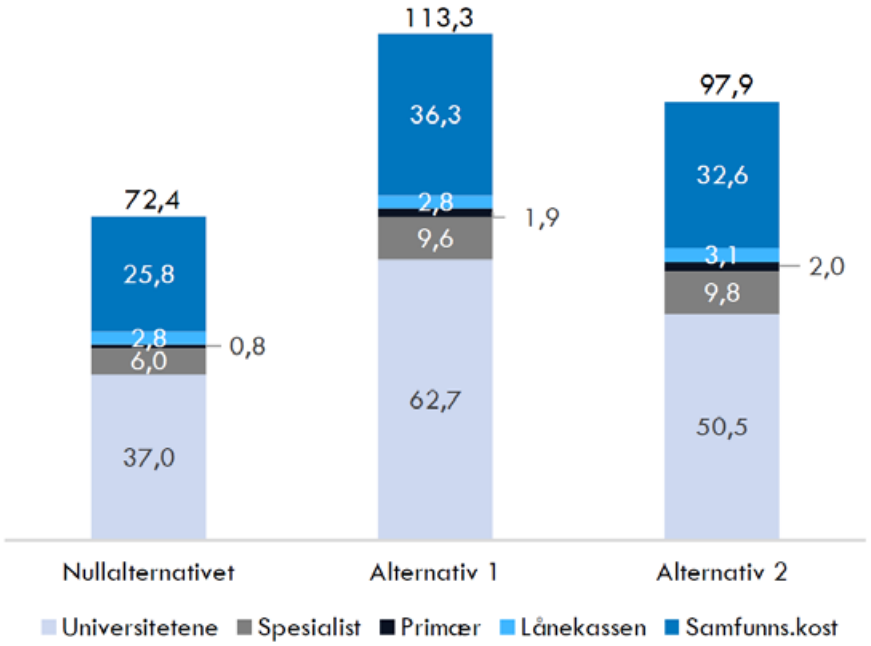
Kostnaden per nye fullt ut norskutdannede lege blir i dette alternativet i overkant av 2,0 millioner kroner.

Alternativ 2 vil ha en lavere kostnad, som en følge av at halvparten av utdanningen skjer i utlandet. Beregningene viser en samfunnsøkonomisk merkostnad sammenlignet med nullalternativet på 25 milliarder kroner (drøyt 35 prosent økning fra nullalternativet), målt i nettonåverdi over 43 år. Det er de samme dominerende kostnadsdriverne i begge alternativene, men personalkostnader i spesialisthelsetjenesten er en relativt sett større kostnad i alternativ 2, siden den kliniske undervisningen antas komprimert til de tre årene utenlandsstudentene tar i Norge. Kostnaden per nye delvis norskutdannede lege, totalt 20.000, blir i alternativ 2 om lag 1,3 millioner kroner.

OE antok i sine analyser at en tilnærmet dobling av studieplasser i medisin i Norge ville halvere antall norske medisinstudenter i utlandet. Med disse antakelsene ville begge alternativene kunne gitt 10.000 flere utdannede leger til Norge enn om dagens situasjon videreføres de neste 43 år.

OE anfører den klart største kostnadsdriveren ved utvidelse av antall studieplasser i medisin til å være personalkostnader ved universitetene. I tillegg er også behovet for nybygg ved universitetene, personalkostnader i spesialisthelsetjenesten og levekostnader for studentene vesentlige kostnadsdrivere.

Figur 19: Netto prissatt kostnad (Milliard NOK, nåverdi), utdrag fra rapport Oslo Economics, figur 6-1, side 40



Beregninger: Oslo Economics

I figuren over visualiserer OE hvordan kostnadene fordeler seg for hver av de tre alternativene; nullalternativet (videreføring av dagens situasjon), alternativ 1 (500 flere studieplasser i 6-årige studieløp i Norge) og alternativ 2 (500 studieplasser med 3-årig klinisk studieløp i Norge).

OE har også beskrevet kostnader ved forsinkelse i studieløpet, blant annet ved at ungdom tar opp igjen eksamener fra videregående for å bedre sine karakterer for opptak til medisinstudiet. Denne aktiviteten anses som ikke produktiv i samfunnsøkonomisk betydning, og fører i neste omgang til forsinket inntreden i arbeidslivet. Sammen med beregninger for ventetid for å komme i gang med LIS1-stilling, er disse forsinkelseskostnadene beregnet til å beløpe seg til 24 milliarder over 40 år. Det presiseres fra OE at det er stor usikkerhet knyttet til disse tallene, da de er basert på en rekke forutsetninger som er vanskelig målbare.

I sine oppsummerende kommentarer til oppdraget sier OE at dersom det skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt å flytte norske medisinstudenter fra utlandet til Norge, så vil det måtte være betydelige nyttevirkninger knyttet til det. De skriver: "*overordnet kan det synes som om slike nyttevirkninger primært vil være knyttet til økt kvalitet på norske leger og eventuelt reduserte forsinkelseskostnader både ved opptak til studiet og ved ansettelse som LIS1"* (s. 6).

Kontekstuelle vurderinger

Utdanningslovgivningen i Norge stiller høye krav til virksomheten ved norske universitet og høyskoler, både når det gjelder krav til kvalitet, akademisk kompetanse og veiledning i praksisundervisning. Den pågående prosessen med RETHOS skjerper kravene ytterligere. Utvalget ønsker derfor å presisere at den norske utdanningsmodellen ikke er direkte sammenliknbar med utdanning i utlandet. Dette kommer ikke tydelig frem i rapporten fra OE, og er et viktig utgangspunkt for å kunne gjøre vurderinger av innsatsfaktorer knyttet til medisinutdanning.

Forsknings- og formidlingsaktivitet er en integrert del av utdanningsvirksomheten ved norske universiteter og høyskoler, og innenfor en vitenskapelig stilling skal alle kjerneoppgaver ivaretas; undervisning, forskning, formidling og innovasjon. Sett utenfra kan dette få norsk utdanning til å fremstå som betydelig mer kostnadskrevende enn tilsvarende utdanning i utlandet.

Andre faktorer som er en integrert del av virksomheten rundt norsk medisinutdanning og helsetjeneste, og som stiller krav til tidsbruk, etterrettelighet og kvalitet i studentoppfølging, er løpende skikkethetsvurderinger av studentene og vilkår for pasientrettigheter. Jfr. *Forskrift for skikkethetsvurdering i høyere utdanning (2006)* og *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (2001). Disse reguleringene synliggjør at Norge som land har tydelige føringer for innhold og oppfølging i utdanninger som spiller en nøkkelrolle i våre sentrale velferdstjenester, og en må forvente at dette koster mer enn å utdanne legene i land med lavere kostnader og lavere grad av regulering.

De siste årenes utvikling av studieplanene ved de fire norske studiestedene har medført noe andre vilkår og forutsetninger enn i de gamle kostnadsanalysene for spesialisthelsetjenesten som er lagt til grunn i analysene. Klinisk undervisning foregår mer i poliklinikk, trening i kliniske ferdigheter utføres mer i ferdighetslaboratorier og på simuleringssentre, det benyttes mer smågruppeundervisning, mer teknologistøttet undervisning, mer studentaktiviserende læringsformer og tverrprofesjonell samarbeidslæring. Dette krever andre typer infrastruktur. Kostnadene for dette vil kanskje være noe større for universitetene, men ikke nødvendigvis for helsetjenestene.

En kostnad som ikke er tatt inn i analysene er det ukjente antallet utenlandsstudenter som har en eller flere perioder med hospitering og praksis i den norske helsetjenesten. Det foreligger ingen

fullstendig oversikt over omfang og innhold i denne aktiviteten, noe som gjør kostnadene vanskelige å beregne. Denne aktiviteten er også omtalt i kapittel 8, om praksis som del av medisinstudiene.

Å utdanne leger for norsk helsetjeneste i den norske konteksten forsterkes nå i forbindelse med RETHOS, der representanter fra helsetjenesten sammen med representanter fra universitetene har utarbeidet minstekravene til en norskutdannet lege. Det er sider ved den norske helsetjenesten som er annerledes enn i de landene der de fleste utenlandsstudentene er. I Norge legges det stor vekt på primærhelsetjenesten og på fastlegenes funksjon, tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon og kjennskap til helsetjenestens organisering og lovgivning. Dette gjenspeiler seg i forslaget til retningslinjer for medisinutdanningen i RETHOS. Alt dette kan ikke forventes ivaretatt ved utdanningssteder i utlandet. Når ca. 47 % av legene i Norge utdannes i utlandet, vil utvalget peke på det faktum at man da ikke kan regne med at implementeringen av RETHOS i medisinutdanningen i Norge direkte vil føre til en endring av legenes arbeid i den norske helsetjenesten. Som utvalg vil vi peke på det paradoksale i denne situasjonen, og anbefaler at den får en tydelig vektlegging i videre vurderinger av nyttevirkninger ved utdanning av norske leger i Norge.

Konsekvensene av at en stor andel av legene i Norge er utdannet i utlandet er vanskelig å kartlegge, og som utvalg har vi ikke kunnet bidra til at OE fikk nærmere grunnlagsmateriale om dette. LIS1-utdanningen har tatt konsekvenser av at en stor andel av de nyutdannete legene har annen kompetanse enn de norskutdannete, og lagt læringsmål på et nivå som også kandidatene fra utlandet skal ha en mulighet til å nå i løpet av LIS1-perioden. En konsekvens av dette er at de norskutdannete LIS1 opplever at læringsmålene til dels er lavere enn læringsutbytte de har etter fullført norsk medisinutdanning. De må likevel delta på felles opplæring og er da ute av klinisk praksis uten at læringseffekten kanskje er så stor.

Nærmere om økonomisk-administrative forhold

Utvalgets vurderinger av konteksten for den samfunnsøkonomiske analysen over suppleres her med utdyping av de mest sentrale økonomisk-administrative forholdene rundt de tiltakene vi som utvalg foreslår gjennom våre anbefalinger.

Ved endringer på utdanningsfeltet i medisin er det flere som kan bli berørt; enkeltpersoner (potensielle søkere og nåværende studenter ved utenlandske universitet), statlig og kommunal forvaltning (opptaks-, utdannings- og praksisrelatert virksomhet) og privat næringsvirksomhet (rekrutterings- og samarbeidsrelasjoner med utenlandske universitet). For enkeltpersoner står studiestøtteordningene for medisinstudier i utlandet helt sentralt. For statlig og kommunal forvaltning er det flere felt som berøres, og vi vil særlig utdype det som omhandler utbygging av kapasitet ved lærestedene og i helsetjenesten. For privat næringsvirksomhet har vi ikke gjort noen grundige vurderinger, men vil påpeke viktigheten av dialog med aktører på markedet.

Om endringer i dagens studiestøttesystem for medisinstudier utenlands

OE har i sin rapport basert seg på en antakelse om at dobling av studieplasser i medisin i Norge vil innebære halvering av antall utenlandsstudenter. Denne antakelsen deles ikke av utvalget. Utvalget antar at det tvert imot kan medføre økt interesse ved å åpne opp for flere studieplasser hjemme, og spesielt hvis det var aktuelt å innføre en hjemhentingsmodell for de tre siste årene av studiet. En kjent mulighet til å kunne søke seg hjem i løpet av studietiden ville virke motiverende for mange studenter. Utvalgets vurdering av denne situasjonen er grunnlag for anbefalingen om at Lånekassens økonomiske støtte til medisinutdanning i utlandet reduseres, parallelt med oppbygging av økt

studiekapasitet i medisin i Norge (jfr. kapittel 5).

Utvalget anbefaler videre at det utredes en ordning der 5 - 10 % av behovet for studieplasser i medisin dekkes gjennom finansiering fra Lånekassen (inkl. skolepenger) ved nærmere definerte studiesteder i utlandet. Denne anbefalingen tar høyde for at en andel norske medisinstudenter fortsatt bør studere medisin i utlandet, men at det bør være en ordning som både veileder og sikrer studentene i valget av studiested. Utvalget kjenner til at KD har nedsatt en arbeidsgruppe, ledet av DIKU, som skal se på hvordan norske studenter som planlegger å studere i utlandet kan få bedre informasjon om kvalitet i utdanningene. Det kan være relevant å se utvalgets anbefaling i relasjon til det som leveres fra den arbeidsgruppen.

Reduksjonen i dagens studiestøttesystem må skje etter en nærmere definert nedtrappingsplan, slik at det ikke rammer studenter som i dag har startet studieløp innenfor dagens regelverk. Nye vilkår må være tydelig beskrevet og gjort kjent for alle potensielle studenter så snart de er klarlagt, og de må ikke ha tilbakevirkende kraft for de som fremdeles er under utdanning. Det er viktig at endringer blir raskt iverksatt slik at norsk ungdom som står på terskelen til å foreta valg av studiested har en forutsigbar planleggingshorisont. Studenttillitsvalgte formidlet også til utvalget hvor viktig det er at eventuelle endringer blir opplyst om på et tidlig tidspunkt.

Det å ta opp en liten andel av utenlandsstudentene til en norsk avslutning av medisinstudiet for 3 eller 4 år, gir krevende opptaksprosesser, og det må sannsynligvis en ekstrainnsats til både fra studentene og fra utdanningsorganisasjonen for å sikre at alle studentene har den kompetansen som er beskrevet i RETHOS ved uteksaminering. UiS har i sitt innspill til utvalget beskrevet et studieopplegg som i det vesentlige tar høyde for de kravene som stilles i RETHOS. Et slikt opplegg må ta høyde for at norske medisinstudenter fra utlandet kommer fra studier med ulik organisering og oppbygging, med de behovene for individuell tilpasning det vil kunne kreve.

Om utbygging av kapasitet ved lærestedene og i helsetjenesten

Medisinstudiet er ressurskrevende, og er fastsatt til kostnadskategori A (høyeste kategori) i finansieringssystemet for universiteter og høgskoler. Det innebærer en uttelling for universitetene på kr. 132.750 per fullførte 60 studiepoeng og kr. 210.700 per uteksaminert kandidat i resultatbaserte midler per år. I basisbevilgning får universitetene kr. 242.850 per medisinstudent per år. For hver ferdig uteksaminert medisinstudent har universitetet fått overført omlag kr. 2.455.300.

Budsjettvirkningene i en driftsfase vil være omlag 1,08 milliard kroner per år ved 440 nye studieplasser.

Investering i infrastruktur er et punkt som universitetene selv har anført. Både NTNU, UiB og UiO legger til grunn at det er behov for ny bygningsmasse hvis det skal være aktuelt med utvidelse, særlig knyttet til fasiliteter i den første fasen av studiet (laboratorieplass, basalfaglig virksomhet). I tillegg er arealer for ferdighetstrening og simulering viktig, både ved hjemmehørende universitet og tilknyttet eventuelle nye campuser. I den delen av medisinstudiet der klinisk aktivitet dominerer, er det i større grad fasiliteter i helsetjenesten som er viktige.
Utvalget har i dialogen med universitetene kun bedt dem om å gi en beskrivelse av hvilke typer ressurser som aktualiserer seg ved eventuelle utvidelser. Av den grunn har vi heller ikke noen eksakte beregninger av forventede kostnader knyttet til innspillene. Utvalget viser til de kostnadsestimatene som er angitt i rapporten fra OE (s. 26 – 32 i rapporten fra OE), både når det gjelder universitetene og helsetjenesten.

Gitt de faktorene som er nødvendige for å investere og drifte medisinutdanningen i Norge, kan det drøftes hvorvidt det vil lønne seg å etablere nye læresteder i medisin i forhold til å satse videre på de fire vi allerede har. Foruten investeringer i nødvendig infrastruktur handler det om oppbygging av nødvendig faglig kompetanse og fagmiljøer. Fagkompetansen, både i basalfaglige og kliniske fag, skal primært ligge ved universitetene. Studietilsynsforskriften (2017) setter krav til hvordan fagmiljøene må være sammensatt for å oppfylle slike krav. Selv om sykehusene bidrar med nødvendig kompetanse for å veilede og tilrettelegge for studentenes læring i praksis, slik de er lovpålagt, er det en vanlig modell at sykehusansatte også har bistillinger ved utdanningsinstitusjonen eller kombinerte stillinger utdanningsinstitusjon/sykehus. Slike stillinger betinger tilknytning til det aktuelle fagmiljøet ved utdanningsinstitusjonen. Tilsvarende er praksisveiledere fra kommunehelsetjenesten tilknyttet universitetene, og vitenskapelig ansatte ved universitetene arbeider også i tjenesten.

I sine drøftinger av 6-årige vs. 3-årige studiemodeller og framtidig gradstildeling i medisin har utvalget gjort vurderinger av hvilke studiemodeller som kan anbefales både med et nasjonalt og et regionalt perspektiv. Argumentene bak de delte anbefalingene fra utvalget på disse to punktene, slik de er redegjort for i kapittel 8, omhandler både vurderinger rundt oppbygging av faglig kompetanse, forskningsmiljøer og infrastruktur.

OE har i sin rapport pekt på at eventuelle kostnadsreduserende tiltak i investeringsbeslutningen om økt medisinutdanning (s. 52). De anfører at det potensielt er mulige kostnadsreduserende tiltak hvis årsaken til universitetenes kapasitetsbegrensninger enten ikke er like - eller ikke like store - innenfor hver type arealbehov. Deres anbefaling er å kartlegge konkrete kapasitetsbegrensninger ved hvert universitet for å se helheten, og kunne dra nytte av eventuelle kostnadsmessige fordeler. Slik utvalget ser det, vil det være vel så viktig å inkludere faktorer i helsetjenesten som del av et videre beslutningsgrunnlag.

Utvalget foreslår studiemodeller som inkluderer en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning. Det innebærer studiemodeller der studenter er på campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden. Dette er ikke kostnadsberegnet, men vil kunne antas å gi reduserte kostnader ved hovedcampus, og noen nye kostnader ved de desentrale studiestedene/ campusene. Det er ikke behov for å etablere nye fullstendige fagmiljøer og forskningsinfrastruktur på de nye campusene. Fagmiljøene ved de nye campusene vil være knyttet til fagmiljøet ved hovedcampus og ha tilgang til eksisterende forskningsadministrasjon og infrastruktur. Det samme gjelder studieadministrasjon, det er ikke behov for å dublere støttefunksjonene til planlegging av undervisning og oppfølging av studentene annet enn det som vil være knyttet til særskilte behov ved lokale forhold. Det er noe erfaring fra oppbygging av de desentrale studiemodellene ved UiT og NTNU som kan være nyttige i en videre kostnadsberegning av dette. Når studentene har fast tilhold ved campus utenfor universitetsbyen i såpass lang tid, medfører ikke denne modellen vesentlig økte reise- og oppholdsutgifter.

I omtalen av praksis i primærhelsetjenesten (kapittel 7) har vi tidligere kommentert at knappe ressurser vanskeliggjør samarbeidet med utdanningene. Likeledes er finansiering og organisering av fastlegene, hovedsakelig som private foretak med avtale med kommunene, en utfordring i samarbeidet. Utvalget har anbefalt at det innføres nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten, og kjenner til det arbeidet som er igangsatt både i regi av fakultetene selv og som oppdrag fra HOD til Helsedirektoratet. Disse initiativene adresserer både det økonomiske og det lovmessige. Utvalget vil ikke her detaljere sin anbefaling ytterligere, men viser til det pågående

arbeidet i saken. Med tanke på eventuell økning i kapasitet for medisinutdanningen nasjonalt vil vi understreke det avgjørende i å finne gode og formålstjenlige ordninger for kommunehelsetjenesten som praksisarena. Gitt finansiering har vi også sett at KS godtar lovpålagt veiledning i praksis. Spesialisthelsetjenesten har finansiering for å være utdanningsarena for medisinstudentene. Tidligere var det økonomiske tilskuddet forbeholdt universitetssykehusene, men etter hvert som studentene også har praksis ved andre sykehus, har de andre sykehusene også fått ressurser til denne aktiviteten. Nå ligger disse ressursene i budsjettrammen til RHF'ene og en økning av undervisningsoppgaven fører ikke til økning i tilskuddene. Helseforetakene etterspør en økning av rammen ved en økning av undervisningsoppgaven.

Praksis i helsetjenesten er sentralt for kvaliteten i medisinutdanningen, og samtidig er det en begrenset ressurs. Det betyr at praksis må fungere best mulig for å sikre studentene det læringsutbytte de kun kan få i praksis. I praksisfeltet er utdanningsoppgaven i varierende grad lovfestet og kommer uansett i konkurranse med primæroppgaven med å ivareta pasientene. Praksisveiledning og utdanningsoppgaven er i liten grad synliggjort i budsjett og i aktivitetsrapporter i helsetjenesten. Også spesialisthelsetjenesten, som har dette som en av sine lovpålagte oppgaver med finansiering for aktiviteten, har i liten grad oversikt over kapasitet og ressursbehov til denne oppgaven. Helsetjenestene er positive til å bidra med praksisplasser under forutsetning av godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene og at de får tilgang til ressurser. Det er derfor viktig at de prosessene som er i gang for å vurdere lovfesting og finansiering av praksis i primærhelsetjenesten gir resultater som kan sørge for stabilt og godt samarbeid mellom universitetene og praksisstedene. For spesialisthelsetjenesten vil en utredning av finansieringsordningene for praksisstudier og klinisk undervisning også gi innsikt i organisering og kapasitet til disse oppgavene.

Utvalget ser at avtalene som kommunene inngår om veiledning av andre utdanningskandidater i allmennmedisin, som LIS1 («turnusleger») og ALIS (leger i spesialisering i allmennmedisin) kan legge til rette for at utdanning og veiledning av medisinstudenter kan organiseres på en liknende måte. Kanskje kan samarbeidet mellom universitet og kommune om medisinutdanning oppleves som en styrking av egen undervisningsaktivitet. Slik kan nye ordninger bli en vinn-vinn-situasjon og bidra til god rekruttering av praksisplasser og veiledere.

Tilsvarende kan helseforetakenes sentrale og nye utdanningsrolle for LIS-utdanningen utvikle sykehusene som utdanningsorganisasjoner. Dette kan bidra til at undervisning og veiledning blir en tydeligere og mer verdsatt oppgave i sykehusene og styrke samarbeidet med universitetene om utdanningsaktiviteten og om medisinutdanning.

Om privat næringsvirksomhet

Slik markedet for utdanningsvirksomhet for medisin har utviklet seg de siste årene, jfr. omtale i kapittel 4 og 5, er det mange aktører involvert – både norske private høyskoler og utenlandske læresteder.

Hvis utvalgets anbefalinger om å endre studiestøtteordningene for medisinutdanning i utlandet iverksettes, vil det ha konsekvenser for flere små og store aktører. Samarbeidsrelasjoner som er etablert mellom private høyskoler i Norge og utdanningsinstitusjoner utenlands vil også påvirkes. Utvalget anbefaler at det på et tidlig stadium opprettes dialog med utdanningsaktører som kan bli berørt av endringene i støtteordninger for medisinutdanning i utlandet.

Skolepenger som norske studenter betaler til utenlandske studiesteder i medisin utgjør relativt sett store summer, slik rapporten fra OE viser. For de mest populære utdanningsinstitusjonene i Polen,

Ungarn og Slovakia vil en nedgang i antall norske medisinstudenter bety en stor reduksjon i inntekter. Hvorvidt det kan eller bør inngås avtaler med utenlandske utdanningsinstitusjoner i en eventuell overgangsfase eller ved eventuelle midlertidige ordninger, er ikke noe utvalget har tatt stilling til.

I rapport fra Helsedirektoratet (2018) *Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"* kommenteres finansieringsordningene for norske medisinstudenter i utlandet *(s*side 26): "*Det kan være en utfordring at internasjonale universiteter tilbyr en utdanningskapasitet som norske myndigheter ikke kan regulere, kombinert med svært gode finansieringsordninger for utenlandsstudenter."*

Konsekvenser for utenlandske læresteder ble også drøftet i utvalget i sammenheng med en potensiell 3-årig studiemodell med intensjon om hjemhenting av norske studenter. For læresteder som har tatt opp norske studenter til 6-årige studieløp, ville det fått ekstra uheldige konsekvenser hvis de systematisk sluttet sine studier etter halvgåtte studieløp. Det ville gitt uforutsigbare studenttall for institusjonene og medført en kraftig reduksjon i inntekter fra skolepengene. Hvorvidt dette kunne drevet opp satsene for skolepenger de første tre studieårene utenlands, er en usikker faktor. Studenttillitsvalgte selv har anført dette som en sannsynlig virkning av et slikt tiltak.

Et punkt som i rapporten fra OE omtales som en *forsinkelseskostnad* er anslaget om at 50 % av norske medisinstudenter vil bruke to år på å komme inn på medisinstudiet. Dette grunnet gjentak av fag for å forbedre karakterene på vitnemålet, eller ved å ta annen høyere utdanning for å samle studiepoeng for opptak til medisin. OE estimerer at forsinkelseskostnadene for dette forholdet, for anslagsvis 525 studenter per år, beløper seg til en kostnad på 155 millioner per år/per årskull (s. 51 i rapporten). Det hefter stor usikkerhet ved beregning av slike kostnader, så det må kun ses som estimerte størrelser.

Markedet for de private utdanningsaktørene som tilbyr gjentak av fag fra videregående skole er størst på Østlandet. Som vi så av medisinstudentenes fylkestilhørighet (kapittel 10) er det også en vesentlig andel fra Oslo og Akershus, og slik sett de som har lettest tilgang til de aktuelle tilbudene. Hvorvidt en økning av antall studieplasser i medisin i Norge vil påvirke markedet for utdanningsaktører som tilbyr gjentak av fag fra videregående skole er høyst usikkert. Vi nevner likevel dette forholdet her siden det er en vesentlig del av den private næringsvirksomheten som medisinstudiet genererer.

Opptrappingsplan for studieplasser i Norge

Utvalget har hatt en grunnleggende enighet om at utdanningskapasiteten i Norge må bygges opp, og anbefalingen om at Norge på kort sikt selv bør utdanne 80 % av de legene vi trenger, ble tidlig i arbeidet lagt som et premiss for å drøfte videre opptrapping. En dekning på 80 % utdannet i Norge tilsvarer totalt 1076 studieplasser. Med basis i dagens 636 studieplasser betyr opptrappingen en økning på **440 nye studieplasser.**

Innspillene fra lærestedene, som vi har en grundig gjennomgang av i kapittel 8, viser at det var tilbud fra alle de fire eksisterende lærestedene i medisin om studieplasser i 6-årige studieløp, og i tillegg et tilbud fra UiS om et 3-årig studieløp i den siste delen av medisinstudiet. Det 3-årige tilbudet inneholdt en videre ambisjon om utvidelse til et helhetlig 6-årig studieløp på lang sikt, men i sammenheng med drøftinger av opptrapping var det det 3-årige løpet som ble vurdert.

Vi har gjennom kapitlene om medisinutdanning i Norge (kapittel 4) og vurdering av studiemodeller (kapittel 8) vist hvordan utvalget har konkludert i sine anbefalinger om 6-årige integrerte studier og nye campuser framfor nye læresteder. Utvalget har også sett til de desentrale studiemodellene som er etablert ved NTNU og UiT når det er konkludert med at en vil anbefale studiemodeller som kan inkludere en større del av helsetjenesten, både i praksis og klinisk undervisning.

Som en konsekvens av disse anbefalingene har utvalget i forslaget til opptrappingsplan basert seg på oppbygging av studieplasser innenfor rammene av 6-årige integrerte studieløp. Det innebærer at samarbeid og utbygging rundt nye campuser er satt opp med basis i studieplasser ved et av de etablerte lærestedene NTNU, UiB, UiO eller UiT. For UiS sin del vil det i tabellen under synliggjøres at de i denne sammenheng inngår i et trepartssamarbeid mellom UiB-UiS-SUS, slik mandatet tilsier.

Tidsaspekt i opptrapping

I drøftingene av tidsaspektet for opptrapping av nye studieplasser har utvalget sett på erfaringer fra naboland det er relevant å sammenlikne seg med; Danmark, Sverige og England (jfr. kapittel 7).

Utvalget anbefaler at en opptrapping av de 440 nye studieplassene skal være fullført **innen høsten 2027.**

Når vi har landet på en anbefalt tidsplan om opptrapping i løpet av 6-7 år, henger dette sammen med flere forhold. For det første har signaler fra et par av lærestedene (NTNU og UiB) om en mulig rask igangsetting, medført at utvalget har markert 2021 som et aktuelt tidspunkt for første økning. En rask igangsetting vil også innebære store fordeler for en videre utvikling av campus i Stavanger, og stimulere til raske avklaringer for det videre samarbeidet mellom UiB og UiS.

Et annet argument for en rask oppbygging av nye studieplasser er forutsigbarhet og en konkret planleggingshorisont for involverte aktører i utdanningssektoren og i helsetjenesten. Erfaringene fra våre naboland tilsier også at en rask oppbygging er å foretrekke framfor en prosess som trekker ut i tid, der premissene kan endre seg underveis. Utvalget ser forutsigbarhet i eventuell opptrapping av studieplasser som særlig viktig.

Selv om universitetene på dette tidspunktet har gitt innspill om mulige utvidelser, er premissene for forslagene foreløpig basert på anslag og tentative planer. For å kunne videreføre dialogen med de samarbeidspartnerne som er relevante, både lokalt og regionalt, vil avgjørelser om eventuell rask opptrapping kunne virke stimulerende på videre planlegging.

Volum i opptrapping

For å komme opp på den kapasiteten i norsk medisinutdanning som anbefales av utvalget – med 440 nye studieplasser – har vi gjort en vurdering av hvilke universiteter som kan bidra til den ønskede økningen, utover det som allerede har kommet som innspill. I kapittel 8 så vi hvordan et volum på 330 nye studieplasser var spilt inn fra de fem universitetene.

I vurderingen av volum og fordeling har kapasiteten i helseregionene stått sentralt, også som en konsekvens av at utvalget anbefaler å inkludere en større del av helsetjenesten i praksis og klinisk undervisning. Basert på pasientgrunnlaget i helseregionene har vi sett på hvordan situasjonen ser ut med dagens studieplasser og videre med innspillene om nye studieplasser (jfr. figurene 15 og 18).

UiT har allerede, som del av helseregion Nord, en høy dekning av studieplasser per 100.000 innbyggere. Innspillene fra både universitetet og helseforetaket i regionen tilsier at de ikke kan håndtere en ytterligere økning, ut over de 25 plassene som er antydet.

NTNU har signalisert en økning som presser regionsgrensene, og har i nasjonal sammenheng det vi vil betegne som en god tetthet i forholdet mellom studieplasser og pasientgrunnlag i regionen. Utvalget vil derfor ikke foreslå en økning ut over de 65 nye studieplassene som er spilt inn.

UiB har i skriftlig innspill til utvalget beskrevet en modell med 100 nye studieplasser, der anslagsvis 50 studieplasser var skissert som del av samarbeid med UiS og SUS de tre siste årene av studiet. UiS har på sin side signalisert en kapasitet på 70 studenter i Stavanger, en kapasitet som også SUS står inne for. For å imøtekomme eventuelle samarbeidsrelasjoner med UIS og SUS i en økning, og ta ut potensialet som tegnes opp for regionen, så legges det i opptrappingsplanen inn en økning knyttet til UiB på ytterligere 20 studieplasser. Totalt foreslås det da 120 nye studieplasser med basis i UiB, og det presiseres da at 70 av disse kan inngå i et eventuelt trepartssamarbeid mellom UiB-UiS-SUS. Dette synliggjøres også særskilt i tabellen. Vi kommer tilbake til en videre drøfting av hvordan forholdstall mellom studieplasser og pasientgrunnlag i helseregionen – Helse Vest – skaper behov for grundige avklaringer i denne regionen.

Antall nye studieplasser med basis i UiO er øket opp betraktelig, fra et opprinnelig innspill fra fakultetet selv på 140 nye studieplasser, til totalt 230 nye plasser i opptrappingsplanen som er skissert under. Utvalget ser at studieplass-tettheten i helseregionen er betydelig lavere enn i de andre regionene, og at det er et stort potensial for å øke utdanningsaktiviteten med nye campuser i tillegg til de som fakultetet selv har foreslått (Sørlandet og Vestre Viken). Det store antallet medisinstudenter som ifølge fylkesoversiktene er hjemmehørende i Oslo og Akershus er også et argument for økning ved UiO.

Oppsummert vil utvalget anbefale en opptrappingsplan med denne dimensjoneringen foreslått for perioden 2021–2027:

Tabell 20: Forslag til opptrapping av nye studieplasser i medisin i Norge 2021–2027

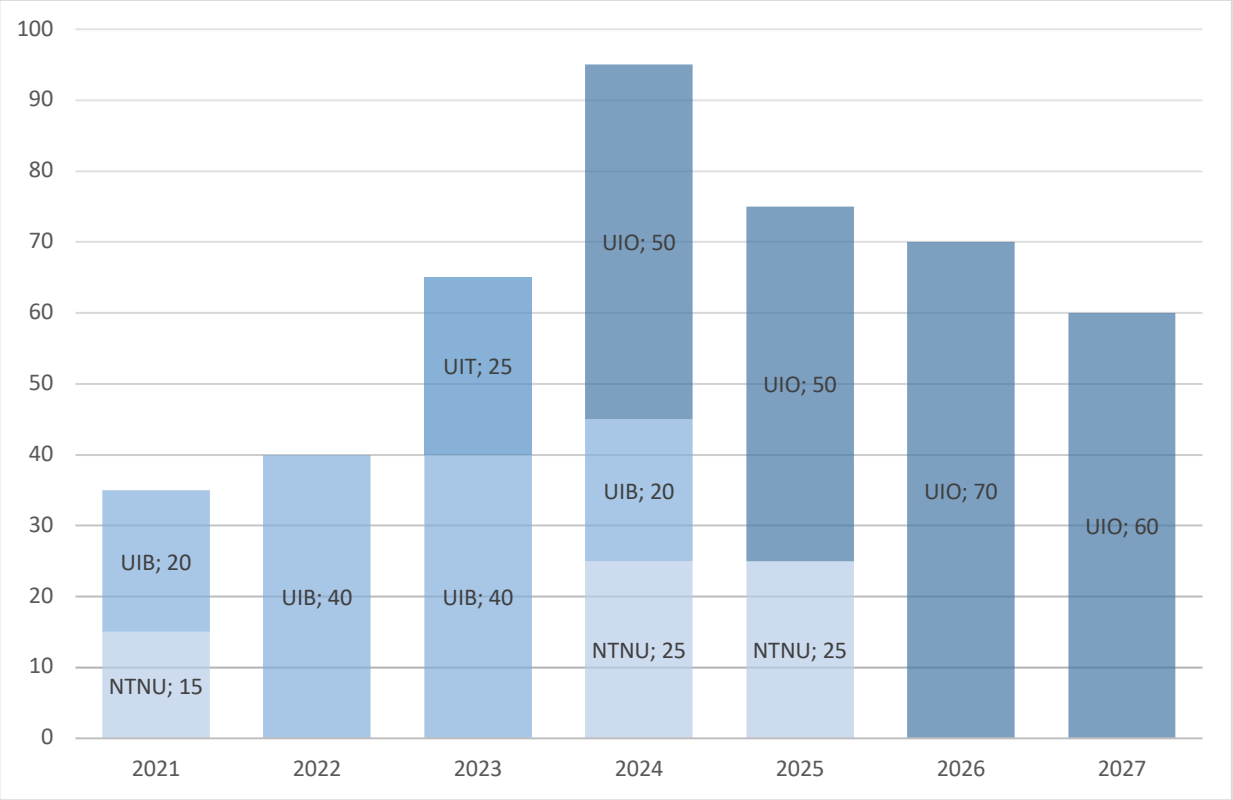
Nye studieplasser	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**Sum per lærested**
NTNU	15			25	25			65
UIB	20	40	40	20				120
*Trepartssamarbeid UiB-UiS-SUS**				*20*	*40*	*10*		*70*
UIT			25					25
UIO				50	50	70	60	230
	35	**40**	**65**	**95**	**75**	**70**	**60**	**440**

*Synliggjøring av totalt 70 studieplasser som del av 6-årig integrert løp, trepartssamarbeid UiB-UiS-SUS

Tabellen synliggjør at de studieplassene som knyttes til UiB, i opptaksårene 2021, 2022 og 2023 – totalt opp til 70 studieplasser – videreføres med lokalisasjon i Stavanger-regionen i årene 2024, 2025 og 2026 – etter de tre første studieårene i Bergen. Forslaget fra UiS om en 3-årig Europamodell, som i første omgang skal rekruttere norske studenter i utlandet, er ikke synliggjort i tabellen. Den er ikke del av de 6-årige integrerte studieprogrammene som er utvalgets hovedmodell for medisinstudier i Norge (Jfr. Anbefaling E). I tråd med utvalgets anbefaling F ses det ikke som ønsket å utvikle varige 3- eller 4-årige studiemodeller, men halve utvalget mener likevel at det kan være hensiktsmessig som en midlertidig ordning. Tabell 20 tar ikke høyde for de midlertidige ordningene.

Figur 20 under illustrerer opptrappingen av plasser i det tidsrommet som er foreslått. Antall nye studieplasser varierer noe fra år til år. UiO – som sterkest signaliserte at de trengte noe mer tid på en eventuell økning – får i vårt forslag en ganske jevn opptrapping av plasser i perioden 2024 - 2027.

Figur 20: Forslag til opptrapping av nye studieplasser i medisin i Norge 2021–2027



Med den opptrappingen som er foreslått, og der nye studieplasser er summert opp år for år med det vi i tabellen under kaller *basis*, vil antall studieplasser nasjonalt se slik ut i 2028:

Tabell 21: Sum total for studieplasser i medisin etter fullført opptrappingsplan 2021–2027, inkl. status 2028

Opptrappingsplan	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
NTNU BASIS	135	135	150	150	150	175	200	200	200
NTNU ny		15			25	25			
UIB BASIS	165	165	185	225	265	285	285	285	285
UIB NY*		20	40	40	20				
UIT BASIS	116	116	116	116	141	141	141	141	141
UIT NY				25					
UIO BASIS	220	220	220	220	220	270	320	390	450
UIO NY					50	50	70	60	
Sum akkumulert	**636**	**671**	**711**	**776**	**871**	**946**	**1016**	**1076**	**1076**

*Inkl. trepartssamarbeid UiB-UiS-SUS

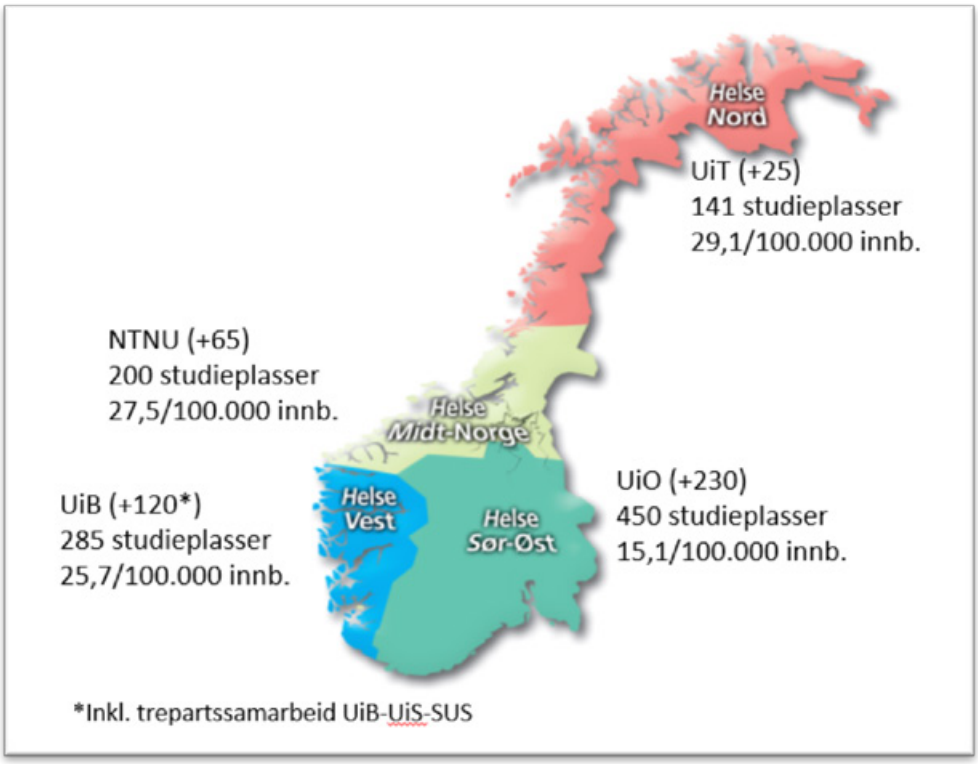
Hvordan det totale antallet studieplasser i regionene vil se ut etter at utvalgets forslag til opptrappingsplan for nye studieplasser i medisin er gjennomført, vises i figur 21 under. Ser vi denne figuren i relasjon til tilsvarende figur som ble presentert som del av kapittel 7 om praksis, ser vi at det er en betydelig økning i tetthet både i Helse Midt-Norge og i Helse Vest (henholdsvis økning fra 18,6 til 27,5 i Helse Midt-Norge og fra 14,9 til 25,7 i Helse Vest). Det er likevel høyest tetthet i Helse Nord, selv med en mindre økning, fra 23,9 til 29,1. Det mest slående er likevel Helse Sør-Øst, som til tross for en kraftig økning i antall studieplasser – et tillegg på 230 studieplasser, til 450 studieplasser totalt – bare har en tetthet på 15,1 – på nivå med det Helse Vest hadde før økningen.

Helse Sør-Øst har cirka 56 % av befolkningsgrunnlaget. Som utvalget har nevnt tidligere, kan etablering av studieplasser og campuser også ha som mål å bidra til framtidig rekruttering av leger til flere deler av landet. Utvalget anbefaler derfor at en fleksibel bruk av helseregionene bør drøftes.

En studenttallsøkning i Helse Vest er det rom for og gode innspill til. Utvalget er enige om at en bygger videre på eksisterende samarbeid i en økt satsing på medisinutdanning i Stavanger. Om flere universitet bør få rett til tildeling av cand.med.-graden er utvalget delt i sitt syn på. Uansett løsning, vil det være plass til opptil 120 nye studenter i Helse Vest.

120 nye studieplasser med basis i UiB ville gitt 25,7 studieplasser per 100.000 innbyggere om hele Helse Vest var deres praksisarena. Det ville gitt en økning på 120 nye studieplasser nasjonalt. Dette forslaget innebærer også et trepartssamarbeid mellom UiB, UiS og SUS, som tidligere beskrevet.

Figur 21: Studieplasser og antall studieplasser per 100.000 innbyggere (innb.) fordelt på helseregioner etter fullført opptrapping



Kilde: Grimstadutvalget 2019

Tabell- og figuroversikt

Tabell nr.		Side
1	Avtalte legeårsverk, fordelt på statsborgerskap og utdanningsland. 2012-2018	17
2	Etablering og endring av antall studieplasser i medisin i Norge, perioden 1967 - 2019	25
3	Antall studieplasser, opptatte studenter og uteksaminerte kandidater, kandidatmåltall og differanse opptatte – uteksaminerte i perioden 2007–2018, medisinstudiet ved NTNU, UiB, UiO og UiT	28
4	Antall nye studieplasser og studieplasser totalt etter andel leger utdannet i Norge, med innlagt 10 % frafall og at 5 % ikke starter i LIS1-stilling	30
5	Norske medisinstudenter i utlandet, utvikling i perioden 2008/09–2017/18	41
6	Norske medisinstudenter i utlandet, læresteder med over 100 studenter i 2017/18. Utvikling fra studieåret 2008–09	41
7	Samarbeid private høyskoler – utenlandske universitet	43
8	Studiemodeller ved de fem lærestedene i Europa med flest norske medisinstudenter	45
9	Omfang (ukeekvivalenter per student) og type praksis/klinisk arena i profesjonsstudiet medisin ved de fire lærestedene i Norge	56
10	Omfang ekstern praksis i profesjonsstudiet medisin, antall studentuker ved helseforetakene	61
11	Praksisperiode allmennmedisin 5. eller 6. studieår etter lærested, fylke, antall fastlegekontor, antall studenter og antall uker	63
12	Estimat utenlandsstudenter i praksis/hospitering ved helseforetak årlig	64
13	Kapasitet og mulige utvidelser ved dagens fire læresteder i medisin, informasjon innhentet av Grimstadutvalget våren 2019. Studieplasser, SP	69
14	Mulige studiemodeller, Grimstadutvalget	77
15	Praksisperioder ved SUS, fag og antall studenter	86
16	Fordeling av praksisperioder gjennom et studieår, UiB-SUS	87
17	Studieplasser (SP) fordelt i de regionale helseforetakene etter folketall	97
18	Fylkestilhørighet for norske medisinstudenter inn- og utland, perioden 2008-2017. Topp 5 ved henholdsvis NTNU, UiB, UiO, UiT og utland	99
19	Tilknytning til lærestedets region, medisinstudenter ved NTNU, UiB, UiO og UiT i perioden 2008-2017	100
20	Forslag til opptrapping av nye studieplasser i medisin i Norge 2021-2027	110
21	Sum total for studieplasser i medisin etter fullført opptrappingsplan 2021-2027, inkl. status 2028	111

Figur nr.		Side
1	Antall leger per 1000 innbyggere i Norge, OECD-data	16
2	Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Norge, OECD-data	17
3	Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for leger fram til 2035 under ulike forutsetninger om etterspørselen. 1000 normalårsverk	19
4	Etterspørselen etter leger (med og uten spesialisering), målt i antall sysselsatte	20
5	Andel utenlandsutdannede leger i OECD, 2015 (eller nærmeste år)	22
6	Utvikling i antall studieplasser i medisin i Norge, perioden 1994 - 2018	26
7	Tre generasjoner av reformer i medisinsk utdanning	32
8	Antall medisinstudenter Norge og utland, undervisningsårene 2008 - 2018	40
9	Antall leger per 1000 innbyggere i Danmark, OECD-data	49
10	Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Danmark, OECD-data	50
11	Antall leger per 1000 innbyggere i Sverige, OECD-data	51
12	Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Sverige, OECD-data	52
13	Antall leger per 1000 innbyggere i Storbritannia, OECD-data	53
14	Antall uteksaminerte kandidater (leger) per 100.000 innbyggere i Storbritannia, OECD-data	53
15	Inndeling i helseregioner i Norge og medisinutdanningen ved NTNU, UiB, UiO og UiT. Antall studieplasser per 100.000 innbyggere (innb.) i 2019	60
16	Sammenhengen mellom utdanningssystemet og helsetjenesten	67
17	Antall studieplasser i medisin i dag, innspill om nye studieplasser og sum antall inkludert innspillene	75
18	Studieplasser (SP) per 100.000 innbyggere (innb.) etter innspill om nye studieplasser fordelt på helseregionene	76
19	Netto prissatt kostnad (Milliard NOK, nåverdi), utdrag fra rapport Oslo Economics, figur 6-1, side 40	102
20	Forslag til opptrapping av nye studieplasser i medisin i Norge 2021-2027	111
21	Studieplasser og antall studieplasser per 100.000 innbyggere (innb.) fordelt på helseregioner etter fullført opptrapping	112

Referanser

Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Rapporter 2019/11, Statistisk sentralbyrå. Hjernås, Zhiyang, Kornstad og Stølen. Helsemod. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0

Abelsen, Birgit; Brandstorp, Helen. Recruit & Retain - Making it Work. Den norske case-studien. 2019

Brandt, E. (2005): Kartlegging av praksisbasert høyere utdanning. NIFU STEP skriftserie, 8, 2005

Brukerveiledning til WHOs globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Veileder IS-0315. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/brukerveiledning-til-whos-globale-kode-for-internasjonal-rekruttering-av-helsepersonell

Cook M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of teaching, 2010

En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell, rapport fra Helsedirektoratet, august 2007

Evaluation of clinical, epidemiological, public health, health-related and psychological research in Norway. Joint Committee Report: Structural issues arising from the panel evaluations https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1253969844817.pdf (2011)

Evaluation of clinical, epidemiological, public health, health-related and psychological research in Norway. Joint Committee Report: Structural issues arising from the panel evaluations https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1107958523828.pdf (2004)

Flexner, Abraham (1910): Medical Education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4., New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching

Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning (2006) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-30-859

Forskrift om grader og yrkesutdanninger, beskyttet tittel og normert studietid ved universiteter og høyskoler (2005) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-16-1574

Forskrift om godskriving og fritak av høyere utdanning (godkjenningsforskriften) (2019) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-12-21-2221 Inkl. rundskriv, merknader til forskrift, F-04-18, 2019 https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/f-04-18/id2625206/

Forskrift om kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i høyere utdanning og fagskoleutdanning (2010) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-02-01-96

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger (2017) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353

Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften), 2017 https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-07-137

Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus (2010) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-12-17-1706

Frenk J, Chen L et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376: 1923-58

Gaski M, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Aasland OG. Tidsskr Nor Legeforen DOI:19.4045/tidsskr.161024

Grunnutdanning for leger – utvikling og harmonisering. (2016) Rapport, Den norske Legeforening https://beta.legeforeningen.no/contentassets/6e77afe794314c389bab4e777536f1eb/grunnutdanningsrapport.pdf

Haave, Per (2009) Fra fritt til lukket studium: myndighet og kyndighet i konflikt (1923-1940). I: Benum E, Myhre JE, Skeie J, red. Kunnskapens betingelser. Oslo: Vidarforlaget

Harden RM. (2018) Ten key features of the future medical school – not an impossible dream. Medical teacher 2018; 40:1010-15

Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. OECD (2017). *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en*

HelseOmsorg21 (HO21) Et kunnskapssystem for bedre folkehelse - Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014, Helse- og omsorgsdepartementet, I–1160 https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705

Helse Stavanger, referat fra styremøte 20.12.18: https://helse-tavanger.no/seksjon/Styret/Documents/2019/20.02.2019/Protokoll%20styremøte%2020.12.2018%20.pdf

Innst. 109 S (2017-2018) Dokument 8:3 S. Om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2017-2018/inns-201718-109s.pdf

Innst. 11 S (2017-2018), vedtak 362, Statsbudsjettet 2018 https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/?pid=2017-2018&m=all&dtid=ANMOD&page=6

Innst. 12 S (2017-2018) Prop. 1S (2017-2018) https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2017-2018/inns-201718-012s.pdf

Innstilling avgitt 22.04.1966 av komité oppnevnt av Det akademiske kollegium, UiO: Klinisk undervisning for norske utenlandsmedisinere

Instruks fra HOD til styrene for de fire RHFene (revidert i 2013)

Kvalitet i praksisstudier i helse- og sosialfaglige høyere utdanning (Praksisprosjektet) *2014-15 Universitets- og høgskolerådet UHR* https://www.uhr.no/_f/p1/i0311e40a-4465-4a77-a3f3-565762627e15/2016-praksisprosjektet_sluttrapport.pdf

Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: How strong is the evidence? A systematic review. Aust J Rural Health 2003; 1: 277-84

Leger i spesialisering del 1 (LIS1)- Statusrapport søknadsrunden våren 2019 (søknadsrunde 13) Rapport IS- 2843, Helsedirektoratet https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

Lov om spesialisthelsetjenesten (2001) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

Lov om universiteter og høyskoler (2005) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15

Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk, rapport IS-1663 fra Helsedirektoratet, mai 2009

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR), Kunnskapsdepartementet 2011 https://www.regjeringen.no/contentassets/e579f913fa1d45c2bf2219afc726670b/nkr.pdf

NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet" Helsedirektoratet 12/2018 Rapport IS-2792 www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet

Puddey IB, Mercer A, Playford DE, Riley GJ. Medical student selection criteria and socio-demographic factors as predictors of ultimately working rurally after graduation. BMC Medical education 2015. DOI 10.1186/s12909-015-0359-5

Rapport vedrørende omfang og type praksisstudier i grunnutdanningen i medisin. Del av Praksisprosjektet, 2015. https://www.uhr.no/_f/p1/ifee8f1b6-cd3f-4841-a172-41ec2396edd4/delrapport-praksis-lege_gruppen.pdf

RETHOS, høring 2018; Utkast til nasjonal faglig retningslinje for medisinutdanningen, vedlegg https://www.regjeringen.no/contentassets/540d9536895349f2bcc049ab45c96e04/horingsutkast-nasjonal-retningslinje--for-medisinutdanningen.pdf

Scenariorapport: Helse-Norge 2040 - hvordan vil framtiden bli? Rapport 1-2018 fra Samfunnsøkonomisk analyse AS juni 2018: http://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/rapporter/2018/1/29/r1-2018-helse-norge-2040-hvordan-vil-framtiden-bli

Schei, Victoria (2019): Sykehuspraksis på fransk. Tidsskrift for Den norske legeforeningen 2019:01 https://tidsskriftet.no/2019/01/legelivet/sykehuspraksis-pa-fransk

Schiøtz, A. (2003) Det offentlige helsevesen I Norge. Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003. Oslo, Universitetsforlaget.

Simonsen, Grete Line (2012): Medisinutdanning ved Universitetet I Tromsø som redskap for regional endring I Nord-Norge. Masteroppgave, Institutt for arkeologi, historie, kultur og religionsvitenskap UiB

St.meld. 36 (1998–1999) Om prinsippet for dimensjonering av høyere utdanning

St.meld. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

St.meld. nr. 14 (2008–09) Internasjonalisering av utdanning

St.meld. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

St.meld. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – samspill i praksis

St.meld. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

St.meld. 16 (2016–2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning

St.prp. 1 (2007–2008) Statsbudsjettet, for budsjettåret 2008

St.prp. nr. 67 (1995–96) Om regulering av opptaket til studium ved universiteta studieåret 1996–97 https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-prp-nr-67_1995-96/id201117/

Tilstandsrapport for høyere utdanning 2019, DIKU Rapportserie 05/2019, inkl. vedleggsrapport https://diku.no/rapporter/diku-rapportserie-05-2019-tilstandsrapport-for-hoeyere-utdanning-2019

Tungesvik, Ragnhild (red.) SIU-rapport 01/2016; Til hvilken pris? Om norske gradsstudenter i utlandet https://diku.no/rapporter/siu-rapportserie-1-2016-til-hvilken-pris-om-norske-gradsstudenter-i-utlandet

Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurdering av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene *(2018)* https://www.uhr.no/_f/p1/i6d7c80b4-ff82-4c28-a7b2-47d2ea3d438d/ny_nettversjon_veiledende_nasjonale_retningslinjer_for_praksisveilederutdanning_krav_til_praksisveilederes_kompetanse.pdf

Vurdering av antall LIS1-stillinger. Svar på oppdrag gitt i tildelingsbrevet for 2018. Rapport IS-2802, Helsedirektoratet, januar 2019: https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/om-spesialistutdanningen/Rapport%20-%20Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20v1.0.pdf?download=true

Wiers-Jenssen, J. (2000): Norske medisinstudenter i utlandet. Oslo, NIFU, Rapport 12/2000. https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/273792/NIFUrapport12-2000.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Wiers-Jenssen J. og Aasland G.O (2001) «Norske medisinstudenter i utlandet- bakgrunn studieinnsats og tilfredshet». Tidsskriftet Legeforeningen, 2001; 121; 1671-6 https://tidsskriftet.no/2001/05/klinikk-og-forskning/norske-medisinstudenter-i-utlandet-bakgrunn-studieinnsats-og

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, EU-direktiv 2005/36/EF; https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/ud/rapporter_planer/rapporter/vedlegg_utrykte/europaparlaments_radsdirektiv_200536/id494917/

Øvrige nettbaserte ressurser:

Bologna-deklarasjonen: www.ehea.info

Database over allmennmedisinens plass i europeiske lands medisinutdanning, utarbeidet av European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT): https://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database

Finansieringskategoriene i norsk høyere utdanning. Database for statistikk om høgre utdanning: https://dbh.nsd.uib.no/dokumentasjon/finans_kategorier_htmlrapport.action?undermeny=finans_kategorier&sektorKode=0&valgtArstall=2018

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/ 24.07.19

WHO-koden: https://www.who.int/hrh/migration/en/

Medieoppslag:

https://www.nrk.no/dokumentar/xl/fra-legedrom-til-angstmareritt-i-polen-1.14310339

Innspill fra Danmark:
Analyse av utdanningenes verdi, individuelt og for samfunnet (AE, 2015): https://www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_se-hvor-meget-din-uddannelse-er-vaerd-for-dig-og-samfundet.pdf

Oversikt over inntekter, ulike utdanninger (CEPOS, 2018): https://cepos.dk/om-cepos/i-medierne/se-listen-hvad-kommer-du-til-at-tjene-i-fremtiden

Om tilskudd til utdanningene i DK: https://ufm.dk/uddannelse/videregaende-uddannelse/universiteter/okonomi/uddannelsestilskud

Om utdannelsesspesifikk dimensjonering (studieplasser): https://ufm.dk/uddannelse/videregaende-uddannelse/dimensionering/uddannelsesspecifik-dimensionering/lofter-fastsat-via-finanslovens-anmaerkninger

Om studielån og satser: http://www.su.dk/su/om-su-til-videregaaende-uddannelser-universitet-journalist-laerer-mv/satser-for-su-til-udeboende-paa-videregaaende-uddannelser/

Innspill fra Sverige:

https://www.csn.se/download/18.7b64842c163e9731aa727c1/1535363464269/SG.%20L%C3%A4karstud%20per%20v%C3%A4rldsdel%20och%20land%200102-1718.pdf

Innspill fra Sverige – legebehov, tilbud og etterspørsel helsepersonellgrupper: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-23

https://www.unt.se/asikt/debatt/varfor-stanger-uppsala-universitet-dorren-4830270.aspx

Om utbygging av utdanningen frem mot år 2023: https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/09/lakarutbildningen-byggs-ut/

http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/09/Lakarutbildningen-byggs-ut--440-nya-platser/

https://www.regeringen.se/49b717/contentassets/eb82afde5a9045f4941c919721c615fb/for-framtidens-halsa---en-ny-lakarutbildning-hela-dokumentet-sou-201315

Innspill fra England:

https://www.medschools.ac.uk/studying-medicine/medical-schools

https://www.themedicportal.com/blog/medical-school-places-increase-by-25/

https://www.thecompleteuniversityguide.co.uk/university-tuition-fees/university-tuition-fees-and-financial-support/

Oversikt vedlegg

1. Mandat for utvalget
2. Pressemelding om utvalget, KD 29.06.2018 Nr. 133-18
3. Henvendelse fra utvalget til fakultetene med profesjonsstudium i medisin, datert 09.10.2018
4. Henvendelse fra utvalget til de regionale helseforetakene, datert 06.11.2018
5. Henvendelse fra utvalget til KS, datert 19.12.2018
6. Henvendelse fra utvalget til andre læresteder, datert 11.10.2018
7. Rapporten *Kostnadsvirkninger ved økning av studieplasser i medisin i Norge.* Oslo Economics, 29. mai 2019
8. Oppsummering av svar fra lærestedene om etablering av/samarbeid om medisinutdanning
9. Regionale samarbeidspartnere ved UiS, utfyllende informasjon til tekst i kapittel 9
10. Henvendelse fra utvalget til UiS, datert 10.10.2018
11. Henvendelse fra utvalget til SUS, datert 10.10.2018

VEDLEGG

Mandat

Utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen. Øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder vurdere å øke antall studiesteder.

Bakgrunn

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2018, jf. Innst. 12 S (2017-2018) ble det bevilget fem millioner kroner til en utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB). Videre ber Stortinget regjeringen igangsette et arbeid med mål om å øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder å vurdere å øke antall studiesteder, jf. vedtak 362 i Innst. 11 S (2017-2018).

Oppgaver

Utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet slik at kapasiteten i medisinutdanningen utvides og flere medisinstudenter kan ta deler av utdanningen sin i Stavanger. Videre undersøke muligheten for å øke kapasiteten ved de medisinske fakultetene i Norge.

Gruppen skal utrede følgende:

- En modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene, den kliniske delen av studiet, i Stavanger. Gruppen må vurdere hvem som skal ha ansvar for den kliniske delen (herunder spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) og hvilket universitet studentene skal være tilknyttet. Kravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet (direktiv 2005/36/EF) må oppfylles.
- SUS og UiS vil i fremtiden være fysisk samlokalisert på Ullandhaug og det må vurderes hvilken rolle UiS kan ha ved en slik utvidelse av antallet medisinstudenter.

Gruppen skal innhente følgende informasjon fra de fire medisinske fakultetene:

- Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier? Herunder om de medisinske fakultetene tar opp det antallet studenter de har fått budsjett for, om de har kapasitet til flere studenter dersom de tildeles flere studieplasser, og om de har tilgang på tilstrekkelig praksisplasser.

Økonomiske og administrative konsekvenser av de foreslåtte modeller må utredes. Det inkluderer en vurdering av oppbygging av nødvendig faglig kompetanse og fagmiljøer. Videre inkluderer det en vurdering av behov for og tilgjengeligheten av praksisplasser. Modellene må vurderes opp mot hverandre i lys av de samfunnsøkonomiske konsekvensene og de regionale og nasjonale behovene til helsetjenestene. Det må også vurderes hvor raskt modellene kan iverksettes. Utvalget bør også se på ulike modeller for medisinutdanning ved anerkjente studiesteder i utlandet med tanke på mulig overføringsverdi. Utredningsarbeidet skal følge utredningsinstruksen.

Sekretariatet til gruppen skal ligge i Universitetet i Bergen. Gruppen skal avgi endelig rapport innen utgangen av september 2019.

Regjeringen.no

Utreder flere studieplasser i medisin i Norge

Pressemelding | Dato: 29.06.2018 | Kunnskapsdepartementet
(http://www.regjeringen.no/no/dep/kd/id586/)
| Nr: 133-18

Kunnskapsdepartementet setter ned en arbeidsgruppe som blant annet skal utrede muligheten for å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier.

– Over 3000 nordmenn studerer medisin i utlandet. Det tilsvarer nær halvparten av norske medisinstudenter. Leger som blir utdannet i Norge er tett på spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Utredningen gir en mulighet til å tilpasse undervisningen til de behovene og det systemet vi har her. Det er positivt hvis norske medisinstudenter i utlandet kan få relevant erfaring fra det norske helsevesenet under studiene, sier forskings- og høyere utdanningsminister Iselin Nybø.

Utredningen er en oppfølging av vedtak i Stortinget. I forbindelse med statsbudsjettet for 2018 ble det bevilget fem millioner kroner til dette arbeidet.

Målsettingen er å øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, og arbeidsgruppen vil vurdere å øke antall studiesteder. Blant annet skal arbeidsgruppen vurdere kapasiteten på de medisinske fakultetene, og tilgangen på praksisplasser. Arbeidsgruppen leverer sin rapport innen utgangen av september 2019.

Arbeidsgruppen skal i tillegg vurdere en modell der studenter som studerer medisin i utlandet, kan ta de siste årene i Stavanger. Det vil i tilfelle skje gjennom et samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen.

– Jeg er tilfreds med at dette utredningsarbeidet settes i gang nå. Det er spennende å få vurdert en modell som kan gjøre det mulig for norske medisinstudenter i utlandet å bli kjent med norsk helsetjeneste på denne måten, sier helseminister Bent Høie.

Arbeidsgruppen skal bestå av

Leder:

- Hilde Grimstad, professor i allmennmedisin og atferdsmedisin, NTNU

Medlemmer:

- Steinar Hunskår, prodekan for utdanning, Det medisinske fakultet, UiB
- Geir Sverre Braut, professor II, UiS
- Elisabeth Farbu, klinikksjef, SUS
- Karin Straume, fagdirektør, Helsedirektoratet
- Jeppe Emmersen, Vice Dean Education, Faculty of Medicine, Aalborg University

Kunnskapsdepartementet

Til toppen

Regjeringen.no

Ansvarlig for Kunnskapsdepartementets sider:

Ansvarlig redaktør: Anbjørg Bakken
Nettredaktør: Martin B. Andersson

Telefon: 22 24 90 90
E-post: postmottak@kd.dep.no

Ansatte i KD: Depakatalog

Personvernerklæring for KD

Organisasjonsnummer: 872417842

UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinske fakultet

Det helsevitenskapelige fakultet, UiT

Det medisinske fakultet, UiO

Det medisinske fakultet, UiB

Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Deres ref	Vår ref	Dato
	2018/3135-KRWA	09.10.2018

Studieplasser i medisin - utredning av kapasitet og muligheter nasjonalt. Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Bakgrunn
Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet i den kliniske delen av studiet. Se for øvrig vedlagt mandat (vedlegg 1).

Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av pressemeldingen fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Bestilling til fakultetene
Som del av utredningen skal arbeidsgruppen innhente følgende informasjon fra de fire universitetene med medisinutdanning i Norge (jfr. mandat for arbeidet, vedlegg 1):

«Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier? Herunder om de medisinske fakultetene tar opp det antallet studenter de har fått budsjett for, om de har kapasitet til flere studenter dersom de tildeles flere studieplasser, og om de har tilgang på tilstrekkelig praksisplasser.»

På bakgrunn av mandatet har arbeidsgruppen utarbeidet konkrete spørsmål til fakultetene, og vi ber om svar innen torsdag 10. januar 2019. Se vedlegg 2.

Nærmere om bestillingen
Arbeidsgruppen vil kartlegge konkrete muligheter og aktuelle scenarier når det gjelder kapasitet for utdanning på profesjonsstudiet i medisin ved dagens fire fakultet. Vi ber om en analyse av dagens situasjon for studenttallet (punkt 1), kapasitet i dagens studiemodell (punkt 2), muligheter og eventuelle planer for utvikling av studiemodeller med plass til flere studenter (punkt 3) og tilbakemeldinger om praksisarenaene (punkt 4).

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Som premiss for tilbakemeldingene om eventuell økning av studieplasser forutsetter vi at dagens finansieringsordninger for medisin legges til grunn. Under punkt 3, der eventuelle fremtidige muligheter beskrives, ønsker vi ikke en detaljert utredning av økonomiske konsekvenser, men en *beskrivelse av hvilken type ressurser* som aktualiserer seg ved konkrete planer om utvikling av nye studiemodeller. Eksempler kan være økt behov for leide arealer, nye laboratorier, nybygg, økte utgifter ekstern praksis etc. Modellene som beskrives må være av forpliktende karakter, forutsatt at nødvendige rammebetingelser blir stilt til rådighet.

Det vil gis en muntlig orientering til bestillingen v/ Hilde Grimstad på det kommende nasjonale utdanningsmøtet i medisin 19. oktober. Arbeidsgruppen legger stor vekt på at bestillingen forstås på samme måte ved de fire fakultetene. Den informasjonen som innhentes fra fakultetene er avgjørende for de videre drøftingene av premisser og utvikling fremover.

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no eller utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

Vedlegg

1 Vedlegg 1: Mandat for arbeidsgruppen
2 Vedlegg 2: Bestilling til fakultetene, punkt 1-4
3 Vedlegg 3: Tabellvedlegg studieplasser, punkt 1
4 Vedlegg 4: Tabellvedlegg praksisfeltet, punkt 4

Mandat

Utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen. Øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder vurdere å øke antall studiesteder.

Bakgrunn

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2018, jf. Innst. 12 S (2017-2018) ble det bevilget fem millioner kroner til en utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB). Videre ber Stortinget regjeringen igangsette et arbeid med mål om å øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder å vurdere å øke antall studiesteder, jf. vedtak 362 i Innst. 11 S (2017-2018).

Oppgaver

Utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet slik at kapasiteten i medisinutdanningen utvides og flere medisinstudenter kan ta deler av utdanningen sin i Stavanger. Videre undersøke muligheten for å øke kapasiteten ved de medisinske fakultetene i Norge.

Gruppen skal utrede følgende:

- En modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene, den kliniske delen av studiet, i Stavanger. Gruppen må vurdere hvem som skal ha ansvar for den kliniske delen (herunder spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) og hvilket universitet studentene skal være tilknyttet. Kravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet (direktiv 2005/36/EF) må oppfylles.
- SUS og UiS vil i fremtiden være fysisk samlokalisert på Ullandhaug og det må vurderes hvilken rolle UiS kan ha ved en slik utvidelse av antallet medisinstudenter.

Gruppen skal innhente følgende informasjon fra de fire medisinske fakultetene:

- Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier? Herunder om de medisinske fakultetene tar opp det antallet studenter de har fått budsjett for, om de har kapasitet til flere studenter dersom de tildeles flere studieplasser, og om de har tilgang på tilstrekkelig praksisplasser.

Økonomiske og administrative konsekvenser av de foreslåtte modeller må utredes. Det inkluderer en vurdering av oppbygging av nødvendig faglig kompetanse og fagmiljøer. Videre inkluderer det en vurdering av behov for og tilgjengeligheten av praksisplasser. Modellene må vurderes opp mot hverandre i lys av de samfunnsøkonomiske konsekvensene og de regionale og nasjonale behovene til helsetjenestene. Det må også vurderes hvor raskt modellene kan iverksettes. Utvalget bør også se på ulike modeller for medisinutdanning ved anerkjente studiesteder i utlandet med tanke på mulig overføringsverdi. Utredningsarbeidet skal følge utredningsinstruksen.

Sekretariatet til gruppen skal ligge i Universitetet i Bergen. Gruppen skal avgi endelig rapport innen utgangen av september 2019.

Vedlegg 2

Arbeidsgruppe som skal utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet, kapasitet ved de eksisterende læresteder m.m. (Grimstad-utvalget 2018/19, oppnevnt av KD)

Bestilling fra arbeidsgruppen til fakultetene – om medisinstudiet

1. Antall studenter, status og analyse

Spørsmål
*Vedlagt tabelloppsett for antall opptatte studenter og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2017 (inkludert kandidatmåltall for fakultetene). Se **vedlegg 3**.* **Forklar *årsakene til eventuelle avvik* mellom antall opptatte og uteksaminerte studenter, hva som kan regnes som *reelt frafall* og på *hvilke(t) tidspunkt i studiet* frafall forekommer.**

2. Kapasitet i dagens studiemodell

Spørsmål
Er det mulig å øke antallet studenter *innenfor dagens studiemodell* ved fakultetet f.o.m. høsten 2020? *Det er her forutsatt at dagens finansieringsordninger for medisin legges til grunn.*
Hvis ja – oppgi hvilket antall som kan tilbys og hvilke rammefaktorer som setter et tak. Bruk eventuelt erfaringer fra forrige kapasitetsøkning i studenttall på medisinstudiet ved fakultetet.
Hvis nei - oppgi begrensende faktorer (Stikkord: bemanning, infrastruktur, undervisningsarealer smågrupper/storgrupper, ferdighetstrening, utstyr)

3. Kapasitet, mulig utvikling fremover

Spørsmål
Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser fakultetet til å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles?
Utvidelse med 25 studenter
Utvidelse med 50 studenter
Utvidelse med 75 studenter
Utvidelse med 100 studenter
Utvidelse med 150 studenter
Presisering av rammer for spørsmålet: *Vi ber om at svar utdypes innenfor gitte scenarier for antall. Svar kun på de scenariene som oppleves som aktuelle, og juster antall studenter, om nødvendig.*

Vi forutsetter at dagens finansieringsordninger for selve studieplassene i medisin legges til grunn, men behov for investeringer og andre/økte driftsutgifter må beskrives. Eksempler kan være økt behov for leide arealer, nye laboratorier, nybygg, økte utgifter ved ekstern praksis etc. *Studiemodeller som avviker fra dagens etablerte rammer for studieløp, kan også beskrives.* *Vi ønsker at beskrivelse av eventuelle planer inneholder angivelse av tidshorisont, hvilken type ressurser som kreves og det må angis status for avtaler og premisser.*

4. Praksisfeltet

Spørsmål
I spesialisthelsetjenesten – på hvilke sykehus er fakultetets medisinstudenter i klinisk undervisning og ekstern praksis i dagens studiemodell? *Fyll inn i tabellarisk oppsett for sted og omfang (**vedlegg 4**)*
I primærhelsetjenesten – hvilke arenaer bruker fakultetet i klinisk undervisning eller ekstern praksis i dagens studiemodell? *Fyll inn i tabellarisk oppsett som over.*
Er det utfordringer med kapasiteten på aktuelle praksisarenaer i hhv spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i dagens studiemodell? **Hvis ja** – beskriv utfordringer, også knyttet til endring/bruk av nye praksisarenaer.
***Med utgangspunkt i en eventuell økning av studenter innenfor dagens studiemodell* (jfr. punkt 2 over) - vil fakultetet ha tilgang på tilstrekkelig antall praksisplasser i hhv spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innenfor dagens avtaler?**
***Med tanke på en eventuell alternativ/fremtidig studiemodell* (jfr. punkt 3 over), hvordan tenker fakultetet seg at kapasitet på praksisplasser i hhv spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan løses?** Beskriv også her hvordan nye praksisarenaer (f.eks. Kommunale akutte døgnenheter – KAD) kan inkluderes i planene.

Vedlegg 3

Arbeidsgruppe som skal utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet, kapasitet ved de eksisterende læresteder m.m.
(Grimstad-utvalget 2018/19, oppnevnt av KD)

Bestilling fra arbeidsgruppen til fakultetene, punkt 1 - Antall studenter, status og analyse

Tabell 1 baserer seg på tall fra Database for statistikk om høgre utdanning (DBH). *Hvert av lærestedene bes fylle ut eksakte tall i tabellen under fane 2.*

På bakgrunn av personvernlovgivning aktualisert av EUs **General Data Protection Regulations (GDPR)** skal statistikk basert på individdata i DBH publiseres i anonymisert form fra 1.juli 2018.
Det innebærer avrunding av enkelte tall i rapportene som inneholder individdata, og for gjeldende rapport er alle tall **avrundet til nærmeste 5**.

Tabell 1: Antall opptatte studenter og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2017, medisinstudiet ved NTNU, UiB, UiO og UiT

Opptatte*	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
NTNU	125	120	120	125	120	120	120	120	130	135	140
UiB	160	160	165	165	150	180	170	185	165	175	180
UiO	210	105	260	265	265	275	275	285	275	280	265
UiT	105	100	95	100	110	110	110	110	120	125	105

Uteksaminerte**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
NTNU	105	115	110	105	115
UiB	140	140	135	150	135
UiO	195	190	185	190	180
UiT	90	70	75	80	75

Differanse	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
NTNU	-20	-5	-10	-20	-5
UiB	-20	-20	-30	-15	-15
UiO	-15	85	-75	-75	-85
UiT	-15	-30	-20	-20	-35

Kandidatmåltall ***	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
NTNU	114	114	114	114	114
UiB	156	156	156	156	164
UiO	192	192	192	192	200
UiT	84	84	84	84	84

*Kilde: DBH-rapport Opptak; *Opptakstall*. Studenten må ha registrert seg og betalt semesteravgift ved tidspunkt for datauttak. Datauttak to ganger årlig: 15. mars (vårdata) og 15 oktober (høstdata).
**Kilde: DBH-rapport Oppnådde kvalifikasjoner; *Fullføring av studieprogrammer (Alle)*
***Kilde: KDs orientering om statsbudsjettet for universiteter og høyskoler. Fastsetting av kandidatmåltall iverksatt f.o.m. 2014

Tabell 1 for korrigering

Bakgrunn: Tilpasning til EUs General Data Protection Regulations (GDPR) gjør at statistikk basert på ir
Det innebærer avrunding av enkelte tall i rapportene som inneholder individdata, og for gjeldende ra
I tabellen under ber vi om at hvert av lærestedene fyller inn eksakte tall. Oppdatert tabell vil være vil
For elektronisk versjon av skjema og/eller ved spørsmål, send epost til kristin.walter@uib.no (tlf. 555

Oppdatert tabell 1: Antall opptatte studenter og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2017, r

Opptatte*	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
NTNU	*125*	*120*	*120*	*125*	*120*	*120*
UiB	*160*	*160*	*165*	*165*	*150*	*180*
UiO	*210*	*105*	*260*	*265*	*265*	*275*
UiT	*105*	*100*	*95*	*100*	*110*	*110*

Uteksaminert	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
NTNU	*105*	*115*	*110*	*105*	*115*
UiB	*140*	*140*	*135*	*150*	*135*
UiO	*195*	*190*	*185*	*190*	*180*
UiT	*90*	*70*	*75*	*80*	*75*

Differanse	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
NTNU	*-20*	*-5*	*-10*	*-20*	*-5*
UiB	*-20*	*-20*	*-30*	*-15*	*-15*
UiO	*-15*	*85*	*-75*	*-75*	*-85*
UiT	*-15*	*-30*	*-20*	*-20*	*-35*

ndividdata i DBH publiseres i anonymisert form fra 1.juli 2018.
apport er alle tall avrundet til nærmeste 5.
ktig grunnlagsdata for arbeidsgruppen videre.
586559)

medisinstudiet ved NTNU, UiB, UiO og UiT

2013	2014	2015	2016	2017
120	*120*	*130*	*135*	*140*
170	*185*	*165*	*175*	*180*
275	*285*	*275*	*280*	*265*
110	*110*	*120*	*125*	*105*

Vedlegg 4

Arbeidsgruppe som skal utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet, kapasitet ved de eksisterende læresteder m.m.
(Grimstad-utvalget 2018/19, oppnevnt av KD)

Bestilling fra arbeidsgruppen til fakultetene, punkt 4 - praksisfeltet. *Tabelloppsett for utfylling*

Tabellene under skiller mellom klinisk undervisning og ekstern praksis for studenter i hhv spesialist- og primærhelsetjenesten, se forklaringer for hvert punkt.
Arbeidsgruppen vil for øvrig bygge på informasjon som tidligere er innhentet fra lærestedene i prosjektet Kvalitet i praksis (delrapport medisin 2015).

NB: Det er for hvert spørsmål satt inn veiledende eksempler (bes slettes når lærestedet selv legger inn data). For redigerbar versjon av skjema og/el ved spørsmål, kontakt kristin.walter@uib.no

Fakultet/lærested: *(fylles inn)*

1. Om klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten:

*Med **klinisk undervisning** menes undervisning på en klinisk arena (avdeling/sengepost/poliklinikk e.l.) som foregår som del av timeplanlagt undervisning.*

Helseforetak	Navn på sykehus	Antall studenter pr årskull høstsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull vårsemester
F.eks. Helse Bergen	*F.eks. Haukeland universitetssjukehus*	*F.eks. 165 stud (2. studieår)*	*F.eks. 4 dager*	*F.eks. 165 stud (2. studieår)*	*F.eks. 4 dager*
		F.eks 165 stud (3. studieår)	*F. eks. 4 dager*	*F.eks 165 stud (3. studieår)*	*F. eks. 8 dager*
		F.eks. 80 stud (4. studieår)	*F.eks. 12 timer*	*F.eks. 80 stud (4. studieår)*	*F.eks. 16 timer*

2. Om ekstern praksis i spesialisthelsetjenesten:

Med ekstern praksis (el. ekstern veiledet praksis) menes en tidsbestemt periode der studentene befinner seg i en situasjon hvor de skal arbeide omtrent som en yrkesutøver.

Helseforetak	Navn på sykehus	Antall studenter pr årskull høstsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall uker i praksis pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall uker i praksis pr årskull vårsemester
F.eks. Helse Fonna	*F.eks. Haugesund sjukehus*	*F.eks. 15 stud (4. studieår)*	*F.eks. 4 uker*	*F.eks. 15 stud (4. studieår)*	*F.eks. 4 uker*
	F.eks. Haugesund sjukehus	*F.eks 20 stud (4. studieår)*	*F.eks. 8 uker*	*F.eks 20 stud (4. studieår)*	*F.eks. 8 uker*
	F.eks. Haugesund sjukehus	*F.eks 12 stud (5. studieår)*	*F.eks. 7 uker*	*F.eks 12 stud (5. studieår)*	*F.eks. 7 uker*

3. Om klinisk undervisning i primærhelsetjenesten:

*Med **klinisk undervisning** menes undervisning på en klinisk arena (legekontor, sykehjem, legevakt, kommunal akutt døgnenhet e.l.) som foregår som del av timeplanlagt undervisning.*

Type klinisk arena	Estimert antall av denne type klinisk arena i bruk	Antall studenter pr årskull høstsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull vårsemester
F.eks. sykehjem	*F.eks. 2 sykehjem*	*F.eks. 85 stud (5. studieår)*	*F.eks. 4 timer*	*F.eks. 85 stud (5. studieår)*	*F.eks. 4 timer*

4. Om ekstern praksis i primærhelsetjenesten:

*Med **ekstern praksis** (el. ekstern **veiledet** praksis) menes en tidsbestemt periode der studentene befinner seg i en situasjon hvor de skal arbeide omtrent som en yrkesutøver.*

I tillegg til fordeling på estimert antall studenter og tidsperiode ønskes her fordeling på fylke. Bruk gjerne fordeling fra sist gjennomførte praksisperiode som utgangspunkt.

Fylke	Type klinisk arena og estimert antall av denne type arena i bruk	Antall studenter pr årskull høstsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall dager/uker i praksis pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester *(legg til ny rad for hvert årskull som angis)*	Antall dager/uker i praksis pr årskull vårsemester
F.eks. Sogn og Fjordane	*F.eks. legekontor - 14 stk*	*F.eks. 14 stud (6. studieår)*	*F.eks. 6 uker*	*F.eks. 14 stud (6. studieår)*	*F.eks. 6 uker*

UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinske fakultet

De regionale helseforetakene

Deres ref	Vår ref	Dato
«REF»	2018/3135-KRWA	06.11.2018

Medisinstudenter i praksis - kartlegging av kapasitet og tilbud.
Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet i den kliniske delen av studiet.
Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av pressemeldingen fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Som del av mandatet innhenter arbeidsgruppen i disse dager informasjon om kapasitet og planer ved de fire universitetene med medisinutdanning i Norge. En del av denne bestillingen omhandler fakta om praksisfeltet for norske medisinstudenter under utdanning, både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

For å få en oversikt over det totale bildet, ønsker vi å foreta en kartlegging av kapasitet og tilbud ved helseforetakene når det gjelder å ta imot studenter i veiledet klinisk praksis. Via fakultetene får vi oversikt over kapasiteten som brukes på medisinstudenter i Norge. Vi vil imidlertid be om nærmere informasjon når det gjelder den store gruppen norske medisinstudenter som tar utdanningen sin ved utenlandske læresteder.

Vi ber også om en vurdering fra helseforetakene om hvorvidt det er kapasitet til å bidra i en eventuell økning av antall studieplasser i medisinutdanningene i Norge, og hvordan/i hvilket omfang en kan se for seg foretakets rolle.

Vi imøteser derfor en tilbakemelding på følgende spørsmål:

1. Har helseforetaket rutiner for mottak og registrering av henvendelser fra norske medisinstudenter ved utenlandske utdanningsinstitusjoner som ønsker/søker seg til sykehusene i regionen for å få praksis eller hospitering som en nødvendig del av sine studier? Gjør eventuelt kort rede for hvordan slike henvendelser håndteres.

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

2. Har helseforetaket oversikt over hvilket omfang av norske medisinstudenter fra utenlandske utdanningsinstitusjoner som samlet sett gis tilbud om praksis eller hospitering i løpet av et år? Det ønskes oversikt/estimat over årlig omfang siste 3 år.

3. Har helseforetaket avtalefestet samarbeid – skriftlig eller muntlig - med utenlandske utdanningsinstitusjoner om å tilby klinisk praksis som del av et medisinstudium? Hvis det er slikt samarbeid ber vi om utfyllende informasjon når det gjelder omfang og innhald, og med hvilke utdanningsinstitusjoner.

4. Har helseforetaket kapasitet til å ta imot flere medisinstudenter fra de norske lærestedene i veiledet klinisk praksis, og eventuelt i hvor stort omfang? Nevn eventuelle forutsetninger for en økning.

Vi ber om en tilbakemelding på spørsmålene innen 10. januar 2019.

Vi ber om at henvendelsen ved behov videreformidles til sykehusene i regionen, og eventuelt også til aktuelle avdelinger ved sykehusene.

Skriftlig svar, samlet for det regionale helseforetaket, sendes til sekretariatet for utredningen via postmottak@uib.no

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinske fakultet

KS

Postboks 1378 Vika
0114 OSLO

Deres ref	Vår ref	Dato
	2018/3135-KRWA	19.12.2018

Medisinstudenter i praksis - vurdering av kapasitet. Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Bakgrunn

Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet i den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av pressemeldingen fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Som del av mandatet innhenter arbeidsgruppen i disse dager informasjon om kapasitet og planer ved de fire universitetene med medisinutdanning i Norge (Oslo, Trondheim, Tromsø, Bergen). En del av denne bestillingen omhandler fakta om praksisfeltet for norske medisinstudenter under utdanning, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Fakultetene er bedt om å kommentere scenarier for økning på 25 – 150 studenter pr. lærested.

Pr. i dag er det totalt ca. 3700 medisinstudenter i Norge og ca. 3200 norske medisinstudenter ved utenlandske studiesteder. Det uteksamineres opp mot 600 kandidater fra norske læresteder hvert år.

Henvendelser til praksisfeltet

Som del av arbeidet er det sendt ut henvendelse til helseforetakene der de spørres om rutiner for og omfang av henvendelser om veiledet klinisk praksis når det gjelder den store gruppen norske medisinstudenter som tar utdanningen sin ved utenlandske læresteder. Helseforetakene er også bedt om å komme med en vurdering av kapasitet til å ta imot flere medisinstudenter fra de norske lærestedene hvis det skulle bli aktuelt.

Utvalget ønsker å få tilsvarende type tilbakemelding når det gjelder kapasitet for ***veiledet klinisk praksis i primærhelsetjenesten***, og henvender oss derfor til KS.

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Vi ber om en vurdering av (1) hvordan KS vurderer kapasiteten til å bidra i en eventuell økning av antall studieplasser i medisinutdanningene i Norge, og (2) hvordan/i hvilket omfang en kan se for seg kommunenes rolle. Vi ber dere også (3) nevne eventuelle forutsetninger og begrensninger for en økning og kommentere scenarier for økning i volum tilsvarende det fakultetene er bedt om (se over). Spesielt ber vi om en vurdering av finansieringsmodeller når det gjelder kostnad til veiledning og tilskudd til praksisdrift i forbindelse med studentpraksis hos fastlegene.

I prosessen med forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene (RETHOS) foreligger det pr i dag et utkast for medisinutdanningen som sier følgende om praksisstudier:

Praksisstudier: *Det anbefales at praksisstudier foregår i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som integrerte deler av studieløpet. Omfang av praksis skal være minimum 24 uker. Det anbefales minst 10 uker praksis i primærhelsetjenesten. Studentene skal i løpet av studietiden delta i arbeid i reelle situasjoner på alle nivå, inkludert sykehus, fastlege, legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet, helsestasjon, sykehjem og NAV.*

Dette gir en pekepinn på det omfanget en eventuell økning for praksisfeltet nasjonalt vil måtte relatere seg til.

Svarfrist

Vi ber om en tilbakemelding på spørsmålene innen 10. februar 2019.

Ved behov ber vi om at henvendelsen videreformidles eller drøftes med utvalgte kommuner.

Skriftlig svar sendes til sekretariatet for utredningen via postmottak@uib.no

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinske fakultet

«MOTTAKERNAVN»
«KONTAKT»
«ADRESSE»
«POSTNR» «POSTSTED»
«UTLANDSADRESSE»

Deres ref	Vår ref	Dato
«REF»	2018/3135-KRWA	11.10.2018

Om undervisning tilknyttet medisinutdanning for norske studenter - kartlegging av planer og aktiviteter. Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet for den kliniske delen av studiet.
Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av pressemeldingen fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Som del av mandatet innhenter arbeidsgruppen i disse dager informasjon om kapasitet og planer ved de fire universitetene med medisinutdanning i Norge.
For å skaffe en oversikt over det totale bildet knyttet til undervisning av medisinstudenter i Norge, ønsker vi å foreta en kartlegging av eventuelle planer og aktiviteter også ved universitet/høgskoler som i dag ikke har etablerte medisinutdanninger.

Vi imøteser derfor en kort tilbakemelding på følgende spørsmål:

1. Foreligger det noen føringer i strategiske planer, vedtak fra styre eller beslutninger i administrative organer om at universitetet/høgskolen tar sikte på å etablere/søke om akkreditering av et medisinstudium?

2. Har universitetet/høgskolen etablert samarbeid med andre norske eller utenlandske utdanningsinstitusjoner om å ivareta deler av et medisinstudium?

3. Er det planer om å etablere kontakt med andre norske eller utenlandske utdanningsinstitusjoner om et slikt samarbeid?

Dersom svaret på noen av spørsmålene ovenfor er «ja», ber vi om å få tilsendt så utfyllende dokumentasjon som mulig.

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Vi ber om en tilbakemelding innen 9. november 2018. Skriftlig svar bes sendt til sekretariatet for utredningen via postmottak@uib.no

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller spørsmålene i denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
sekretariatsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

Kostnadsvirkninger ved økning av studieplasser i medisin i Norge

Rapport utarbeidet for Universitetet i Bergen, på vegne av Grimstad-utvalget

osloeconomics

Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk

Samfunnsøkonomisk utredning

Oslo Economics tilbyr samfunnsøkonomisk utredning for departementer, direktorater, helseforetak og andre virksomheter. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets rundskriv og veiledere.

Fra samfunnsøkonomiske og andre økonomiske analyser har vi bred erfaring med å identifisere og vurdere virkninger av ulike tiltak. Vi prissetter nyttevirkninger og kostnader, eller vurderer virkninger kvalitativt dersom prissetting ikke lar seg gjøre.

Kostnadsvirkninger ved økning av studieplasser i medisin i Norge /nummer 2019-15
© Oslo Economics, 29. mai 2019
Kontaktperson:
Finn Gjerull Rygh / Seniorpartner
fgr@osloeconomics.no, Tel. 928 28 616

Innhold

Sammendrag og konklusjoner 5

1. Bakgrunn for oppdraget og metodikk 7

1.1 Bakgrunn for oppdraget 7

1.2 Metode for gjennomføring av oppdraget 9

2. Medisinutdanningen i Norge og norske medisinstudenter i utlandet 10

2.1 Profesjonsstudiet i medisin i Norge 10

2.2 Medisinutdanningens oppbygning 12

2.3 Legeutdanningen i utlandet 12

2.4 Leger i spesialisering (LIS) – videreutdanning etter legeautorisasjon 13

2.5 Bevilgninger og finansiering tilknyttet medisinutdanning 14

3. Alternative tiltak som vurderes i denne utredningen 16

3.1 Nullalternativet 16

3.2 Alternativ 1: utvide antallet fulltidsstudieplasser i Norge 18

3.3 Alternativ 2: treårig klinisk utdanning 19

4. Identifiserte kostnadsvirkninger 21

4.1 Forskjellen mellom en kostnad, overføring og utgift 21

4.2 Identifiserte virkninger 22

5. Kostnadsestimater 26

5.1 Universitetene 26

5.2 Spesialisthelsetjenesten 29

5.3 Primærhelsetjenesten 31

5.4 Lånekassen 32

5.5 Levekostnader 36

5.6 Skattefinansieringskostnader 37

6. Resultater kostnadsanalyse 38

6.1 Forutsetninger for analysen av de prissatte virkningene 38

6.2 Resultater av prissatte effekter 39

6.3 Usikkerhet i kostnadsberegningene 41

6.4 Følsomhetsanalyser 41

7. Budsjettmessige konsekvenser 44

7.1 Statsbudsjettet 44

7.2 Universitetene 45

7.3 Spesialisthelsetjenesten 46

7.4 Primærhelsetjenesten 46

7.5 Lånekassen 46

8. Fordelingsvirkninger 48

9. Kostnader ved forsinkelser og strategi for kostnadsreduserende tiltak 50

9.1 Kostnader ved forsinket inntreden i arbeidslivet og flaskehalser _____50
9.2 Kostnadsreduserende tiltak i investeringsbeslutningen_____52
10. Referanser _____53

Sammendrag og konklusjoner

Kunnskapsdepartementet nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede kapasiteten på medisinstudiet, under ledelse av professor Hilde Grimstad (Grimstad-utvalget). Arbeidsgruppen skal vurdere muligheter for å øke antall studieplasser og studiesteder innenlands, samt muligheten for å utvikle et norsk tilbud til norske studenter i utlandet i den kliniske delen av medisinstudiet. Som en del av utredningen har arbeidsgruppen ønsket bistand til å gjennomføre en økonomisk-administrativ analyse av kostnadsvirkningene ved alternative tiltak for utvidelse av medisinstudiet. Oslo Economics har gjennomført denne utredningen.

Kostnadene ved to konkrete alternativer er vurdert:

Alternativ 1 tilsier at kapasiteten i dagens medisinstudium i Norge utvides med 500 studieplasser årlig, det vil si en samlet kapasitetsutvidelse over seks år på 3 000 studenter. Dette tilsier nesten en dobling fra dagens kapasitet i Norge, og muliggjør at alle nordmenn som studerer medisin i utlandet i dag, i stedet kunne fått studieplass i Norge. Gjennom vår 43-årige analyseperiode (tre års byggeperiode, deretter 40 års drift) vil det utdannes 20 000 flere leger ved norske studiesteder.

Alternativ 2 tilsier at det etableres et nytt studium for klinisk medisin i Norge, som er et treårig påbygningsstudium for studenter som har tatt de tre første årene ved utenlandske læresteder. Også her har vi beregnet kostnadene for 500 årlige studieplasser, det vil si en samlet norsk kapasitetsutvidelse på 1 500 studenter over tre år. I dette alternativet vil det også utdannes 20 000 flere leger ved norske studiesteder i løpet av analyseperioden på 43 år, men disse vil da ha halvparten av utdannelsen i Norge og halvparten i utlandet.

Det er mer kostbart å utdanne medisinstudenter i Norge enn i de land der norske medisinstudenter i utlandet i dag typisk studerer, som primært er Polen, Ungarn og Slovakia. Medisinstudiet i Norge er ressurskrevende, med behov for kostbar infrastruktur, få studenter per ansatt, og utdannelse som foregår ikke bare på universitet, men også på sykehus og legekontor. Når dette kombineres med at levekostnaden for en student er vesentlig høyere i Norge enn i de typiske studielandene, er det klart at det vil medføre en merkostnad å flytte studenter hjem til Norge.

Våre beregninger viser at alternativ 1 vil medføre en økt samfunnsøkonomisk kostnad målt i netto nåverdi over 43 år på 41 milliarder kroner (drøyt 55 prosent økt kostnad fra nullalternativet). Den klart største kostnadsdriveren er da personalkostnad ved universitetet, men også behovet for nybygg ved universitetene, personalkostnader i spesialisthelsetjenesten og levekostnader for studentene er vesentlige kostnadsdrivere. Kostnaden per nye (fullt ut) norskutdannede lege blir i dette alternativet i overkant av 2,0 millioner kroner. Vi har forutsatt at tiltaket halverer volumet av norske medisinstudenter i utlandet. Dermed utdannes det totalt om lag 10 000 flere norske leger samlet ved norske og utenlandske læresteder i Alternativ 1.

Alternativ 2 vil ha en lavere kostnad, som en følge av at halvparten av utdannelsen fortsatt skjer i utlandet. Våre beregninger viser en samfunnsøkonomisk merkostnad sammenlignet med nullalternativet på 25 milliarder kroner (drøyt 35 prosent økning fra nullalternativet), målt i nettonåverdi over 43 år. Det er de samme dominerende kostnadsdriverne som i alternativ 1, men personalkostnader i spesialisthelsetjenesten er en relativt sett større kostnad i dette alternativet, siden den kliniske undervisningen antas komprimert til de tre årene utenlandsstudentene tar i Norge. Kostnaden per nye (delvis) norskutdannede lege, totalt 20 000, blir i alternativ 2 om lag 1,3 millioner kroner. Også i dette alternativet har vi lagt til grunn at tiltaket medfører en halvering av norske medisinstudenter i utlandet utenom det nye kliniske studiet (om lag 3 000 studenter i dag, 1 500 etter tiltaket), slik at det i alternativet totalt i Norge og utlandet utdannes 10 000 flere medisinere enn i dagens situasjon gjennom en 43-årsperiode.

Det knytter seg stor usikkerhet til kostnadsanslagene. Særlig gjelder dette for investeringskostnader, men også for de omfattende personalkostnadene kan det legges ulike forutsetninger til grunn. I våre beregninger har vi tatt med kun den delen av personalkostnadene i universitetene som knytter seg til utdannelse, det vil si at forskning og utvikling, formidling og annet er ekskludert. Dersom også disse kostnadene inkluderes, øker kostnaden for alternativ 1 til 35 milliarder kroner, og alternativ 2 til 32 milliarder kroner.

Dersom det skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt å flytte norske medisinstudenter fra utlandet til Norge, vil det måtte være betydelige nyttevirkninger knyttet til dette. Vårt oppdrag har vært begrenset til å vurdere kostnader, men overordnet kan det synes som om slike nyttevirkninger primært vil være knyttet til økt kvalitet på norske leger og eventuelt reduserte forsinkelseskostnader både ved opptak til studiet og ved ansettelse som LIS1.

1. Bakgrunn for oppdraget og metodikk

Kunnskapsdepartementet nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede kapasiteten på medisinstudiet. Arbeidsgruppen skal vurdere muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands, samt muligheten for å utvikle et tilbud til norske studenter i utlandet i den kliniske delen av medisinstudiet. Som en del av utredningen har arbeidsgruppen ønsket bistand til å gjennomføre en økonomisk-administrativ analyse av alternative tiltak for utvidelse av medisinstudiet.

1.1 Bakgrunn for oppdraget

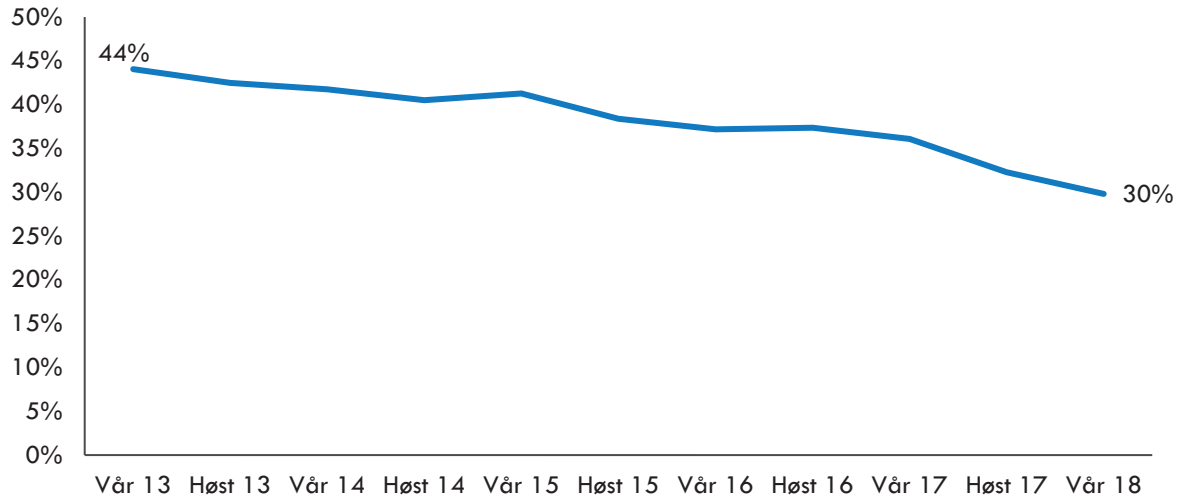
Andelen søkere til LIS1-stillinger fra norske studiesteder er synkende

Fullført seksårig profesjonsstudium i Norge eller utlandet gir autorisasjon som lege. I dag er det fire universiteter i Norge som tilbyr medisinutdanning: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Oslo (UiO) og Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet (UiT). Medisinstudiet består av en kombinasjon av teoretisk og klinisk undervisning, med egne perioder i studiet der studentene er i praksis i spesialist- og primærhelsetjenesten. Lengden på praksisperiodene varierer mellom studiestedene, men totalt er det minimum 24 uker praksis, med minst 10 uker i primærhelsetjenesten.[1] I tillegg kommer klinisk undervisning i helseforetak og kommunale helsetjenester i tilknytning til studiestedet.

Per i dag er det omtrent 3 700 medisinstudenter i Norge, og det uteksamineres omtrent 520 kandidater hvert år. Til sammenligning er det omtrent 3 200 norske medisinstudenter ved utenlandske studiesteder. Andelen praktiserende leger og andelen søkere til LIS1-stillinger[2] med utdanningsbakgrunn fra norske studiesteder er synkende. Mens andelen søkere på LIS1-stillinger med norsk utdanningsbakgrunn var 44 prosent våren 2013, var den til sammenligning 30 prosent våren 2018, se Figur 1-1. I samme periode har det vært en vekst i andelen søkere til LIS1-stillinger som har tatt medisinutdanning i et EØS-land, på om lag 37 prosent siden våren 2013.[3]

[1] Beregningene av praksis baserer seg på forventet fremtidig volum ift. RETHOS-prosessen
[2] LIS1 erstattet turnustjenesten fra 1. september 2017. LIS1 omfatter 12 måneders tjeneste i sykehus og seks måneder i kommunehelsetjenesten.
[3] Andelen praktiserende leger med norsk utdanningsbakgrunn er også synkende og er nå på om lag 60 prosent.

Figur 1-1: Andel søkere til LIS1-stillinger med norsk utdanningsbakgrunn. Våren 2013 til våren 2018.



Kilde: Helsedirektoratet 2018 – Leger i spesialisering del 1 (LIS1) Statusrapport søknadsrunden våren 2018. Beregninger foretatt av Oslo Economics.

Utenlandsstudier gir potensielle kostnadsbesparelser for den norske staten, fordi utdanningen av medisinere ikke beslaglegger ressurser ved norske studiesteder og i spesialist- og primærhelsetjenesten. Om utviklingen er samfunnsøkonomisk ønskelig avhenger derimot av om medisinstudier i utlandet har tilstrekkelig kvalitet. Kvaliteten på medisinutdannelsen ved utenlandske studiesteder er ikke alltid av samme kvalitet som den norske, og norske medisinstudenter får i økende grad utdannelse ved læresteder i utlandet som har en lav internasjonal ranking (Birkeland, et al., 2016, p. 76). Hvis utviklingen fører til mindre kvalifiserte medisinere som arbeider i Norge, kan det ha negative virkninger for helsetilbudet til den norske befolkningen.

Nedgangen i andelen medisinere i Norge med norsk utdanningsbakgrunn er en del av bakgrunnen for at Kunnskapsdepartementet i juni 2018 nedsatte en arbeidsgruppe som skal utrede kapasiteten og mulighetene for å øke andelen innenlandske studieplasser eller studiesteder. En kapasitetsutvidelse vil legge til rette for at flere studenter kan ta utdanningen sin ved norske utdanningsinstitusjoner. Arbeidsgruppen har også som oppdrag å vurdere ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og UiB om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet for kun den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen ledes av Hilde Grimstad fra NTNU, mens sekretariatsansvaret er lagt til Det medisinske fakultetet ved UiB. I kortform omtales arbeidsgruppen her videre som Grimstad-utvalget.

Tiltak for å øke antall studieplasser i Norge vil kunne ha store økonomiske og administrative virkninger

Medisinstudiet er ressurskrevende og er satt til høyeste kostnadskategori i finansieringssystemet for universiteter og høyskoler (kostnadskategori A). Endringer i omfanget av tilbudet innen medisinutdannelsen kan ha atskillige økonomiske og administrative virkninger. Hvis det etableres flere studieplasser i Norge vil ikke kapasitetsutvidelsen kun påvirke utdanningsinstitusjonene, men også praksisfeltet (primær- og spesialisthelsetjenesten). Arbeidsgruppen har derfor lyst ut et oppdrag for å kartlegge og analysere konsekvensen av en kapasitetsutvidelse.

Oslo Economics har på oppdrag fra UiB, på vegne av Grimstad-utvalget, gjennomført en økonomisk-administrativ analyse av en kapasitetsutvidelse av medisinstudiet i Norge. Oppdraget er gjennomført i perioden januar 2019 – mai 2019.

1.2 Metode for gjennomføring av oppdraget

Den økonomisk-administrative analysen er gjennomført i henhold til metodikken i offentlige veiledere innen økonomiske analyser.[4] Utredningen er begrenset til å analysere kostnadssiden av alternative tiltak for å utvide kapasiteten i Norge.

Alternative tiltak kan ha vesentlige budsjettmessige konsekvenser for gruppene som vil bære utgiftene ved de alternative tiltakene, samt konsekvenser for finansieringsmodellene når det gjelder utdanningsaktiviteten til primær- og spesialisthelsetjenesten. Analysen ser derfor både på de samfunnsøkonomiske konsekvensene og de budsjettmessige virkningene av tiltakene.

Informasjonsgrunnlaget for rapporten består av tidligere utredninger og rapporter, samt at arbeidsgruppen har innhentet informasjon om kapasitet, innsatsfaktorer og planer hos aktører som er involvert i utdanning og praksisvirksomhet for norske medisinstudenter. I tillegg har Oslo Economics mottatt data fra Lånekassen og gjennomført utvalgte avklarende samtaler med aktører innen spesialist- og primærhelsetjenesten.

Oslo Economics har gjennomført utredningen i perioden januar-mai 2019.

Kort om begrepsbruk: kostnad, utgift og overføring

I analysen skiller vi mellom kostnader, utgifter og overføringer. Kostnader representerer samfunnets ressursbruk for å produsere en vare eller tjeneste.[5] En utgift er forbundet med en transaksjon, og utgiften identifiseres typisk i et regnskap. En utgift er en budsjettmessig virkning, som kan, men ikke må, reflektere den samfunnsøkonomiske ressursbruken (kostnader). Overføringer er ikke samfunnsøkonomiske kostnader og kan være en utgift. Skatt (eksl. skattefinansieringskostnader) er et eksempel på en overføring som kan identifiseres i et regnskap (utgift). Enkelte subsidier (for eksempel unntak fra skatt) er imidlertid en overføring som bare indirekte kan identifiseres i et regnskap.

Det kan knytte seg samfunnsøkonomiske kostnader til en overføring, dersom overføringen medfører et effektivitetstap i samfunnet. For en nærmere beskrivelse, se kapittel 4.1.

---

[4] Offentlige veiledere er utredningsinstruksen, veileder i samfunnsøkonomiske analyser fra DFØ og føringer fra Finansdepartementet om bruk av samfunnsøkonomisk metode.
[5] Måleenheten for kostnader er normalt kroner. Men kroner er bare en kvantitativ representasjon av den reelle ressursbruken av innsatsfaktorer som arbeidskraft, materialer, tjenester med mer.

2. Medisinutdanningen i Norge og norske medisinstudenter i utlandet

I Norge er det fire universiteter som tilbyr profesjonsstudium i medisin. I tillegg tilbys medisinske fag ved private utdanningsinstitusjoner, som årsstudium eller bachelorstudium. De private utdanningsinstitusjonene samarbeider også med utenlandske institusjoner om deler av medisinstudiet. Profesjonsstudier i medisin er en kombinasjon av teoretiske og kliniske fag. I Norge er det egne perioder i studiet der studentene er i praksis i primær- og spesialisthelsetjenesten. Etter endte medisinstudier får kandidatene autorisasjon som lege og kan påbegynne spesialistutdanning.

2.1 Profesjonsstudiet i medisin i Norge

Per i dag tilbyr fire universiteter profesjonsutdanning innen medisin i Norge: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Universitet i Bergen (UiB), Universitet i Oslo (UiO) og Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT).

Medisinstudiet gir en uttelling på 360 studiepoeng over seks år. De seks studieårene på medisinstudiet er en kombinasjon av teoretiske og kliniske fag, med egne perioder i studiet der studentene er i praksis i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fullført seksårig profesjonsstudium gir graden cand.med. og autorisasjon som lege. Sammenlignet med andre utdanninger er medisinstudiet ressurskrevende, og fastsatt til kostnadskategori A i finansieringssystemet for universiteter og høyskoler.

Nåværende kapasitet ved profesjonsutdanningen innen medisin i Norge er per i dag på 636 studieplasser i året. Kunnskapsdepartementets kandidatmål er et estimat på antall uteksaminerte fra det enkelte universitet. Som man ser av Tabell 2-1 er kandidatmålet for 2019 på 562 uteksaminerte.

Tabell 2-1: Kandidatmål fra kunnskapsdepartementet

Universitet	Kandidatmåltall for 2019
NTNU	114
UiB	164
UiO	200
UiT	84
Totalt	**562**

Kilde: Kunnskapsdepartementets orientering om statsbudsjettet 2019 for universitet og høyskoler

Ser man på historiske tall for antall uteksaminerte medisinere i Norge, har antallet holdt seg nokså jevnt over tid. I perioden 2013 til 2018 ble det uteksaminert i gjennomsnitt 525 medisinere fra de fire universitetene i Norge som tilbyr profesjonsstudiet i medisin. I Tabell 2-2 viser vi utviklingen i opptak og uteksaminerte i perioden 2007-2018, fordelt på de fire studiestedene. Under tabellen gir vi en kort beskrivelse av medisinstudiet ved de fire universitetene.

Tabell 2-2: Antall opptatte og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2018

Universitet	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NTNU												
Opptak	120	122	120	119	124	122	121	119	130	137	139	145
Uteksaminert							106	114	109	105	113	87
UiB												
Opptak	159	158	161	154	148	176	168	179	164	173	181	171
Uteksaminert							139	141	134	152	133	170
UiO												
Opptak	210	210	210	210	210	210	220	220	220	220	220	220
Uteksaminert							195	192	185	188	179	188
UiT												
Opptak	95	90	92	95	109	108	112	108	119	128	107	110
Uteksaminert							92	75	83	91	84	95
Totalt												
Opptak	584	580	583	578	591	589	621	626	633	658	647	646
Uteksaminert							532	522	511	536	509	540

Kilde: Grimstad-utvalget. Opptaket innebærer noe «overbooking» og ligger således noe over den egentlige kapasiteten.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Profesjonsstudiet i medisin ved NTNU administreres av Fakultet for medisin og helsevitenskap. Fakultetet består av åtte institutter, hvor Institutt for klinisk og molekylær medisin, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Institutt for psykisk helse, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk og Kavliinstitutt for nevrovitenskap er sentrale for medisinstudiet. NTNU forholder seg til Helse Midt-Norge RHF, og er tett integrert med St. Olavs hospital, hvor studentene har klinisk undervisning i deler av studiet. Studentene er i praksis i alle sykehusene i Helse Midt-Norge og på Tynset sykehus i HSØ, etter muntlig avtale med UiO. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene i Møre og Romsdal og Trøndelag. Desentral legeutdanning fra og med 3. studieår foregår i Helse-Nord-Trøndelag, med klinisk undervisning ved sykehusene i tillegg til praksis.

Universitetet i Bergen (UiB)

Det medisinske fakultetet ved UiB består av fem institutter, hvor Institutt for biomedisin, Klinisk institutt 1, Klinisk institutt 2 og Institutt for global helse og samfunnsmedisin er sentrale for medisinstudiet. Undervisningen skjer i hovedsak på eller i nærheten av Haukeland universitetssykehus, men i praksisperiodene blir studentene utplassert ved sykehusene i Førde, Stavanger og Haugesund. UiB forholder seg til Helse Vest RHF når det gjelder ekstern praksis og klinisk undervisning. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene i Hordaland, Rogaland, Sogn og Fjordane og Vest-Agder.

Universitetet i Oslo (UiO)

Det medisinske fakultetet ved UiO består av fem institutter og enheter, hvor Institutt for helse og samfunn, Institutt for medisinske basalfag, Institutt for klinisk medisin og Norsk senter for molekylærmedisin er sentrale for medisinstudiet. Undervisning og praksis ved profesjonsstudiet i medisin pågår blant annet ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. UiO forholder seg til Helse Sør-Øst RHF når det gjelder ekstern praksis og klinisk undervisning. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene i Oslo, Akershus, Telemark, Vestfold, Aust-Agder, Buskerud, Oppland, Hedmark og Østfold.

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT)

Det helsevitenskapelige fakultetet ved UiT består av tolv institutter og enheter, hvor Institutt for medisin og odontologi, Institutt for medisinsk biologi, Institutt for samfunnsmedisin og Institutt for klinisk medisin er sentrale for medisinstudiet. UiT forholder seg til Helse Nord RHF og studiene er knyttet tett opp mot Universitetssykehuset Nord-Norge, hvor studentene er i praksis i deler av studiet. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene hovedsakelig i Finnmark, Troms og Nordland. Desentral legeutdanning foregår i Bodø og i Finnmark.

Sonderinger/planlegging om utvidelse om medisinstudiet til Universitetet i Stavanger

I januar 2016 ble det vedtatt at det nye Stavanger universitetssykehus (SUS) skulle bygges på Ullandhaug, som nabo til Universitetet i Stavanger. Kunnskapsdepartementet vurderer nå en modell hvor studenter som studerer medisin i utlandet, kan ta de siste årene av studiet i Stavanger. Så langt er det ikke snakk om et 6-årig profesjonsstudium, men et klinisk studium der UiB, UiS og SUS samarbeider.

2.2 Medisinutdanningens oppbygning

Profesjonsstudiet i medisin er et heltidsstudium som strekker seg over 6 år. Studiene er integrerte løp, der basalfag og kliniske fag integreres fra første studieår. De første årene er normalt fokusert rundt teoretiske fag, men studentene får noe klinisk undervisning i helsetjenesten fra start. Fra fjerde eller femte året får studentene oppleve legeyrket i praksis gjennom lengre utplasseringsopphold. Det er noen forskjeller mellom de fire lærestedene når det gjelder hvor mye praksis og klinisk undervisning som gis på ulike tidspunkter. Det alle likevel har felles, er at det er undervisning og praksis både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og at hoveddelen av praksisrelatert utdanning skjer i senere del av utdanningen.

Data fra Grimstad-utvalget tilsier at studentene i gjennomsnitt skal ha minimum 24 uker i praksis hvorav minst 10 uker i primærhelsetjenesten.[6] I tillegg kommer om lag 18 uker klinisk undervisning, primært i spesialisthelsetjenesten. Vi har benyttet dette omfanget i våre analyser.

2.3 Legeutdanningen i utlandet

Mange norske studenter studerer i utlandet, og etter økonomi/administrasjon er medisin i dag den studieretningen der det er flest norske utenlandsstudenter. De aller fleste nordmenn som studerer medisin i utlandet tar hele profesjonsutdanningen der, men den siste tiden har det også vokst frem kombinasjonsmuligheter i regi av private høgskoler der starten på utdanningen i medisinske fag tas i Norge og bygges på med kliniske studieløp i utlandet. At så mange nordmenn studerer i utlandet skyldes både manglende kapasitet ved norske universiteter, men også at utdanningen innen flere helseprofesjoner er harmonisert i EU/EØS.

Kort om EU/EØS-regelverket

Innenfor EU/EØS er det noen helseprofesjoner som er harmonisert gjennom yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det betyr at det er definert hva disse utdanningene minimum skal inneholde, slik at de skal gi rett til autorisasjon i et annet EU/EØS-land hvis de gir rett til autorisasjon i utdanningslandet (Helsedirektoratet, 2018).[7] Det innebærer at dersom man tar medisinutdanningen innen EU/EØS, og utdanningen fører til autorisasjon i studielandet, vil man få autorisasjon i Norge etter endt studium.

Norske private undervisningsinstitusjoner har samarbeid med utenlandske universiteter

I Norge er det tre private høyskoler som tilbyr en grunnpakke på ett eller tre år i Norge med videre studieløp på utvalgte studiesteder i utlandet. Høyskolene fasiliterer også opptaksprosessen til medisin, som ledd i samarbeidsavtaler med studiesteder i utlandet.

---

[6] Datagrunnlaget baserer seg på forventet fremtidig volum ift. RETHOS-prosessen
[7] De harmoniserte utdanningene er: lege, tannlege, sykepleier, jordmor, farmasøyt.

Atlantis Medisinske Høgskole tilbyr Bachelor i medisin, teoretisk studium. Atlantis samarbeider med Medical University of Lodz om opptak til videre 4-årig klinisk medisinutdanning. De tilbyr også ett-års program med videre studier i Slovakia.

Bjørknes Høyskole har i dag et samarbeid med University of Pecs Medical School i Ungarn, hvor studenter som har fullført årsenhet i medisinsk biologi kan starte direkte på andreåret i medisin der. Studiet har en øvre grense på 75 studenter per år. Bjørknes Høyskole har også planer om å inngå et tilsvarende samarbeid med Medical University of Gdansk i Polen i løpet av en toårsperiode. Øvre grense her vil være på 30 studenter.

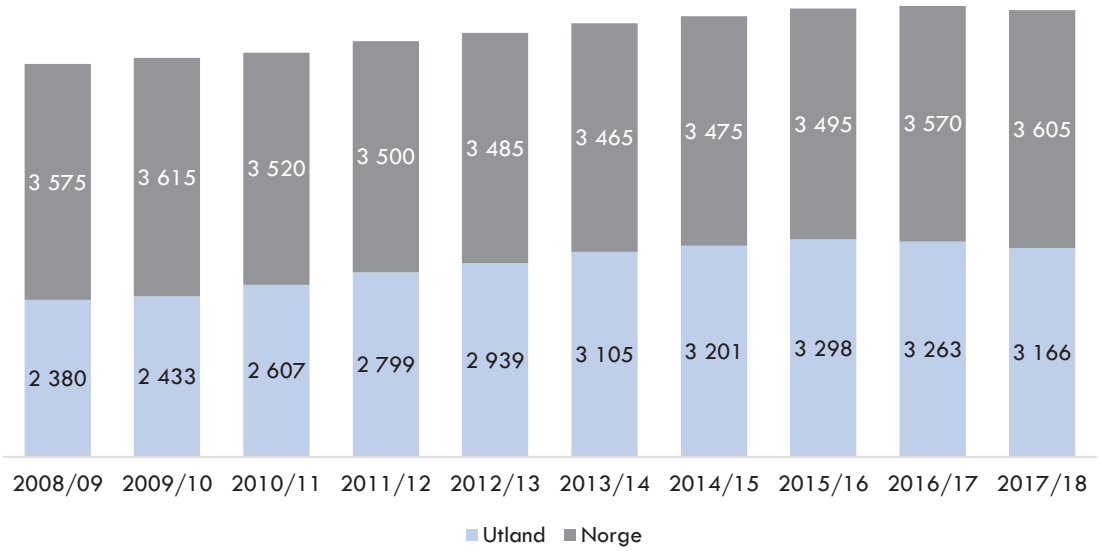
Høyskolen Kristiania etablerer bachelor i biomedisin høsten 2019. Høyskolen håper på samarbeid med universiteter i Polen, Slovakia, Ungarn og Kypros.

2.3.1 Sterk vekst i antall norske medisinstudenter i utlandet

Det har aldri vært uteksaminert tilstrekkelig antall leger fra norske studiesteder til å kunne fylle alle ledige medisinerstillinger i Norge (Birkeland, et al., 2016). Leger utdannet i utlandet har derfor dekket et behov i Norge.

Figur 2-1 viser at det har vært en sterk vekst i antallet norske medisinstudenter i utlandet fra 2008/09 til 2017/18. Sammenligner man 2008/09 og 2017/18, ser man at veksten i utenlandsstudenter var 33 prosent, sammenlignet med en økning på 1 prosent i Norge. Andelen utenlandsstudenter har også vokst betydelig, mens 40 prosent av medisinstudenter var utenlandsstudenter i 2008/09, var andelen 47 prosent i 2017/18. De siste årene har veksten i norske medisinstudenter i utandet riktignok flatet noe ut, men hvis utviklingen fortsetter med samme trend som de siste ti årene, vil det om få år være flere norske medisinstudenter i utlandet enn i Norge.

Figur 2-1: Antall norske medisinstudenter i Norge og utlandet



Kilde: NSD (Norge) og Lånekassen (utlandet). Tallene for Norge viser totalt antall studieplasser for høstsemesteret.

2.4 Leger i spesialisering (LIS) – videreutdanning etter legeautorisasjon

Nyutdannede leger fortsetter i et spesialiseringsløp etter endte medisinstudier. Leger i spesialisering (LIS) består av tre faser og kan påbegynnes etter en ferdigutdannet medisinstudent har fått autorisasjon som lege. Spesialiseringen varer i minimum seks og et halvt år, og erfaringsmessig

bruker leger noe mer tid på å fullføre spesialisering. Første fase i spesialiseringsløpet, dagens LIS1-ordning, har erstattet den gamle turnusordningen.

Fra turnustjeneste til LIS

Turnustjenesten ble innført i 1955 for å kompensere for nedkortet studietid. Ordningen skulle sørge for faglig kvalifisering av nyutdannede leger og bidra til en god geografisk fordeling av leger (Helsedirektoratet, 2019).

Turnusordningen var i utgangspunktet rettighetsbasert, og det var hjemlet i turnusforskriften at staten hadde en plikt til å sikre at alle kandidater fikk en turnusplass.[8] Frem til desember 2012 var det et vilkår at turnus var gjennomført og godkjent, for å få autorisasjon som lege og påbegynne spesialisering. Unntaket var leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning i annet EU/EØS-land, som kunne starte rett i spesialisering. Tildeling og fordeling av turnusplasser var trekningsbasert, men et økende antall ferdigutdannede leger førte til en økende turnuskø.

Som en konsekvens av en voksende turnuskø ble turnusordningen lagt om til en søknadsbasert ordning fra 1. desember 2012. Autorisasjonstidspunktet for norskutdannede leger ble også flyttet, slik at autorisasjon nå blir gitt etter endt profesjonsutdanning i medisin, men med krav til turnus for å kunne starte det videre spesialiseringsløpet. Med en søknadsbasert turnusordning var det ledende prinsippet at ansettelse skulle skje i henhold til arbeidslivets regler. Turnustjenesten er nå avviklet og erstattet av LIS1-ordningen.

Ny spesialistforskrift, leger i spesialisering, trådde i kraft 1. september 2017, og ny forskrift for utdanningens andre og tredje del trer i kraft 1. mars 2019. Samlet varer spesialiseringen i minimum seks og et halvt år. Den første delen, LIS1, er felles for alle spesialitetene og varer i halvannet år. De neste fem årene er spesialisering innen retningen en medisiner har valgt. Spesialistutdanningens del 2 er en felles basisutdanning for grupper av spesialiteter i kirurgiske og medisinske fag. Spesialistutdanningens del 3 har unike læringsmål for hver spesialitet.

2.5 Bevilgninger og finansiering tilknyttet medisinutdanning

Universitetene

Finansieringssystemet for universiteter og høyskoler består av basismidler og resultatbaserte midler, der det resultatbaserte er en del av et nasjonalt insentivsystem. Basismidler er satt sammen av midler til faglig profil, bredde i fagtilbud, husleiemidler, midler til drift og vedlikehold av bygninger, samt midler til studieplasser mv.[9] Resultatbasert finansiering er basert på åtte indikatorer, deriblant tall på studiepoeng, ferdigutdannede kandidater mv.[10]

Profesjonsstudiet i medisin er i kategori A for finansieringssystemet, der satsen for basismidler er 242 850 kroner per 60 studiepoeng. Innen den resultatbaserte finansieringen gis i tillegg 201 700 kroner per 60 studiepoeng for profesjonsstudiet, mens et tilsvarende studium som ikke er del av integrerte femårige masterprogram eller profesjonsstudier er 100 850 kroner for 60 studiepoeng (Kunnskapsdepartementet, 2018).

Investeringer i bygg finansieres på ulike måter i UH-sektoren. Statsbygg har i en kartlegging[11] vist at de står for om lag to tredjedeler av byggeprosjektene i sektoren, og at den klart største andelen av dette igjen (målt i kroner) finansieres av Stortinget gjennom statsbudsjettet. Den resterende tredjedelen finansieres av UH-sektoren selv. For bygg som universitetene leier av Statsbygg, betaler universitetene

---

[8] Helse- og omsorgsdepartementet, 2001, Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddtrekning FOR-2001-12-20-1549.
[9] https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/finaniseringssystemet/id494257/
[10] De åtte indikatorene er: tall på studiepoeng (åpen ramme), tall på utvekslingsstudenter, inkludert Erasmus+-studenter (åpen ramme), tall på ferdigutdannede kandidater (åpen ramme), tall på doktorgradskandidater (åpen ramme), midler fra EU (lukka ramme), midler fra Norges forskingsråd og regionale forskingsfond (lukka ramme), inntekter fra bidrags- og oppdragsaktiviteter (BOA) (lukka ramme), vitenskapelig publisering (publiseringspoeng) (lukka ramme)
[11] Statsbygg 2018, Kunnskapsgrunnlag for universitets- og høyskolesektoren

en kostnadsdekkende husleie, som er beregnet slik at den samlede kostnad for bygget gjennom levetiden (investeringskostnader og driftskostnader) dekkes av husleien.

Primærhelsetjenesten

Finansieringen av medisinstudenters praksis i primærhelsetjenesten går over universitetenes budsjetter, ifølge Grimstad-utvalget. Det innebærer at universitetene må dekke utgifter knyttet til praksis i primærhelsetjenesten gjennom basismidler og resultatbaserte midler. Praksis inngår ikke i de resultatbaserte tilskuddene som en egen post. Det innebærer for eksempel at et økt antall uker i praksis i primærhelsetjenesten ikke vil øke bevilgningene.

Spesialisthelsetjenesten

Utdanning av helsepersonell er en av fire lovpålagte hovedoppgaver for helseforetakene[12], der helseforetakenes utdanningsoppgaver er primært som praksisarena for blant annet medisinstudenter. Under dagens finansieringsmodell finansierer helseforetakene sin utdanningsaktivitet gjennom basisbevilgningen (NOU 2008:2, 2008).

Bevilgninger til investeringer og vedlikehold er ikke øremerket, men overføres som en del av den generelle basisrammen. Helseforetakene prioriterer investeringer i bygg og utstyr eller vedlikehold opp mot annen drift. Samlet er det fire finansieringskilder for nye investeringer: inntekter i basisrammen til å dekke avskrivinger, lån fra staten der det er adgang til å låne opptil 70 prosent av prosjektkostnadene, sparing/overskudd fra driften og finansiell leasing. Fra 2015 ble det også gitt adgang til at de regionale helseforetakene kan inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 millioner kroner (NOU 2016:5, 2016).

Lånekassen

Lånekassen får bevilgninger over statsbudsjettet. Staten finansierer ikke den samlede bevilgningen kun gjennom allmenn beskatning, men også gjennom opptak av statsgjeld, i likhet som med Husbanken.

[12] Jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5, 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2. I forskriften for universitetssykehus er det for øvrig et krav om at en vesentlig del av undervisningen av medisinstudenter skal foregå ved sykehuset for at det skal kunne benevnes universitetssykehus.

3. Alternative tiltak som vurderes i denne utredningen

Vi har gjennomført en kostnadsvirkningsanalyse av to alternative tiltak for utvidelse av kapasiteten i medisinstudiet i Norge, i tillegg til nullalternativet der dagens kapasitet videreføres. Alternativene legger til grunn at det opprettes 500 nye studieplasser for henholdsvis fulltidsstudenter eller for klinisk utdanning. Tiltaket gir dermed 500 flere nye medisinstudenter i Norge per år. Omfanget av tiltakene øker kapasiteten med henholdsvis 3000 og 1 500 medisinstudenter i Norge. For alternativet med utvidelse av fulltidsstudenter i Norge innebærer tiltaket nærmere en dobling av norske medisinstudenter, og er noe i underkant av omfanget av medisinstudenter som i dag studerer i utlandet.

De to alternative tiltakene som analyseres er:

1. Utvide antall studieplasser i Norge for medisinstudiet med 500 plasser per årskull, det vil si utvide kapasiteten totalt sett over seks år med 3 000 studenter.
2. Tilby nytt studietilbud i klinisk medisin i Norge, rettet mot studenter som har studert de tre første årene i utlandet. Det kliniske studiet vil gå over tre år med 500 plasser per årskull, det vil si en total kapasitet på 1 500 studenter.

Omfanget av nye studieplasser i de to alternativene kan tenkes annerledes, men vi har her lagt til grunn det omfanget som oppdragsgiver har definert. Ved å ha et tilsvarende antall studieplasser i de to alternativene, blir det enklere å sammenligne det totale kostnadsbildet.

Alternativene oppsummeres kort i Tabell 3-1, før vi beskriver dem i mer detalj i de neste delkapitlene.

Tabell 3-1: Oppsummering av alternativene

Nr.	Alternativ	Beskrivelse
0	**Nullalternativet**	Nullalternativet viderefører dagens kostnadsbilde over tid ved å opprettholde dagens system, uten utvidelser av dagens kapasitet i Norge. En viktig forutsetning for nullalternativet er at antall medisinstudenter ved universitetene i Norge ikke vil øke over analyseperioden ettersom kapasiteten ved universitetene er tilnærmet fullt utnyttet.
1	**Utvide antall fulltidsstudieplasser for medisin i Norge**	I alternativ 1 utvides medisinstudiet i Norge med 500 fulltidsstudieplasser. Dette tiltaket inkluderer både teoretisk og klinisk undervisning, og strekker seg over seks år. Totalt betyr dette en økt kapasitet for 3 000 studenter. I rapporten er det forutsatt at kapasitetsutvidelsen skjer ved ett nybygg på ett eksisterende lærested, men det kan være mulig å gjennomføre kostnadsminimerende tiltak ved å bygge ut på universitetene der kostnadene er lavest. Tiltaket vil samlet gi 20 000 flere norskutdannede leger, og 10 000 flere norske leger med norsk eller utenlandsk utdannelse i løpet av analyseperioden.
2	**Utvide antall studieplasser for klinisk medisin i Norge**	I alternativ 2 utvides medisinstudiet i Norge med kun klinisk undervisning. Alternativet er at norske studenter i utlandet får et tilbud om et treårig klinisk studium i Norge etter fullført teoriutdannelse i utlandet. I analysen er det forutsatt at det opprettes 500 slike studieplasser. Kapasitetsbehovet blir dermed 1 500 studenter. Vi har lagt til grunn samme antall uker med klinisk opplæring og praksis som i alternativ 1, men i alternativ 2 komprimeres da denne kliniske opplæringen over tre år i stedet for seks år. Tiltaket vil samlet gi 20 000 flere delvis norskutdannede leger, og 10 000 flere norske leger med norsk eller utenlandsk utdannelse i løpet av analyseperioden.

3.1 Nullalternativet

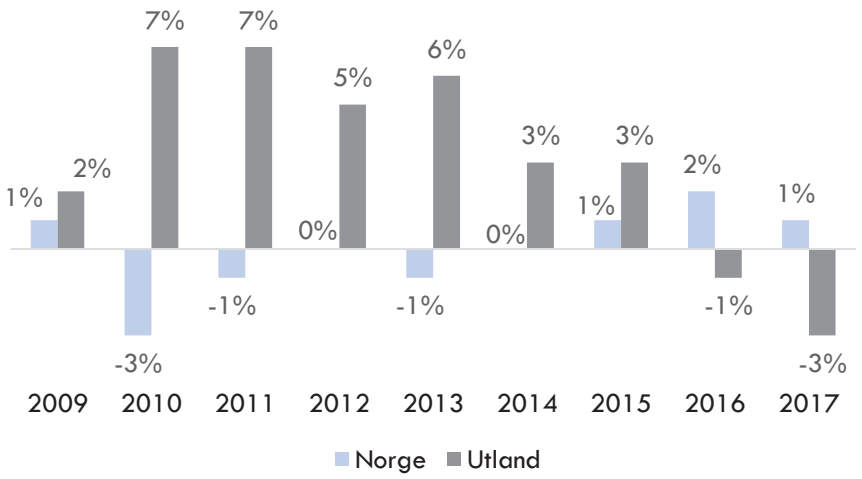
Nullalternativet representerer dagens kostnadsbilde for utdannelse av medisinstudenter og framskrivninger av dagens kostnadsbilde dersom det ikke gjøres andre tiltak enn de som allerede er planlagt.

Fremtidig vekst i antall medisinstudenter

Veksten i antall registrerte medisinstudenter i Norge har vært tilnærmet null, med årlig gjennomsnittlig vekst fra 2009-2017 på 0,10 prosent, se Figur 3-1. En av årsakene til denne nullveksten er at kapasiteten ved de fire universitetene som tilbyr profesjonsstudium i medisin er så godt som nådd. At det er ikke mulig å ta opp flere medisinstudenter ved norske universiteter er knyttet til flere begrensninger, deriblant manglende areal, manglende kapasitet for klinisk undervisning ved sykehus og få praksisplasser innen primærhelsetjenesten (Grimstad-utvalget, 2019). Vi legger derfor til grunn at antallet medisinstudenter i fremtiden i Norge vil være likt dagens nivå over hele analyseperioden.

I utlandet har den årlige veksten i antall norske medisinstudenter vært vesentlig høyere, selv om vekstraten har flatet ut de siste årene. Den årlige gjennomsnittlige veksten av antall medisinstudenter i utlandet var 3,3 prosent for perioden 2009-2017, se Figur 3-1. Den samlede årlige gjennomsnittlige veksten for medisinstudenter er 1,44 prosent.

Figur 3-1: Årlig vekst i antall medisinstudenter



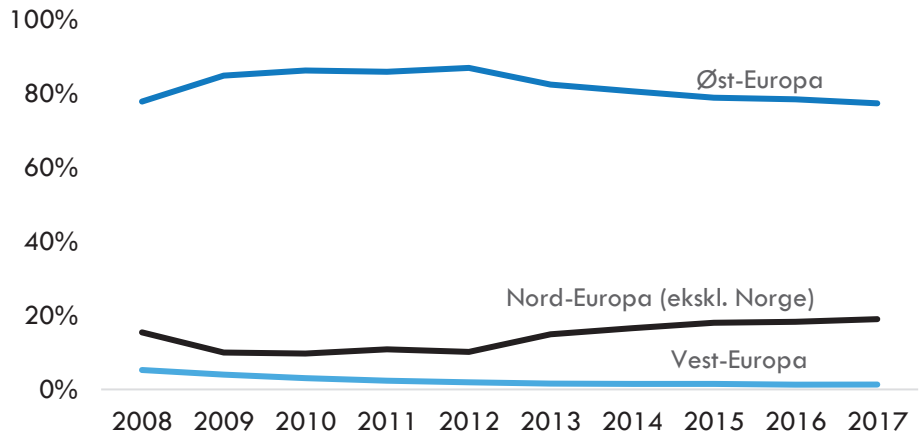
Kilde: Lånekassen og NSD

Antall medisinstudenter og fordeling på land

I undervisningsåret 2017/2018 var det totalt 3 605 registrerte medisinstudenter i Norge fordelt på NTNU, UiB, UiO og UiT, mens det i utlandet var registrert 3 166 medisinstudenter. Det vil altså si at med dagens kapasitet utdannes omtrent 53 prosent av norske medisinstudenter ved norske universiteter, og resterende 47 prosent ved utenlandske institusjoner.

Figur 3-2 viser hvor medisinstudentene fra Norge studerer i utlandet. De siste ti årene har Øst-Europa dominert med rundt 80 prosent av den totale studentmassen i utlandet, mens under 5 prosent av studentene studerer i Vest-Europa. Nord-Europa (eksl. Norge) utpeker seg med en relativt høy vekst fra rundt 2012, samtidig som antall studenter i Øst-Europa avtar noe.

Figur 3-2: Fordeling av medisinstudenter i Europa



Kilde: Lånekassen. Landene er kategorisert etter FNs definisjon.

I Øst-Europa har Polen rundt 1 200 norske medisinstudenter og er landet der flest nordmenn studerte medisin i 2017. I Nord-Europa er Danmark størst med om lag 400 medisinstudenter. Vest-Europa er derimot den regionen som mottar færrest medisinstudenter, hvor Tyskland er det landet som mottok flest studenter i 2017 med 19 studenter.

Vi forutsetter at utviklingen de siste ti årene fortsetter over analyseperioden. Det innebærer at det innen ti år vil være flere medisinstudenter som utdannes i utlandet enn ved norske universiteter. Vi har lagt til grunn nullvekst i Norge, og en årlig gjennomsnittlig vekst av medisinstudenter i utlandet på 3,3 prosent. Ved utgangen av 2040 vil det bety at rundt 54 prosent av medisinstudentene studerer ved utenlandske universiteter, med 4 400 norske medisinstudenter i utlandet og 3 600 som tar utdannelsen i Norge.

3.2 Alternativ 1: utvide antallet fulltidsstudieplasser i Norge

Alternativ 1 innebærer å utvide antall fulltidsstudieplasser i Norge. Det er flere aktuelle scenarioer for hvor stor utvidelsen skal være, og hvor kapasitetsutvidelsen skal skje. Ifølge Grimstad-utvalget vil utvidelsen være i størrelsesorden 500 nye studenter per år, og disse kan fordeles på de eksisterende universitetene som tilbyr medisin, det kan opprettes et medisinstudium ved et nytt universitet eller en kombinasjon av disse to løsningene. Vi har lagt til grunn 500 nye studieplasser per år, det vil si en total kapasitetsøkning på 3 000 studenter til enhver tid, ved ett av de eksisterende lærestedene.

Sentrale antagelser om den totale veksten i medisinstudenter ved kapasitetsutvidelser

En utvidelse av medisinstudiet i Norge kan påvirke antallet som velger å studere medisin i utlandet. I analysen har vi lagt til grunn at 50 prosent av kapasitetsutvidelsen i Norge fører til en tilsvarende reduksjon i den norske studentmassen som studerer medisin i utlandet. De resterende 50 prosent av studieplassene i Norge fylles opp av andre norske studenter, som alternativt ville studert et annet fag uten kapasitetsutvidelsen.

Konsekvenser for studentmassen i utlandet som følge av økt kapasitet ved medisinutdannelsen i Norge kan tenkes å gi bevegelse i begge retninger. Kostnadsvirkninger som følge av ulike antagelser om disse bevegelsene drøftes i følsomhetsanalyse senere i utredningen, der vi ser på det fulle spennet mellom 0 og 100 prosent reduksjon i norske utenlandsstudenter.

Usikkerheten knyttet til hva man kan forvente av overføringer fra medisinstudier i utlandet til Norge er knyttet til en rekke forhold. I utgangspunktet vil man anta at dersom tilbudet av studieplasser i Norge øker, så vil etterspørselen etter medisinstudiet også øke; altså en reell økning i antallet norske medisinere i Norge. Merk at en slik økning vil føre til en reduksjon i antallet studenter i andre studier i nullalternativet, som fører til en kostnadsreduksjon i andre deler av høyskole- og universitetssektoren.

Vi mener at man ikke uten videre kan legge til grunn at det kun er en overflytting fra andre studier i Norge til medisin som skjer ved en kapasitetsutvidelse, der dette skyldes to dynamiske tilpasninger. For det første må man anta at studentmassen som i nullalternativet vil studere i utlandet vil konkurrere om de samme norske plassene med studenter som i nullalternativet hadde tatt et annet studium enn medisin. Studentene som alternativt ville studert medisin i utlandet vil antageligvis også fylle en andel av de nye studieplassene, hvis studentene i utlandet i utgangspunktet ligger rett under dagens karakterkrav for å komme inn på medisinstudiet i Norge. Det er ikke sannsynlig at tiltaket vil gi impulser til studenter som i nullalternativet ikke velger å studere medisin i utlandet, slik at disse etter at tiltaket er gjennomført likevel velger å studere medisin i utlandet. Volumet av nordmenn som studerer i utlandet bør derfor reduseres når tiltaket gjennomføres.

Den andre dynamiske effekten oppstår ved at tiltaket med kapasitetsutvidelser ikke vil påvirke antallet LIS1-stillinger i Norge. Opphopningen av ferdigutdannede medisinstudenter som venter på å starte spesialiseringsløpet vil vokse med en antagelse om en total økning i antallet medisinstudenter. Forventninger om arbeid vil antageligvis påvirke søkertall, og arbeidsmulighetene som lege fordrer fullført LIS1. Dersom situasjonen innen LIS1 blir mer prekær og den informasjonen er offentlig, vil det ha en reduserende effekt på etterspørselen etter medisinstudier generelt.

Vår vurdering er derfor at vi ikke kan legge til grunn at volumet av utenlandsstudenter ikke påvirkes av tiltaket, men vi kan heller ikke legge til grunn at det ikke vil være noen nordmenn som studerer medisin i utlandet etter at tiltaket er gjennomført. Vi forutsetter at tilpasning blir midt mellom disse to ytterpunktene, det vil si at volumet av norske medisinstudenter i utlandet halveres. Det betyr, forenklet sagt, at de 500 nye studieplassene fylles av 250 studenter som i nullalternativet ville studert et annet fag enn medisin, og 250 studenter som i nullalternativet ville studert medisin i utlandet.

At antallet medisinstudenter samlet i Norge og utlandet øker er årsaken til at tiltaket vil føre til at det i løpet av analyseperioden ferdigutdannes 10 000 flere leger enn i nullalternativet.

Sentrale antagelser om byggeinvesteringer i utvidet kapasitet

For å anslå hva det koster å utvide medisinstudiet i Norge knyttet til byggeinvesteringer kan to ulike tilnærminger benyttes. Det kan enten tas utgangspunkt i at arealkapasiteten er fullt utnyttet ved dagens universiteter og deretter anslå hva det koster å bygge et helt nytt lærested. Denne fremgangsmåten er ekvivalent med å beregne hva det koster å bygge opp et helt nytt medisinstudium ved et universitet som i dag ikke tilbyr medisin.

Alternativt kan man kartlegge de ulike kapasitetsbegrensningene ved universitetene som i dag tilbyr medisinstudier, og legge til grunn at medisinstudiet utvides der kostnadene er lavest. I sistnevnte tilfelle ville det vært gunstig å utvide der hvor det for eksempel er kapasitet ved laboratorier og simuleringsrom, ettersom det er dyrere å investere i slike areal enn i lesesaler og forelesningssaler. En slik tilnærming vil kreve en detaljert oversikt over arealer og personal hos hvert enkelt universitet og universitetssykehus.

I denne rapporten er den første tilnærmingen lagt til grunn. I eventuelle senere faser i et prosjekt for å utvide kapasiteten innen medisinstudiet i Norge vil man kunne avdekke muligheter for kostnadsreduserende tiltak ved å utnytte de komparative fortrinnene ved de eksisterende norske universitetene.

3.3 Alternativ 2: treårig klinisk utdanning

Alternativ 2 innebærer en modell for et 3-årig klinisk studium i Norge. Tilbudet vil bli gitt til norske studenter som har fullført teoriutdannelsen i utlandet. Tanken bak denne modellen er at Norge kan øke antallet medisinstudenter som blir uteksaminert i Norge, uten å bære hele kostnaden av medisinstudiet. Studentene tar tre år av studiet i utlandet, før de kan søke seg inn på et treårig klinisk studium i Norge. Vi har modellert alternativet slik at det har samme studentvolum som alternativ 1, det vil si 500 årlige studieplasser, tilsvarende en totalkapasitet på 1 500 studenter.

Vurderingen av virkningen for antall utenlandsstudenter er tilsvarende som i alternativ 1.

Det er også her lagt til grunn at utvidelsen krever infrastruktur som må bygges helt nytt. Modellen er et samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitet i Bergen, men analysen tar ikke hensyn til eventuelle kostnader knyttet til geografiske forskjeller. Det er også forutsatt som i alternativ 1, at antallet nordmenn som tar de siste tre årene av medisinstudiet i utlandet, halveres når det nye norske studiet etableres.

Det kan tenkes at studentene vil ha behov for forkurs for å komme opp på et nivå som er tilstrekkelig for å ha utbytte av det treårige studiet. Det vil i så fall bety at alternativ 2 innebærer noe mer enn tre års studietid. Vi har likevel ikke på det nåværende tidspunkt konkrete data som indikerer et omfang på slike tilleggskurs, og har derfor ikke lagt dette inn i kostnadsberegningen.

Som i Alternativ 1 vil antallet medisinstudenter øke totalt. I løpet av analyseperioden ferdigutdannes 10 000 flere norske leger samlet i Norge og utlandet enn i nullalternativet.

4. Identifiserte kostnadsvirkninger

En utvidelse av medisinstudiet i Norge vil ha mange kostnadsvirkninger for ulike aktører. I kostnadsvirkningsanalyser vurderes kostnader, ikke utgifter. I den videre analysen er det viktig å ha klarhet i hva som er forskjellen mellom en kostnad og en budsjettmessig utgift. Kapittelet gir en samlet oversikt over hvilke kostnadsvirkninger som er identifisert, både prissatte og ikke-prissatte, mens budsjettmessige konsekvenser behandles i kapittel 7.

4.1 Forskjellen mellom en kostnad, overføring og utgift

I analysen er det viktig å ha en forståelse for forskjellen mellom en kostnad og en utgift i samfunnsøkonomiske analyser. Kostnader representerer samfunnets ressursbruk for å produsere en vare eller tjeneste. Måleenheten for kostnader er normalt kroner. Men kroner er bare en kvantitativ representasjon av den reelle ressursbruken av innsatsfaktorer som arbeidskraft, materialer, tjenester med mer.

Med en utgift menes en transaksjon som er målt i kroner og øre, og er en monetær ytelse mellom to aktører. Utgifter identifiseres typisk i et regnskap. En utgift er en budsjettmessig virkning, som kan, men ikke må, reflektere den samfunnsøkonomiske ressursbruken (kostnader). Dette er ofte spesielt tydelig i offentlig sektor der virksomheter finansieres gjennom utgiftsfordelings- og tilskuddsmodeller. For eksempel kan den reelle kostnaden (ressursbruken) ved klinisk undervisning i form av tidsbruken for en fastlege, være annerledes enn utgiften som inngår i regnskapet til Universitetet som betaler fastlegen for denne tjenesten.

Overføringer er også et begrep i samfunnsøkonomiske analyser, som ligner en utgift, men ikke må være en utgift. Skatt (eksl. skattefinansieringskostnader) er et eksempel på en overføring. Når en arbeidstaker har mottatt lønnen for arbeidet, der lønnen tilsvarer den samfunnsøkonomiske verdien av arbeidet, har det medgått en ressursbruk i arbeidstimer. At privatpersonen overfører deler av lønnen til staten gjennom inntektsskatt er en ren overføring mellom enkeltindividet og staten.[13] Skatteeksempelet er et eksempel på når en overføring også er en utgift; privatpersonen betaler en monetær sum til staten. Hvis man imidlertid tar et «skjult» subsidie, for eksempel gjennom at en virksomhet får et redusert skattekrav, vil ikke subsidien være en utgift. Subsidien fører riktignok til en lavere utgift, men vil ikke bokføres i et regnskap som en egen utgiftspost.

Et eksempel fra utredningen som kan dekomponeres i en utgift, overføring og kostnad er studiestøtten til studenter. Studiestøtten er langt på vei en ren overføring fra staten til studenter og vil inngå som en utgift for Lånekassen. Kostnadene ved overføringen er tiden som Lånekassen brukes for å administrere overføringen, samt skattefinansieringskostnader knyttet til blant annet innkreving av skatt for å dekke stipendandelen av studiestøtten. I tillegg inneholder studiestøtten en «skjult» overføring i form av en utdanningssubsidie ved at renten på lån i Lånekassen sannsynligvis er lavere enn renten som ville oppstått i et privat marked for studielån.

Årsaken til at skillet mellom kostnader, overføringer og utgifter er sentralt fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, er som forklart over at det ikke nødvendigvis er et én-til-én forhold mellom kostnader (ressursbruk), overføringer (utgifter og/eller manglende utgifter) og utgifter (betalinger). Når vi i det videre skal omtale de identifiserte kostnadsvirkningene, vil det være samfunnsøkonomiske kostnadsvirkninger – altså ressursbruken vi omtaler. Vi vil senere analysere hvordan utgiftene fordeler seg på aktørene, under analysen av budsjettmessige virkninger.

---

[13] Vridningseffekten i arbeidstilbudet som oppstår som følge av at privatpersonen vet at man ilegges inntektsskatt gir opphav til skattefinansieringskostnader, nemlig at det normalt fører til et marginalt lavere arbeidstilbud ved en marginal økning i skatt.

4.2 Identifiserte virkninger

Tabell 4-1 nedenfor gir en oversikt over hvilke virkninger som er identifisert, både prissatte, og ikke-prissatte. Vi forklarer effektene mer i detalj i dette kapittelet.

Tabell 4-1: Identifiserte virkninger av utvidelse av medisinutdanningen.

Identifiserte virkninger	Vurdering i analysen
Investeringskostnader for utvidet kapasitet	
Infrastruktur	Prissatt
Brukerutstyr	Prissatt
Tomter	Ikke-prissatt
Driftskostnader ved utdanning av medisinstudenter	
Personal- og administrasjonskostnader	Prissatt
Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)	Prissatt
Vare- og tjenestekjøp	Prissatt
Offentlig tjenestetilbud til studenter i Norge	Ikke-prissatt
Kostnader ved opptak	Ikke-prissatt
Kostnader knyttet til overføringer av studiestøtte fra Lånekassen	
Kostnader ved basisstøtte	Prissatt
Kostnader ved skolepenger	Prissatt
Kostnader ved språk- og reisestøtte	Prissatt
Kostnader ved utsatte renter	Prissatt
Administrasjonskostnader i Lånekassen	Prissatt
Samfunnskostnader som ikke utgiftsføres	
Skattefinansieringskostnader	Prissatt
Levekostnad i studieland	Prissatt
Øvrige samfunnskostnader	
Forsinkelseskostnader	Ikke-prissatt/regneeksempel
Utdanningssubsidier	Ikke-prissatt/regneeksempel
Gevinster/kostnader i spesialist- og primærhelsetjenesten ved studentopphold	Kvalitativt vurdert

Investering i infrastruktur

Infrastruktur omfatter arealer og spesialbygg. Vi skiller mellom investeringskostnader i infrastruktur for universitetene og for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Investering i brukerutstyr

Brukerutstyr omfatter IT-utstyr, interiør, spesialutstyr til laboratorier mv. For tiltakene er det lagt til grunn at brukerutstyr koster 15 % av byggets totale investering.

Investering i tomter

Vi har ikke beregnet tomtekostnader for de ulike alternativene. Det skyldes at vi ikke vet hvor utvidelsen skal skje, i hvilket omfang, det faktiske arealavtrykket (som avhenger av etasjer) og at markedspriser på tomter varierer betydelig over mindre geografiske områder i storbyer.

I følge Grimstad-utvalget har universitetene langt på vei de nødvendige tomtene for utvidelse med inntil 500 nye studieplasser, så tomteutgifter vil sannsynligvis ikke påvirke analysen av utgifter.

Personal- og administrasjonskostnader

Personal- og administrasjonskostnader er kostnader som er knyttet til lønning av ansatte, som i vår sammenheng bidrar til medisinstudentenes utdanning.

Vi ser på personal- og administrasjonskostnader for NTNU, UiB, UiO og UiT, samt spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er sentrale aktører som tilbyr medisinstudentene teoretisk og klinisk undervisning, og praksis.

Kostnadsartene som inngår i analysen varierer i noen grad mellom de ulike aktørene, men dette kommer tydelig frem under beskrivelsen av de aktuelle aktørene. Personal- og administrasjons-kostnader er en vesentlig kostnad, som kan gi store utslag på kostnadsanalysen.

Det er besluttet at det skal stilles økte krav til studentveiledere. Det vil antagelig medføre at flere veiledere i spesialist- og primærhelsetjenesten må bruke noe tid på kursing, og universitetene vil få kostnader knyttet til å arrangere disse kursene. Det er på det nåværende tidspunkt ikke beregnet hvilket omfang slik kursing vil ha, og vi har derfor heller ikke beregnet kostnader knyttet til dette i noen alternativer. Sannsynligvis vil en slik kostnad uansett ikke i vesentlig grad endre resultatene.

Forvaltning, drift og vedlikehold

FDV-kostnadene (forvaltning, drift og utvikling) er verdibevarende vedlikehold innenfor en definert teknisk standard gjennom byggets totale levetid.[14]

Eksempler på FDV er utskiftning av materialer som slites ned, vedlikehold av ventilasjonsanlegg, elektrisitet, samt renhold og renovasjon.

Vare- og tjenestekjøp

Kostnadene knyttet til vare- og tjenestekjøp vil avhenge av hvilken aktør det er snakk om. For universitetene kan det for eksempel være administrasjon, drift og IT-kostnader. For spesialist- og primærhelsetjenesten kan det være engangsartikler som hansker, venefloner og sprøyter. I tillegg til engangsartiklene vil flere studenter føre til kostnader knyttet til ID-kort, IT-støtte, tøy og tøyvask.

Informasjonsgrunnlaget tilsier at kostnader knyttet til vare- og tjenestekjøp er marginale, og spiller en liten rolle i det totale kostnadsbildet. Siden det ikke foreligger et tilstrekkelig godt datagrunnlag for å beregne kostnadene, har vi valgt å holde vare- og tjenestekjøp utenfor kostnadsanalysen.

Offentlig tjenestetilbud til studenter i Norge

Studenter i Norge får tilgang til ulike goder og tjenester til redusert (subsidiert) pris. Dette kan for eksempel være studentboliger og rabattordninger for helsetjenester. Samfunnets ressursbruk er imidlertid den ikke-subsidierte ressursbruken.

Av samme årsak som for vare- og tjenestekjøp, begrenser vi oss til å omtale kostnaden kvalitativt, siden vi anser denne kostnaden som marginal og vanskelig tilgjengelig, samt av mindre betydning for kostnadsbildet til medisinstudiet.

Kostnader ved opptak

I alternativ 2 vil det opprettes et helt nytt studium, rettet mot utenlandsstudenter. Det vil måtte utvikles et regime for opptaksregler og dokumentasjon fra søkerne, og dette regimet må forvaltes over tid. Det vil antagelig være noe mer krevende å administrere et slikt regime enn å administrere opptak til dagens medisinstudium. Vi har likevel ikke data til å anslå omfanget av slike kostnader, men legger til grunn at kostnadene er begrensede, og i liten grad påvirker totalkostnaden ved tiltaket.

Kostnader ved basisstøtte

Basisstøtten fra Lånekassen er en utbetaling for å bidra til å dekke leve- og bokostnader for studenter under studieløpet. Støtten utbetales som et lån, hvor 40 prosent av lånet kan bli gjort om til stipend,

---

[14] https://snl.no/FDV

dersom studenten ikke bor med foreldrene, samt har inntekt og formue under gjeldende grenser og består utdanningen. Det er kostnader knyttet til den statlige finansieringen gjennom skattefinansieringskostnader.

Kostnader ved skolepenger

Studenter som må betale skolepenger i utlandet kan få ekstra støtte fra Lånekassen, både som lån og stipend. Det er beløpet studenten skal betale til lærestedet i skolepenger som avgjør hvor mye studenten får i skolepengestøtte fra Lånekassen. Støtte til skolepenger skal gå til å dekke skolepenger og/eller andre obligatoriske avgifter som har sammenheng med undervisningen. Det er kostnader knyttet til den statlige finansieringen gjennom skattefinansieringskostnader.

Kostnader knyttet til språk- og reisestøtte

Studenter som studerer på et annet undervisningsspråk enn engelsk kan få stipend til et forberedende språkkurs. Vi har forutsatt at det er svært få studenter som studerer medisin på et annet språk enn engelsk og ser derfor bort i fra denne kostnaden. I den grad det er kostnader er det kostnader knyttet til den statlige finansieringen gjennom skattefinansieringskostnader.

Lånekassen gir også reisestøtte til dekning av utgifter for to tur-retur-reiser i året for dem som studerer utenfor Norden. Støtten blir gitt etter fastsatte satser basert på regionen lærestedet ligger i. Satsen for Europa er såpass liten at den har marginal påvirkning på det overordnede bildet.

Kostnader ved utsatte renter

Låneandelen av studiestøtten er rentefritt så lenge en er i fulltidsutdanning og mottar studiestøtte fra Lånekassen. Utsatte renter innebærer at det oppstår ekstrakostnader for staten knyttet til rullering av statsgjeld som finansierer studielån. Ved finansiering gjennom allmenn beskatning er det skattefinansieringskostnader.

Administrasjonskostnader i Lånekassen

Lånekassen har kostnader knyttet til saksbehandling av medisinstudenter. Dette er personal- og administrasjonskostnader.

Skattefinansieringskostnad

Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden knyttet til å innhente én ekstra krone i skatt. I henhold til Rundskriv R-109/14 og DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser settes skattefinansieringskostnaden lik 20 prosent av netto offentlig finansieringsbehov (ekskl. mva.).

Levekostnad i studieland

Studentenes levekostnader vil avhenge av hvilket land de studerer i, og består av studentenes kostnader til bolig, mat, drikke og dagligvarer, i tillegg til andre kostnader som telefonbruk, klær og personlig pleie. Estimatene er basert på SIFOs referansebudsjett og prisjustert med OECDs indeks for levekostnader.

Forsinkelseskostnader

Det er spesielt to forhold som spiller inn i denne kostnaden. For det første er det en kostnad for samfunnet dersom studentene som uansett ønsker å bli leger ikke begynner rett på medisinstudiet etter videregående skole (eller eventuelt etter avtjent verneplikt). Kostnaden kan representeres ved konsum av annen utdanning før opptak til medisinutdanningen, samt forsinket/tapt verdiskaping etter utdanning.

Det andre forholdet er tiden mellom endt medisinstudium til påbegynt LIS1. Med dagens situasjon er det færre LIS1-stillnger enn søkere, det resulterer i at nyutdannede medisinstudenter må ta andre jobber eller studere i mellomtiden. Også dette vil medføre et samfunnsøkonomisk tap, dersom verdiskapingen i venteperioden er lavere enn den ville ha vært som LIS. Vi drøfter denne kostnaden med et regneeksempel, men er ikke en del av hovedanalysen. Det skyldes at det er usikkert hvorvidt, og i hvilken retning, tiltaket påvirker forsinkelseskostnader.

Utdanningssubsidier

For å stimulere til økt utdanning har Staten gjennom Lånekassen satt renten på studiestøtten lavere enn markedsrenten for studielån.[15] En kan tenke på differansen mellom de to rentene som en rentesubsidie/overføring til studentene. Vi har ikke definert dette som en kostnad, men en ren overføring, se begrunnelse i kapitel 5.4. Vi nevner det likevel her for helhetens del.

Gevinster/kostnader i spesialist- og primærhelsetjenesten ved studentopphold

Studenter som har praksis i helsetjenesten kunne tenkes å utgjøre en ressurs og bidra til avlastning av helsepersonell. Dette kan for eksempel tas ut i økt behandling eller mer tid til hver enkelt pasient. I motsatt tilfelle kan det tenkes at studentene utgjør en ekstra belastning og at helsetjenesten er nødt til å bruke ressurser på studentene som går på bekostning av den daglige driften.

Basert på intervju med Universitetssykehuset Nord-Norge og Grimstad-utvalget tyder erfaringer fra praksis på at medisinstudenter ikke eller i svært liten grad avlaster helsetjenesten når de er ute i praksis, utenom noen tilfeller når de går siste året som student. Vi har derfor ikke lagt til grunn vesentlige gevinster for helsetjenesten knyttet til praksis.

[15] Siden studielån er beregnet på bakgrunn av boliglån, betyr det at studielån gis samme risikoprofil som et lån med 15 prosent egenkapital som er sikret i en bolig. Lån til utdanning har dermed en urealistisk lav risikoprofil.

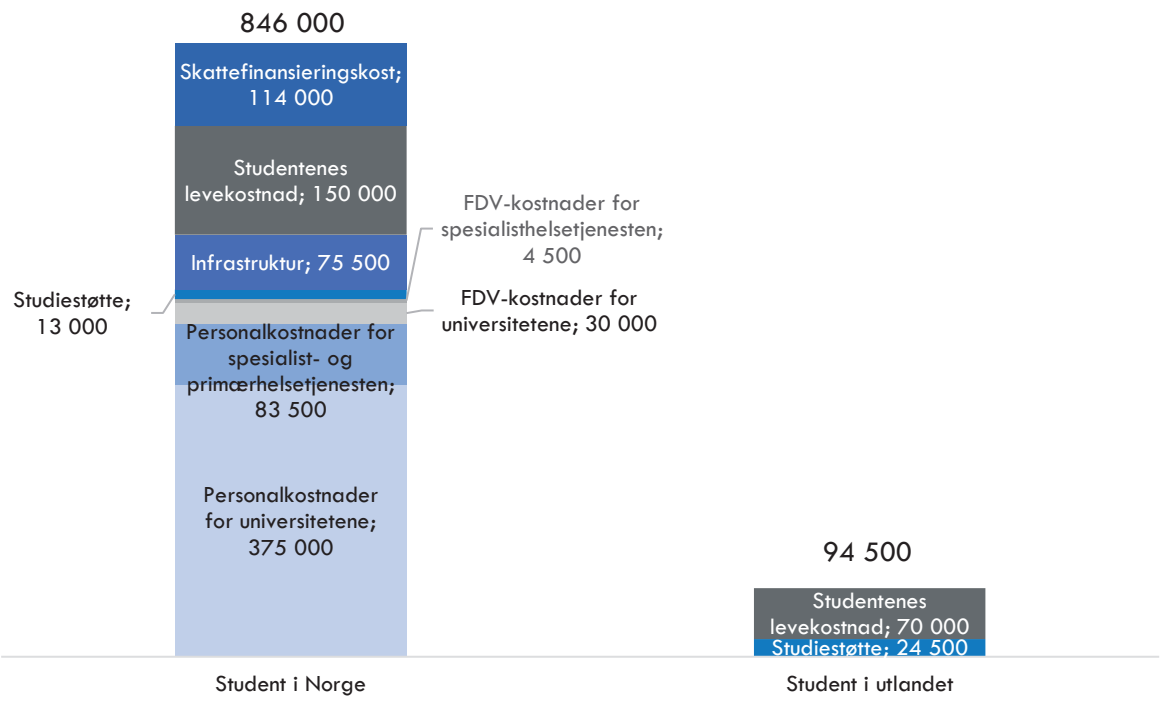
5. Kostnadsestimater

I dette kapittelet presenterer vi kostnadsestimater for de identifiserte virkningene. Vi har estimert hva det koster samfunnet å utdanne en medisinstudent i Norge, utdanne en medisinstudent i utlandet og hva det vil koste å utvide kapasiteten for medisinstudiet i Norge. Det koster samfunnet betydelig mer å utdanne en medisinstudent i Norge enn i utlandet. Den viktigste kostnadsdriveren er personal- og administrasjonskostnadene til universitetene og helsetjenesten.

I det videre er kostnadsestimatene kategorisert etter aktører. I rapporten er følgende aktører kartlagt:

- Universitetene
- Spesialist- og primærhelsetjenesten
- Lånekassen
- Medisinstudentene

Figur 5-1: Gjennomsnittlige kostnader for én medisinstudent per år (NOK)



Beregninger: Oslo Economics. Tallene gjelder for Norge gjelder for alternativ 1

5.1 Universitetene

Det totale kostnadsestimatet per student for universitetene er 475 000 kroner i året, med et intervall på 380 000-585 000 kroner. Den viktigste kostnadsdriveren for universitetene er personal- og administrasjonskostnadene. Se Tabell 5-1, som gir en oppsummering av kostnadene knyttet til medisinstudiet og en eventuell utvidelse av dette.

Tabell 5-1: Årlige kostnader per student for universitetene (NOK)

Kostnadsart	Kostnad	Intervall
Personal- og administrasjons-kostnader	375 000	300 000-460 000
FDV-kostnader	30 000	20 000-45 000
Investering i infrastruktur ved utvidelse	70 000	60 000-80 000
Total	475 000	380 000-585 000

Beregninger: Oslo Economics

5.1.1 Personal- og administrasjonskostnader

Vårt basisanslag for universitetenes gjennomsnittlige personalkostnader og administrasjonskostnader er 375 000 kroner per medisinstudent per år.[16]

De totale personal- og administrasjonskostnadene for medisinstudiet blir dermed 1,4 milliard kroner per år. I denne beregningen legger vi til grunn at det var totalt 3 660 medisinstudenter ved de fire universitetene i 2018.[17]

Universitetenes kostnader i forbindelse med medisinstudenter er først og fremst knyttet til preklinisk og basalfaglig undervisning, hovedsakelig laboratoriekurs og øvelser, gruppeundervisning og kateterundervisning, samt klinisk undervisning. I tillegg kommer kostnader forbundet med stab- og støttefunksjoner.

Beregningen er basert på rapporten «Hva koster en student?» av Deloitte og NIFU (Reiling, et al., 2014). I analysen blir den gjennomsnittlige kostnaden per studiepoeng for en medisinstudent estimert til 9 800 kroner.[18] Dette estimatet inkluderer lønns-, drifts- og administrasjonskostnader til de ansatte som bidrar til produksjonen av studiepoenget. I tillegg er tidsbruk på forskning og formidling, og i noen tilfeller museum inkludert.

Estimatet for et studiepoeng multipliseres med 60 studiepoeng for at det skal reflektere den årlige, gjennomsnittlige kostnaden for én medisinstudent og tallet blir da 590 000 kroner.

For å beregne ressursbruken for en student må vi gjøre visse antagelser om hvor mye av den samlede ressursbruken som brukes til undervisningsformål og til forskningsaktiviteter. Vi har lagt til grunn fordelingen i Tabell 5-2 for å justere kostnadsestimatet fra rapporten, hentet fra Reiling et. al (2014).

Tabell 5-2: Fordeling av kostnader til utdanning, FoU og formidling

Universitet	Stab og støtte	FoU og formidling	Utdanning	Annet[19]
NTNU	27 %	24 %	37 %	10 %
UiB	27 %	29 %	36 %	8 %
UiO	29 %	30 %	32 %	9 %
UiT	31 %	25 %	37 %	7 %
Gjennomsnitt	29 %	27 %	35 %	9 %

Kilde: Hva koster en student? (Reiling, et al., 2014)

[16] Estimatet er justert for kostnader knyttet til FoU og formidling.
[17] NSDs Database for statistikk om høgre utdanning.
[18] Oppjustert til 2018-kroner.
[19] Den tiden de vitenskapelig ansatte oppgir at de bruker på administrasjon og annet. Denne kategorien består i stor grad av aktiviteter som ikke direkte bidrar i produksjonen av forskning, formidling eller utdanning.

Når 27 prosent til FOU og formidling og 9 prosent til annet trekkes ut, fremkommer årskostnaden på 375 000 kroner.

Estimatet er beheftet med noen usikkerhetsfaktorer. Den største usikkerheten er knyttet til den faktiske ressursfordelingen mellom undervisning og forskning. Estimatet legger videre til grunn at alle studenter fullfører studiet på normert tid. I følge Grimstad-utvalget er dette en antagelse som ikke fullt ut gjenspeiler virkeligheten. I denne rapporten er det ikke tallfestet hvor mange studenter som ikke fullfører på normert tid, men det er rimelig å anta at det er en del studenter som trenger et semester eller flere for å fullføre studiet. Dersom gjennomsnittlig studieforløp er større enn normert studieløp, vil den gjennomsnittlige kostnaden for en student være høyere.

5.1.2 Investering i infrastruktur

Vårt anslag er at den totale investeringskostnaden for å utvide medisinstudiet vil komme på rundt 8,6 milliarder kroner for universitetene.

Anslaget er basert på referansetallene i Tabell 5-3. Anslagene viser hva det koster å utvide medisinstudiet med 3 000 studenter fordelt på seks kull, og er basert på de ulike referanse-prosjektenes pris per kvadratmeter og der vi har lagt til grunn et arealbehov på 35 kvadratmeter per student. I tillegg er det lagt inn en kostnad for brukerutstyr på 15 prosent av investeringens totale kostnad.

For å beregne kvadratmeterpriser har vi brukt kostnadstall fra referanseprosjekter innen UH-sektoren. Estimatene for investeringskostnaden i infrastruktur for universitetene er preget av stor usikkerhet og dermed relativt brede intervaller. Tabell 5-3 viser en oversikt over relevante bygninger som vi i analysen har tatt utgangspunkt i når vi har anslått hva det kan koste å bygge helt ny infrastruktur for å ta opp 3000 nye medisinstudenter. Byggene bærer preg av å være kostbare undervisningsbygg, med stort innslag av laboratorier og klinikker. Alle byggene er i bruk av det medisinske fakultet og/eller realfag ved universitetene.

Tabell 5-3: Oversikt over relevante referanseprosjekter fra UH-sektoren (alle tall oppjustert til 2018-kroner og avrundet)

UH-bygg	Ferdigstilt	Investering i MNOK	Kvm	Investering per kvm	Antall studenter	Kvm per student
UiO: Life Science	2024	6 800	66 700	102 000	1 600	40
UiS: Laboratoriebygg	2014	86,4	1 700	51 000	50[20]	35
UiB: Odontologibygg	2012	991,1	15 000	66 100	286	53
UiT: MH2	2018	1 396	21 000	65 000	924	23
Vårt estimat	**2027**	**7 500**	**105 000**	**71 000**	**3 000**	**35**

Kilde: Statsbygg

Referanseprosjektene i Tabell 5-3 gir kun en indikasjon på kostnaden for kapasitetsutvidelsen. Dersom det iverksettes et byggeprosjekt, kan prosjekteier i stor grad påvirke kostnadsbildet. Størrelsesorden på usikkerheten kan synliggjøres ved å vise hva kostnaden ville blitt hvis vi hadde oppskalert det billigste og det dyreste referansebygget (i kostnad per student), det vil si MH2 og Life Science. Et tilsvarende bygg som MH2 ville koste 4,5 milliarder kroner, et tilsvarende bygg som Life Science ville koste 12,2 milliarder kroner, mens vårt estimat basert på de fire byggene samlet gir en kostnad på 7,5 milliarder. I tillegg kommer brukerutstyr, som vi har beregnet til 15 prosent av byggekostnad.

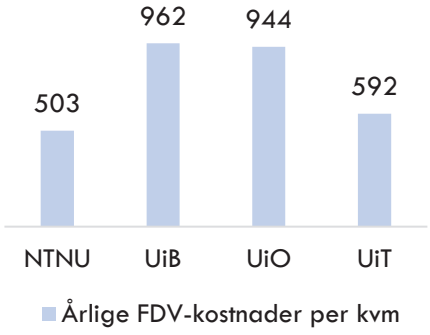
[20] Det er ikke oppgitt hvor mange studenter som bruker bygget. Det er forutsatt 50 studenter.

5.1.3 FDV-kostnader

Beregningen av kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av universitetenes bygningsmasse viser en kostnad per student på 35 000 kroner per år. Vi legger til grunn at arealbehovet per student er 35 kvm og at årlig FDV-kostnad (inkluderer FDV-kostnad hos både leietager og huseier) er 1 000 kroner per kvadratmeter. FDV er verdibevarende vedlikehold innenfor en definert teknisk standard gjennom byggets totale levetid.[21]

Beregningsgrunnlaget er hentet fra rapporten fra Deloitte og NIFU (2014), som gir anslag på universitetenes FDV-kostnader og kvadratmeter. Vi ser at det er relativt store forskjeller mellom universitetene, der UiB og UiO har høyest kostnader, se Figur 5-2.

Figur 5-2: Universitetenes årlige FDV-kostnader (i kroner) for dagens infrastruktur.



Kilde: Hva koster en student? (Reiling, et al., 2014)

De fire universitetene, utenom UiT, forvalter store andeler av arealene selv, se Tabell 5-4. Det er likevel slik at alle lærestedene har en andel arealer som er leid, og huseiers FDV-kostnader for disse leide lokalene inngår ikke i de oppgitte FDV-kostnadene per kvadratmeter.

Tabell 5-4: Universitetenes eierforhold av areal

Universitet	Selveid areal	Leid areal
NTNU	87 %	13 %
UiB	81 %	19 %
UiO	81 %	19 %
UiT	68 %	32 %

Kilde: Hva koster en student? (Reiling, et al., 2014)

For å finne den totale FDV-kostnad per kvadratmeter, må vi derfor justere tallene i Deloitte og NIFUs rapport noe opp. Vi har dermed estimert en årlig FDV-kostnad på 1 000 kroner per kvadratmeter.

5.2 Spesialisthelsetjenesten

Det totale kostnadsestimatet per student for spesialisthelsetjenesten er omlag 70 000 kroner i året, med et intervall mellom 49 000 og 111 000 kroner. Tabell 5-5 gir en oppsummering av kostnadene knyttet til medisinstudiet og en eventuell utvidelse av dette. Den viktigste kostnadsdriveren for spesialisthelsetjenesten er personal- og administrasjonskostnader.

[21] Eksempler på FDV er utskiftning av materialer som slites ned, vedlikehold av ventilasjonsanlegg, elektrisitet, samt renhold og renovasjon.

Tabell 5-5: Årlige kostnader per student for spesialisthelsetjenesten (6 års studium)

Kostnadsart	Kostnad	Intervall
Personal- og administrasjonskostnader	60 500	40 000-100 000
FDV-kostnader	4 500	4 000-5 000
Investering i infrastruktur	5 600	5 000-6 200
Total	70 600	49 000-111 200

Beregninger: Oslo Economics

For å beregne kostnaden for spesialisthelsetjenesten ved en utvidelse, må vi legge til grunn et antall studenter som gjennomgår undervisning i spesialisthelsetjenesten til enhver tid. I dagens situasjon er det betydelig variasjon i antall uker studentene oppholder seg i spesialisthelsetjenesten, men vi har lagt til grunn det nivået av praksis og klinisk undervisning som forventes noen år frem i tid, i henhold til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Dermed har vi forutsatt at studentene i gjennomsnitt har 31 uker praksis og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten gjennom medisinstudiet. Dette utgjør i alternativ 1 31/240, det vil si om lag 13 %, av det totale medisinstudiet. Dersom studentene fordeles optimalt, slik at det til enhver tid er akkurat det samme antall studenter i spesialisthelsetjenesten, medfører det 388 samtidige studenter ved en økt kapasitet på 3 000 studenter. I alternativ 2 har vi forutsatt at 31 uker praksis fordeles på de tre studieårene, slik at studentene er i spesialisthelsetjenesten 31/120 av tiden, som er om lag 26 %, av tiden gjennom studiet. Med 1 500 samtidige studenter i alternativ 2, betyr det at spesialisthelsetjenesten også i dette alternativet må dimensjonere for 388 studenter.

5.2.1 Personal- og administrasjonskostnader

Sykehusets personalkostnader er knyttet til den kliniske undervisningen og praksisen i helseforetakene, og involverer både medisinsk og ikke-medisinsk personale. Når studentene er i praksis, forventes det at veileder er sykehusansatt, mens i klinisk undervisning er lærer oftest ansatt ved universitetet. Vi har i våre beregninger lagt til grunn at undervisningspersonalet ved klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten i 25 prosent av tilfellene er ansatt i spesialisthelsetjenesten, og beregnet kostnad for dette. I resterende 75 prosent av tilfellene vil kostnaden være dekket av universitetets personalkostnader, vist over. Det knytter seg usikkerhet til anslaget på 75 prosent, fordi dette kan variere mellom de ulike utdanningsinstitusjonene.

Vår beregning er at det koster spesialisttjenesten omlag 60 000 kroner per student per år for praksis og klinisk undervisning ved seks års studium. Dersom praksisen og den kliniske undervisningen skal gjennomføres på tre år, blir den årlige kostnaden per student 120 000 kroner.

Estimatet er basert på beregninger som ble gjort i forbindelse med studentutvidelsen i 1998 (Hesthamar, et al., 1998). Da ble det gjort en nøye beregning av undervisningssykehusenes personalkostnader knyttet til medisinstudenter, som la grunnlaget for funksjonstilskuddet for hver student i det kliniske studiet.[22] Personalkostnadene inkluderer da både undervisningsstillinger og basisbemanning som er nødvendig for å ivareta behovet som følger med undervisningen.

5.2.2 Investering i infrastruktur

Investeringene i infrastruktur gjenspeiler hva det vil koste å utvide kapasiteten for å ta imot flere medisinstudenter. Det er behov for arealer spesielt til undervisning, men behovet vil i noen grad være avhengig av undervisningsopplegget. I tillegg kommer for eksempel undersøkelsesrom (fordi undersøkelser sammen med studenter tar lengre tid) og kontorplasser til ansatte. En medisinstudent medfører et økt arealbehov for spesialisthelsetjenesten og dermed økte FDV-kostnader.

[22] Funksjonstilskuddet er nå er en del av basisbevilgningen/-rammen til foretakene. En økning i studenttall vil ikke automatisk gi en økningen av rammen til foretakene.

Vårt estimat er at det totale investeringsbehovet ved en utvidelse på 3 000 studenter er 678 millioner kroner.

Anslaget er beregnet på kartleggingen av kostnadene forbundet med undervisning ved kliniske sykehusavdelinger (Hesthamar, et al., 1998). I rapporten er det lagt til grunn at investeringen i infrastruktur er det ekstra arealet som er nødvendig for at en student skal ha klinisk undervisning ved sykehuset. Arealbehovet er estimert til 35 kvm per student (da inngår arealer til studenter, men også arealet som er nødvendig for det økte antallet ansatte i helseforetaket), og kvadratmeterprisen er estimert til 50 000 kroner, justert for inflasjon.

Med 388 samtidige studenter, blir investeringsbehovet i spesialisthelsetjenesten 678 millioner kroner. Dette er gitt en optimal fordeling av studenter over tid. Det vil antagelig være slik at spesialisthelsetjenesten må dimensjonere for et noe høyere antall studenter enn i dette optimale tilfellet, men vi har likevel lagt dette tallet til grunn, siden vi ikke har mer presise data om antall samtidige studenter i spesialisthelsetjenesten.

Et samlet investeringsbehov på 678 millioner kroner som følge av en studentutvidelse med 3 000 studenter, tilsier en årskostnad per student på 5 600 kroner, når vi legger til grunn at bygget har en levetid på 40 år.

5.2.3 FDV-kostnader

Anslaget vårt for årlige FDV-kostnader per student er omlag 4 500 kroner. Estimatet er basert på beregninger fra studentutvidelsen i 1998 (Hesthamar, et al., 1998). Vi har lagt til grunn at FDV-kostnader i sykehusanlegg beløper seg anslagsvis til 1 000 kroner per kvadratmeter i året og at arealbehovet for en student er rundt 35 kvadratmeter.

5.3 Primærhelsetjenesten

Det totale kostnadsestimatet per student for primærhelsetjenesten er 23 000 kroner i året, med et intervall på 15 000-30 000 kroner. Tabell 5-6 gir en oppsummering av kostnadene knyttet til den delen av medisinstudiet som skjer i primærhelsetjenesten. Som det fremgår har vi her ikke data som gjør det mulig å dele opp kostnaden i personalkostnad, arealkostnader og annet. Siden kostnaden som påløper i primærhelsetjenesten uansett er en svært begrenset del av totalkostnaden ved medisinstudiet, anser vi dette for et tilstrekkelig detaljnivå.

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra primærhelsetjenesten til Grimstad-utvalget forutsetter vi at det er mulig å utvide kapasiteten uten at det inntreffer særskilte engangskostnader, det vil si at kostnaden per student videreføres på dagens nivå.

Tabell 5-6: Årlige kostnader per student for primærhelsetjenesten

Kostnadsart	Kostnad	Intervall
Personal, administrasjon, reise, losji, lokaler	23 000	15 000-30 000
Total	23 000	15 000-30 000

Beregninger: Oslo Economics

5.3.1 Personal- og administrasjonskostnader mm.

Det er universitetene selv som må dekke utgiftene til praksis og klinisk undervisning i primærhelsetjenesten. Kostnadene som må dekkes er personalkostnader til legeressursene som blant annet gir studentene klinisk undervisning og praktisk erfaring med pasientmøter.

Vårt estimat er at kostnaden i gjennomsnitt er rundt 2 500 kroner per student per dag. Estimatet på 2 500 kroner inkluderer også kostnader for reise, kost og losji for studentene under praksisoppholdet. Dette er kostnader som universitetene er pålagt å dekke for studentene. Dette gir en årlig gjennomsnittlig årskostnad på 23 000 kroner per student, der vi har lagt til grunn at studenter er i

primærhelsetjenesten om lag 55 dager i løpet av studietiden. Dette fordeler seg på 10 uker praksis og 1 uke klinisk undervisning.

I dagens situasjon er de fleste studentene antagelig betydelig mindre enn 11 uker i primærhelsetjenesten, men vi har lagt til grunn det nivået av praksis og klinisk undervisning som forventes noen år frem i tid, i henhold til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

5.4 Lånekassen

Tabell 5-7 gir en oppsummering av kostnadene knyttet til basisstøtte og støtte til skolepenger til medisinstudentene. Kostnadene reflekterer skattefinansieringskostnaden til stipend og lån, mens overføringer viser beløpet som studentene mottar. Dette blir ytterligere redegjort i det følgende.

Tabell 5-7: Årlige overføringer og kostnader per student (NOK)

Kostnadsart	Kostnad	Overføring
Basisstøtte Norge	13 085	108 250
Basisstøtte utland	14 067	116 369
Skolepenger utland	10 425	71 000

Beregninger: Oslo Economics

5.4.1 Studiestøtte

Som medisinstudent har du rett på lån og stipend fra Lånekassen. Studenter som studerer medisin i Norge har rett på basisstøtte, mens studenter som studerer i utlandet i tillegg har rett på skolepenger og språkstipend.

I analysen er det viktig å skille mellom stipend og lån, og hva som er en overføring og hva som er en samfunnsøkonomisk kostnad. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er nemlig store deler av studiestøtten en overføring fra skattebetalerne til studenter, og utgjør ikke en samfunnsøkonomisk kostnad. Vi har definert kostnaden ved studiestøtten inn i tre overordnede kategorier:

- Skattefinansieringskostnaden av stipendandelen som finansieres gjennom allmenn beskatning.
- Skattefinansieringskostnaden av utsatte renter i løpet av studieforløpet som må dekkes gjennom allmenn beskatning.
- Administrasjonskostnadene til Lånekassen tilknyttet studiestøtten med tilhørende skattefinansieringskostnader.

Vi har modellert låneandelen av studiefinansieringen som følger: studiestøtten finansieres gjennom opptak av statsgjeld. Differansen mellom statens innlånskostnader og statens utlånskostnader vil over lånets løpetid dekke statens risikojusterte lån til studentene. Utstedelse av studielånsandelen en ikke en samfunnsøkonomisk kostnad, men en overføring mellom tidsperioder, der staten opererer som en profittnøytral aktør.

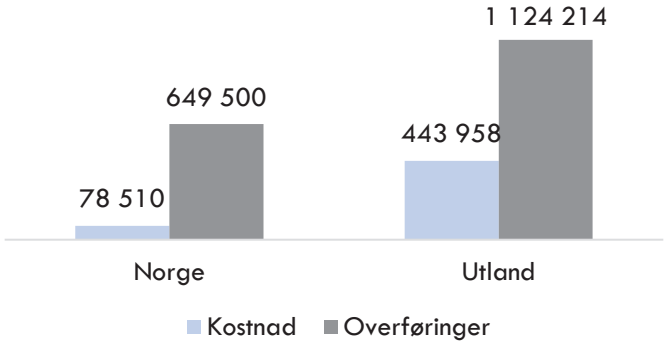
I vår modell er det kostnader knyttet til utsatte renter i løpet av selve studietiden. Det skyldes at studenter ikke betaler renter på studielånet før de fullfører studiet. Hvis vi antar at et studielån finansieres ved å utstede et statspapir med tilsvarende løpetid, vil staten betale en årlig kupong på statsgjelden frem til studenten begynner på sin nedbetalingsplan – typisk 6-8 år. De utsatte rentene må betales til eierne av statsgjelden og finansieres gjennom allmenn beskatning. Kostnaden for låneandelen er derfor skattefinansieringskostnaden på statsgjeldskupongen.

Den totale overføringen/studiesubsidien til studentene er derimot vesentlig større. Det skyldes at markedsrenten for studielån er høyere enn Lånekassens utlånsrenter. Differansen mellom markedets utlånsrente til studier og Lånekassens utlånsrente er en «usynlig» subsidie. I prinsippet vil en subsidie i et

velfungerende, kompetitivt marked gi et effektivitetstap på lik linje med skatt. Forskjellen er at en skatt reduserer verdiskapende produksjon, mens subsidier gir en overproduksjon. Vi har derimot ikke definert dette som en kostnad i vår analyse. Det skyldes at utdanning kan ha vesentlige positive eksternaliteter, slik at subsidiet kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Vi har videre ikke dekning for å påstå at det er en overproduksjon av utdannelse i Norge.

Vårt samlede anslag på overføringene tilknyttet studiestøtte og kostnadene ved studiestøtte kan ses av Figur 5-3 under:

Figur 5-3: Samlede overføringer til medisinstudentene over seks år (NOK).



Beregninger: Oslo Economics

De mørkegrå søylene viser de totale overføringene til medisinstudentene, og de lyseblå søylene viser den samfunnsøkonomiske kostnaden av overføringene. Som Figur 5-3 viser er kostnadene for samfunnet vesentlig lavere enn selve overføringen. Kostnadene for en student er skattefinansieringskostnadene av stipendandelen og de utsatte rentene på låneandelen. De samme kostnadene påløper for en student i utlandet, i tillegg til skattefinansieringen av stipendandelen som betales som skolepenger til utenlandske institusjoner.

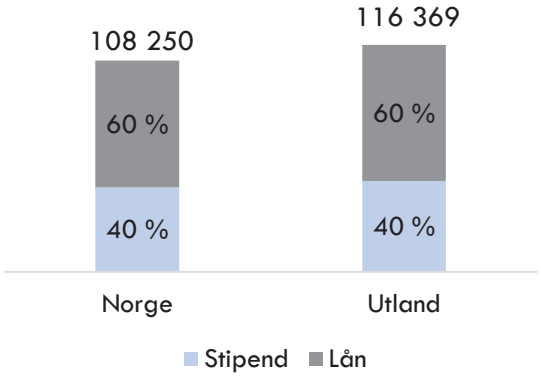
I det videre går vi gjennom hver komponent i studiestøtten og våre estimater.

5.4.2 Basisstøtte

Medisinstudenter som studerer i Norge kan motta inntil 108 250 kroner i 2018/2019. Av dette kan 40 prosent bli om gjort til stipend. Dermed får studentene 43 300 kroner som de ikke må tilbakebetale, og resterende 64 950 kroner blir gitt som lån.

Medisinstudenter som studerer i utlandet kan motta inntil 116 369 kroner i 2018/2019, og har samme stipendandel. Av den totale basisstøtten kan 46 548 kroner bli gjort om til stipend og de resterende 69 821 kronene må tilbakebetales som lån.

Figur 5-4: Årlig basisstøtte til medisinstudenter (NOK)

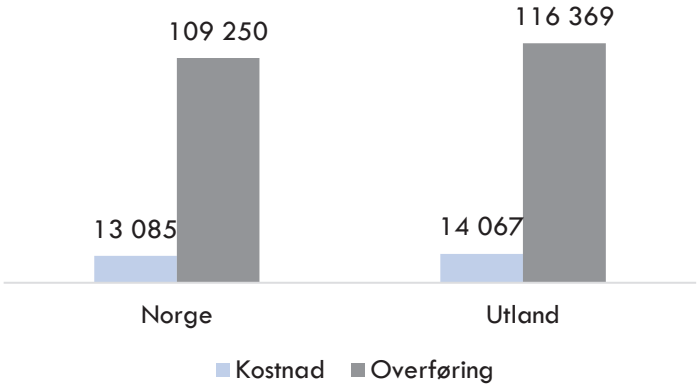


Kilde: Lånekassen

Kostnaden ved basisstøtte

Den reelle kostnaden av basisstøtten er skattefinansieringskostnaden av stipendandelen og de utsatte rentene for låneandelen. Den mørkegrå søylen i Figur 5-5 viser den totale basisstøtten som studentene mottar, og den lyseblå søylen viser den reelle kostnaden ved overføringen.

Figur 5-5: Kostnader ved basisstøtte (NOK)

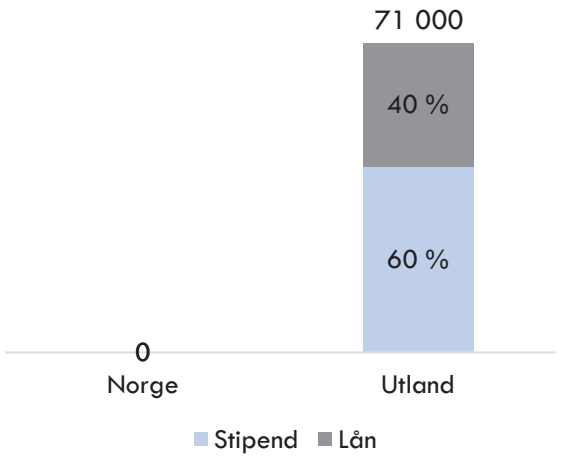


Kilde: Lånekassen

5.4.3 Skolepenger

Fra Lånekassen har vi mottatt en oversikt over skolepengestøtte som ble tildelt studenter i land med flest norske studenter. Det ble i gjennomsnitt tildelt 71 000 kr per student per år. Av dette er i gjennomsnitt 60 prosent stipend og 40 prosent lån. Det blir henholdsvis 42 500 kr i stipend og 28 300 kr i lån for å betale skolepenger.

Figur 5-6: Årlig støtte til skolepenger (NOK)



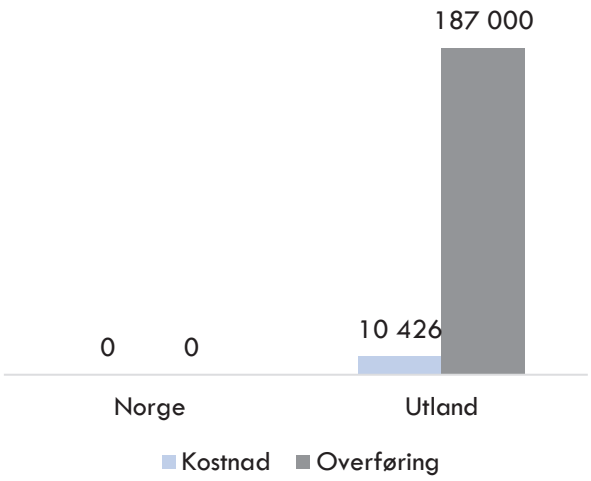
Kilde: Lånekassen

For lange profesjonsutdanninger i utlandet, som for eksempel medisinstudiet, som ikke er delt i bachelor- og mastergrad, gir Lånekassen skolepengene etter reglene for bachelorstudenter i de tre første årene av studiet. Det vil si at de kan få omgjort 50 prosent av skolepengene til stipend. Fra og med fjerde år i studiet, blir støtten gitt etter reglene for mastergrad som betyr at stipendandelen som kan oppnås øker til 70 prosent. Vi legger til grunn at medisinstudentene i utlandet studerer i seks år (normert studietid), og basert på det beregner vi et gjennomsnitt for stipendandelen som blir 60 prosent.

Kostnaden ved skolepenger

Den samfunnsøkonomiske kostnaden av skolepengene er skattefinansieringskostnaden av stipendandelen og de utsatte rentene for låneandelen. I Figur 5-7 viser den mørke søylen den totale overføringen for skolepenger, mens det lyseblå feltet viser kostnadene ved skolepengene.

Figur 5-7: Kostnader ved skolepenger (NOK)



Personal- og administrasjonskostnader

Ifølge Lånekassen er det høyere kostnader knyttet til saksbehandling av en medisinstudent i utlandet. Totalt er det beregnet et tillegg på 90 minutter gjennom hele studieforløpet til en medisinstudent i utlandet i forhold til en medisinstudent i Norge.

Søknader om stipend og lån fra studenter ved norske læresteder behandles i stor grad maskinelt fordi Lånekassen har tilgang på data som gjør at de har maskinelle rutiner for å sjekke opptak ved læresteder, eksamensresultater mv. Slik type datafangst har Lånekassen ikke fra læresteder i utlandet noe som medfører mer manuell saksbehandling av utlandsstudenter. Gjennomsnittlig tidsbruk for en manuell søknad fra en medisinstudent i Norge er estimert til 15 minutter (De som behandles automatisk av saksbehandlingssystemet er ikke inkludert).

For en medisinstudent i utlandet kommer det en del tilleggsaktiviteter som ikke er aktuell for studenter ved norske læresteder. Det gjelder:

- Førstegangsbehandling: sjekk av opptak ved lærested i utlandet (skjer automatisk i Norge).
- Behandling av årlig kontroll: studenter i utlandet må sende inn bekreftelse fra lærestedet årlig som viser faglig progresjon og betalte skolepenger.
- Registrering av eksamensdata: studenter i utlandet må sende inn dokumentasjon på bestått eksamener selv, og dette må registreres i saksbehandlingssystemet (skjer automatisk i Norge).

Våre beregninger tilsier at det koster Lånekassen om lag 80 kroner ekstra per utenlandsstudent per år.

5.5 Levekostnader.

Tabell 5-8 viser våre beregninger for hvilke kostnader for livsopphold en medisinstudent vil ha i måneden i Norge, Øst-Europa, Vest-Europa og Nord-Europa (ekskl. Norge). Basert på hvordan de norske medisinstudentene i utlandet fordeler seg på de ulike regionene, finner vi deretter forskjell i årlig levekostnad mellom en student i Norge og en norsk student i utlandet.

Tabell 5-8: Levekostnader per måned i Norge og andre deler av Europa (NOK)

Kostnad	Norge	Øst-Europa	Nord-Europa	Vest-Europa
Leie av bolig	5 000	2 000	3 750	3 950
Strøm	500	200	370	390
Mat, drikke og dagligvarer	2 900	1 200	2 200	2 300
Klær og sko	730	300	550	580
Telefon og mediebruk	1 000	400	750	790
Personlig pleie	580	230	430	460
Transport	740	300	550	590
Diverse	1 000	400	750	790
Sum alle utgifter	**12 450**	**5 030**	**9 350**	**9 850**

Beregninger: Oslo Economics, tallene er avrundet.

Beregningene er basert på Eurostats indeks for levekostnader, som viser at det er store forskjeller mellom levekostnaden i ulike europeiske land, og SIFOs referansebudsjett for personer mellom 18-19 og 20-50. Som vi ser av Tabell 5-9, vil studenter i Norge ha en relativt høyere levekostnad, mens levekostnaden vil være betydelig lavere i spesielt øst- og sentraleuropeiske land.

Tabell 5-9: Indeks for levekostnader

Område	Prisindeks
Norge	100
Øst-Europa	40
Nord-Europa[23]	75
Vest-Europa	79
Gjennomsnitt (ekskl. Norge)	65

Kilde: (Eurostat, 2018)

Ettersom det variasjon i levekostnadsnivået innad i områdene er det inkludert en oversikt over de mest populære studiestedene. De siste fem årene er det Polen, Ungarn, Slovakia og Danmark som har hatt flest medisinstudenter fra Norge. Tabell 5-10 viser at det er noe variasjon mellom de øst-europeiske landene Polen, Ungarn og Slovakia, men at den samlede indeksen for Øst-Europa på 40 gir en relativt riktig indikasjon på levekostnadsnivået. Danmark skiller seg relativt mer ut fra området Nord-Europa. Dette forklares med at landene Estland, Latvia og Litauen er inkludert i Nord-Europa, og disse landene trekker gjennomsnittet ned.

Tabell 5-10: Indeks for levekostnader, utvalgte land

Land	Prisindeks
Norge	100
Polen	38
Ungarn	42
Slovakia	47
Danmark	93

Kilde: (Eurostat, 2018)

Vi har vektet levekostnaden i de ulike regionene med andelen av norske medisinstudenter i utlandet som studerer i de gjeldende regionene. Da fremkommer en gjennomsnittlig levekostnadsindeks på 48 for de norske utenlandsstudentene. Dette tallet benyttes da til å beregne at levekostnaden per måned for utenlandsstudentene i snitt er 6 000 kroner, mens levekostnaden i Norge er 12 500 kroner. Omregnet til helår blir beløpene rundt 70 000 og 150 000 kroner per student.

5.6 Skattefinansieringskostnader

For alle kostnader som bæres av staten gjennom statsbudsjettet, skal det ifølge rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser beregnes en skattefinansieringskostnad på 20 prosent. Vi har beregnet denne kostnaden på alle kostnader som treffer universiteter og spesialisthelsetjenesten, hvilket også inkluderer kostnadene i primærhelsetjenesten, siden disse finansieres av universitetene. Lånekassens kostnader er allerede representert som skattefinansieringskostnader (siden selve stønaden er å regne som overføring, ikke kostnad), så her regnes ikke skattefinansieringskostnad en gang til. Levekostnadene for studentene er en kostnad som ikke finansieres over statlige budsjetter, så her regnes heller ikke skattefinansieringskostnad.

[23] Estland, Latvia og Litauen er inkludert i denne gruppen, men har et prisnivå som er omtrent halvparten av de resterende nord-europeiske landene. Resultatet er at de trekker snittet betydelig ned.

6. Resultater kostnadsanalyse

Vi har gjennomført en kostnadsanalyse for å analysere de prissatte virkningene som følger av at de ulike alternativene realiseres. Med kostnader menes her samfunnsøkonomiske kostnader, ikke budsjettmessige virkninger. Som følge av usikre forutsetninger og datamateriale gjennomfører vi en rekke følsomhetsanalyser for å vurdere hvor robust resultatet av analysen er.

6.1 Forutsetninger for analysen av de prissatte virkningene

Sentrale forutsetninger som ligger til grunn for analysen av de prissatte virkningene er oppsummert i Figur 6-1.

Tabell 6-1: Forutsetninger i analysen av prissatte virkninger

Forutsetning	Parametere
Analysetidspunkt	2019
Analyseperiode	2025-2067
Kalkulasjonsrente	4 %
Prisnivå	2018
Realprisjustering*	0,8 %
Skattefinansieringskostnad	20 %
Lånekasserenten	2,3 %

* **Finansdepartementets perspektivmelding fra 2017: vekst i BNP per innbygger.**

Priser og prisutvikling

Alle prissatte nytte- og kostnadsvirkninger oppgis i 2018-kroner ekskl. mva. Som hovedregel holdes alle priser reelt uendret gjennom analyseperioden i kostnadsvirkningsanalysen. Verdien av tid i arbeid forventes å ha en sterkere utvikling enn den generelle prisstigningen, og skal ifølge Finansdepartementets rundskriv R-109/14 prisjusteres med forventet vekst i BNP per innbygger.

Kalkulasjonsrente

For å kunne sammenligne prissatte kostnader som oppstår på ulike tidspunkt i analyseperioden benyttes en diskonteringsrente. Dette muliggjør at verdien av fremtidige kostnader omregnes til verdien i et gitt år, som her er 2018. For alle kostnadselementer som påløper i analyseperioden benyttes en kalkulasjonsrente på 4 prosent, i tråd med Finansdepartementets rundskriv R-109.

Analyseperiode

Analyseperioden for Alternativ 1 og 2 er satt til å begynne i 2025 og vare frem til og med 40 år etter at investeringene gjennomføres. Investeringene antas å være ferdigstilt tre år etter start, altså ved utgangen av år 2027. Analyseperioden løper derfor til og med 2067. Det kan tenkes at det er mulig å realisere tiltaket noe tidligere, ved en snarlig beslutning og rask tidligfasegjennomføring for byggeprosjektet.

Studentene fases gradvis inn (over seks år i alternativ 1 og tre år i alternativ 2) ved ferdigstilt byggeprosjekt.

Selv om analyseperioden begynner i 2025, er 2019 benyttet som henføringsår, det vil si at alle nåverdier er beregnet tilbake til 2019.

Realprisjustering av personalkostnadene

Personalkostnadene realprisjusteres med forventet vekst i BNP per innbygger på 0,8 prosent årlig, i tråd med Finansdepartementets rundskriv R-109/14 og Perspektivmeldingen for 2017 (Finansdepartementet, 2017). Forventet vekst i BNP per innbygger ble nedjustert fra 1,3 prosent til 0,8 prosent i Perspektivmeldingen 2017.

Lånekasserenten[24]

Utgangspunktet for beregning av renter på lån i Lånekassen er basisrenten inkludert et fastsatt fratrekk fra basisrenten.

Basisrenten blir fastsatt på grunnlag av et gjennomsnitt av de fem beste tilbudene om boliglån (effektiv rente) i markedet (hentet fra Finansportalen). Fra basisrenten blir det trukket 0,15 prosentpoeng. Dette beregningsgrunnlaget gjelder både flytende og fast rente i Lånekassen og fastsettes seks ganger i året.

6.2 Resultater av prissatte effekter

Resultatet fra analysen av de prissatte kostnadene er vist som henholdsvis alternativenes totale netto nåverdi, se Figur 6-1, og netto nåverdi som differanse fra Nullalternativet, se Figur 6-2.

Fra Figur 6-1 fremkommer det at Alternativ 1 og 2 øker kostnadene knyttet til medisinutdanningen i Norge. Alternativ 1 er det dyreste alternativet, mens kostnadsøkningen for Alternativ 2 er lavere. For både Alternativ 1 og 2 er det universitetene som får den største kostnadsøkningen, etterfulgt av spesialisthelsetjenesten. Samfunnsøkonomiske kostnader viser skattefinansieringen og studentenes levekostnader.

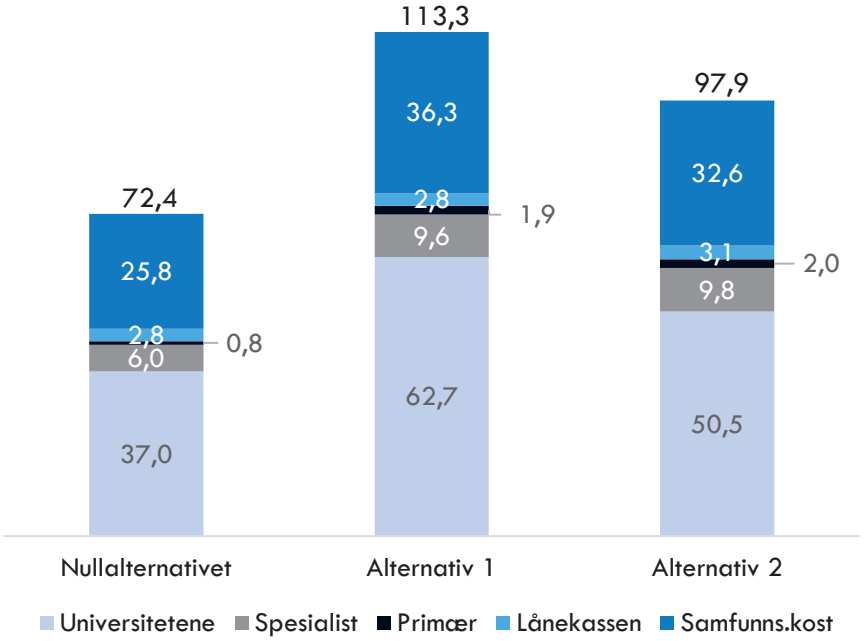
Nullalternativet illustrerer kostnadene for medisinstudiet dersom ingen tiltak blir gjennomført. Nåverdikostnad per studentår for Nullalternativet er 494 000 kroner. Her har vi lagt til grunn at antall studenter de neste 40 årene er det samme som dagens nivå på 3 660 studenter. Dette tilsvarer 146 400 studentår.

Nåverdikostnad per studentår for Alternativ 1 er 425 000 kroner. I dette alternativet utvides kapasiteten med 3 000 fulltidsstudenter. I løpet av 40 år tilsvarer dette 266 400 studentårsverk.

Nåverdikostnad per studentårsverk for Alternativ 2 er 474 000 kroner. I dette alternativet utvides kapasiteten med 1500 studenter for 3-årig klinisk medisin. I løpet av 40 år tilsvarer dette 206 400 studentårsverk.

[24] https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-002/6/5/

Figur 6-1: Netto prissatt kostnad (Milliard NOK, nåverdi)



Beregninger: Oslo Economics

Figur 6-2 viser netto nåverdi som differanse fra Nullalternativet, det vil i dette tilfellet si hvor mye hvert alternativ koster.

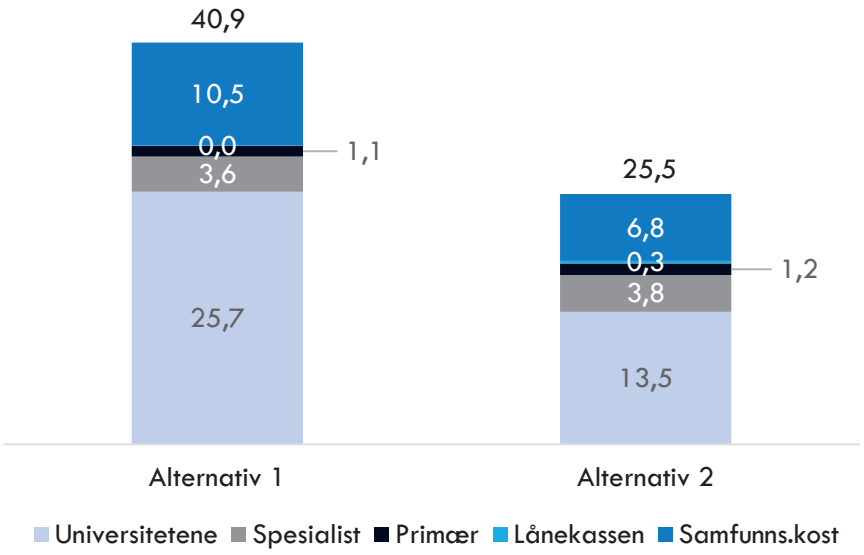
Utvidelsen på 500 medisinstudentplasser, enten om det er fulltidsstudenter eller 3-årig klinisk utdanning, vil resultere i 20 000 helt eller delvis nye norskutdannede leger i analyseperioden.

Alternativ 1 viser at å utvide med 500 fulltidsplasser gir en økt nåverdikostnad på 40,9 milliarder kroner. Dette tilsvarer en økning på rundt 55 prosent fra Nullalternativet. Dette er hva det koster å gi 20 000 nye leger hele utdanningen ved norske universiteter. Kostnaden per nye (fullt ut) norskutdannede lege blir i dette alternativet i overkant av 2,0 millioner kroner.

Alternativ 2 viser at det er noe lavere kostnader knyttet til å utvide med 500 studieplasser for 3-årig klinisk undervisning. Det vil gi en økt nåverdikostnad på 28,1 milliarder kroner. Dette tilsvarer en økning på om lag 35 prosent fra Nullalternativet. Dette er hva det koster å gi 20 000 nye leger en klinisk påbyggings-utdanning ved norske universiteter. Kostnaden per nye (delvis) norskutdannede lege, blir i alternativ 2 knapt 1,3 millioner kroner. Kostnaden for Alternativ 2 er lavere ettersom medisinstudentene tar halvparten av utdannelsen i utlandet, og fordi kapasitetsbehovet på universitet er vesentlig lavere.

I begge de to alternativene vil det fortsatt være et betydelig volum av norske medisinstudenter i utlandet (forutsatt til 50 prosent av dagens nivå). Det betyr at kostnaden ikke bare dekker det å flytte utenlandsstudenter til Norge, men også et samlet økt volum av utdannede norske medisinere.

Figur 6-2: Differanse fra Nullalternativet (Milliard NOK, nåverdi)



Beregninger: Oslo Economics

6.3 Usikkerhet i kostnadsberegningene

Det knytter seg stor usikkerhet til resultatene av våre beregninger. Innenfor rammen av prosjektet har det i liten grad vært rom for å innhente nye primærdata, og eksisterende data bærer preg av å være ufullstendige og preget av betydelig usikkerhet. Dette gjelder både for personal- og investeringskostnader, som begge er betydelige kostnadsdrivere. Det knytter seg også usikkerhet til virkningen av tiltaket, særlig når det gjelder i hvilken grad tiltaket vil redusere antallet norske medisinstudenter i utlandet. Tiltaket kan dessuten implementeres på ulike måter, med ulike spredning av studieplassene over eksisterende læresteder, eller opprettelse av et nytt lærested.

Vi har indikert omfang på usikkerhet med noen kostnadsintervaller for de fleste kostnadsartene. Videre viser vi i neste kapittel hvordan endring av enkelte forutsetning slår ut på nettonåverdi-beregningene, i såkalte følsomhetsanalyser.

6.4 Følsomhetsanalyser

Følsomhetsanalyser utarbeides for å vurdere hvor robust analysen er for endring i forutsetningene. Ofte vil det være usikre forutsetninger, og da er det nyttig å se hvordan lønnsomheten i tiltakene endrer seg når man endrer forutsetninger. Det er særlig viktig å gjennomføre følsomhetsanalyser for forutsetninger det er stor usikkerhet knyttet til.

Vi har i denne utredningen gjennomført tre følsomhetsanalyser:

- Ulike forutsetninger for antall utenlandsstudenter
- Ulike forutsetninger for personalkostnader universitet
- Ulike forutsetninger for areal per student

6.4.1 Følsomhetsanalyse antall utenlandsstudenter

I basisscenarioet over har vi lagt til grunn at antall norske medisinstudenter i utlandet halveres når studietilbudet i Norge økes. Dette er en svært usikker forutsetning. Det kan også tenkes at det ikke vil være noen nordmenn som studerer medisin i utlandet etter at tiltaket gjennomføres (unntatt dem som tar de første tre årene i utlandet i alternativ 2), og det kan tenkes at tiltaket ikke får noen påvirkning på antallet norske medisinstudenter i utlandet.

Antall norske medisinstudenter i utlandet påvirker kostnadene gjennom studiestøtte og levekostnader. Jo flere studenter som fortsetter å studere i utlandet, desto høyere blir kostnadene til studiestøtte og levekostnader. Det er viktig å merke seg at flere studenter i utlandet også har en mulig nytteside, dersom det er behov for disse medisinstudentene i det norske arbeidsmarkedet.

Tabell 6-2 Følsomhetsanalyse utenlandsstudenter

Nettonåverdi sammenlignet med nullalternativet, milliarder NOK	0 prosent reduksjon i utenlandsstudenter	50 prosent reduksjon i utenlandsstudenter	100 prosent reduksjon i utenlandsstudenter
Alt. 1: Fullt studium over seks år	43	41	39
Alt. 2: Klinisk studium over tre år	27	25	23

Beregninger: Oslo Economics

Vi ser at forskjellen i kostnad er om lag 4 milliarder kroner i begge alternativene, mellom en situasjon etter innføring av tiltaket der det ikke lenger er noen nordmenn som studerer medisin i utlandet og en situasjon der det er like mange nordmenn som studerer i utlandet som i dag.

6.4.2 Følsomhetsanalyse personalkostnad universitetene

I basisscenarioet vi har beregnet kostnader for, har vi lagt til grunn kun den delen av personalkostnadene ved universitetene som knytter seg til undervisning, det vil si at vi ikke har tatt med kostnadene som knytter seg til forskning. Samtidig er det slik at universitetene, slik undervisningen er organisert i dag (forskningsbasert undervisning), også må betale for den tiden som undervisningspersonellet benytter på forskning (og formidling og annet). Det er altså ikke mulig å øke antall studenter og bare betale for undervisningstimene, men det der likevel den kostnaden vi har lagt inn, fordi vi argumenterer for at det er den reelle samfunnsøkonomiske kostnaden ved undervisningen.

Det vil også være en fullt rimelig tolkning å legge til grunn at forskning (og formidling og annet) en er en nødvendig betingelse for undervisningen, og at denne kostnaden også bør inkluderes. Derfor viser vi her hvordan en slik endring i forutsetningene endrer nettonåverdien for de alternative tiltakene.

Tabell 6-3 Følsomhetsanalyse personalkostnader universitet

Nettonåverdi sammenlignet med nullalternativet, milliarder NOK	Personalkostnader inkluderer forskning, formidling og annet	Personalkostnader inkluderer forskning	Personalkostnader ekskluderer forskning
Alt. 1: Fullt studium over seks år	53	50	41
Alt. 2: Klinisk studium over tre år	32	30	25

Beregninger: Oslo Economics

Personalkostnadene ved universitetene utgjør en stor del av kostnaden ved tiltaket, og endring av denne forutsetningen får derfor stor innflytelse på nettonåverdien. Dersom hele undervisningskostnaden tas med, øker det kostnaden ved tiltakene med om lag 12 milliarder kroner for alternativ 1 og om lag 7 milliarder kroner for alternativ 2. Det er viktig å merke seg at forskningen som produseres vil ha en nyttevirkning for samfunnet.

6.4.3 Følsomhetsanalyse arealbehov studenter

I basisscenariet har vi lagt til grunn at det er behov for 35 kvadratmeter areal for hver student både på universitet og i spesialisthelsetjenesten. Dette arealbehovet bidrar til å definere investeringskostnad og FDV-kostnad i de to alternativene. Det knytter seg betydelig usikkerhet til forutsetningen, da det ikke er bygget noen bygg som er direkte relevante i senere tid. Ved en følsomhetsanalyse kan vi vise hvor stort utslaget på lønnsomheten blir ved å endre denne forutsetningen.

Vi har valgt å beregne nettonåverdier ved et areal per student på henholdsvis 25 kvadratmeter og 40 kvadratmeter. Dette gjelder for både universitet og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6-4 Følsomhetsanalyse arealbehov

Nettonåverdi sammenlignet med nullalternativet, milliarder NOK	40 kvadratmeter per student	35 kvadratmeter per student	25 kvadratmeter per student
Alt. 1: Fullt studium over seks år	42	41	38
Alt. 2: Klinisk studium over tre år	26	25	24

Beregninger: Oslo Economics

Vi ser at en arealøkning per student fra 25 til 40 kvadratmeter gir en økt kostnad for alternativ 1 på om lag 4 milliarder kroner og en økt kostnad for alternativ 2 på om lag 2 milliarder kroner.

Dersom universitetet tilpasser sitt areal til det faktum at en andel av studentene til enhver tid er ute i spesialist- eller primærhelsetjenesten, vil det kunne medføre en tilsvarende kostnadsnedgang for alternativ 1 som en nedgang fra 35 til i underkant av 30 kvadratmeter per student, det vil si om lag 1,5 milliarder kroner. Tilsvarende for alternativ 2 vil dette kunne medføre en reduksjon ned til knapt 25 kvadratmeter per student, og en kostnadsreduksjon på nesten 2 milliarder kroner.

7. Budsjettmessige konsekvenser

Vi har gjennomført en analyse av budsjettmessige konsekvenser for de berørte aktørene. Dette innebærer at vi indentifiserer de ulike utgiftsvirkningene hvert tiltak fører med seg og når utgiftene inntreffer. Dette innebærer at anslagene ikke lenger er neddiskontert til netto nåverdier, og at skattefinansieringskostnadene er utelatt. Vi har benyttet 2018-tall i disse oppstillingene, slik at inflasjon ikke er hensyntatt. Som i den samfunnsøkonomiske analysen har vi lagt til grunn at investeringer i infrastruktur skjer i 2025, 2026 og 2027, mens første driftsår er i 2028.

7.1 Statsbudsjettet

Vi legger til grunn at staten vil bevilge midler til investeringen i nybygg og brukerutstyr for de norske universitetene, som tilbakebetales av universitetene gjennom en kostnadsdekkende husleie til Statsbygg. Kostnadsdekkende leie er beregnet som en annuitet over 40 år med et 4 prosent reelt avkastningskrav. Staten bærer slik sett ikke kostnader for byggeinvesteringen, men bistår universitetene med likviditet.

Som følge av at de norske universitetene får en økt studentmasse vil både basis- og resultatbasert bevilgning øke. De årlige bevilgningene til universitetene vil med dagens satser være 444 550 kroner per student i året, se kapittel 2.5.

Staten overfører også midler til Lånekassen og endringer i antall norske studenter og utenlandske studenter vil påvirke overføringene til Lånekassen.

Tabell 7-1 viser de budsjettmessige konsekvensene for staten i alternativ 1, der man ser at den årlige netto økningen i overføringer til universitetene blir på om lag 944 millioner kroner.

Tabell 7-1: Budsjettmessige virkninger for staten i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Investeringsutgifter	- 2 859	- 2 859	- 2 859	0
Driftsbevilgninger til universitetene	0	0	0	- 1 334
Overføring til Lånekassen	0	0	0	- 44
Husleieinntekter	0	0	0	433
Netto budsjettmessig konsekvens	**- 2 859**	**- 2 859**	**- 2 859**	**- 944**

Kilde: Oslo Economics

Tabell 7-2 viser vi de budsjettmessige konsekvensene for Alternativ 2.

Tabell 7-2: Budsjettmessige virkninger for staten i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Investeringsutgifter	- 1 429	- 1 429	- 1 429	0
Driftsbevilgninger til universitetene	0	0	0	- 667
Overføring til Lånekassen	0	0	0	- 22
Husleie fra universitetene	0	0	0	217
Netto budsjettmessig konsekvens	**- 1 429**	**- 1 429**	**- 1 429**	**- 472**

Kilde: Oslo Economics

7.2 Universitetene

Universitetene får økte inntekter gjennom basis- og resultatbasert bevilgning, samtidig får universitetene utgifter knyttet til FDV, personell og økte utgifter til primærhelsetjenesten. Vi forutsetter at universitetene i driftsårene må betale en kostnadsdekkende leie for investering i bygg til staten, som forklart over. Samlet vil universitetene ha en budsjettmessig underdekning på henholdsvis 377 og 188 millioner kroner i Alternativ 1 og 2.

Vi har her kun lagt til den delen av personalkostnadene som dekker undervisning, ikke kostnader som dekker forskning og utvikling, formidling og annet. Som tidligere nevnt vil også denne kostnaden måtte dekkes av universitetene slik systemet i dag er innrettet, men det må kunne antas at det da også vil følge inntekter med knyttet til både forskning og formidling.

Tabell 7-3 viser de budsjettmessige konsekvensene for universitetene, der vi også har merket hvilke overføringer som går til staten og til primærhelsetjenesten.

Tabell 7-3: Budsjettmessige konsekvenser for universitetene i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
FDV-utgifter	0	0	0	-105
Personalutgifter	0	0	0	-1 127
Utgifter primærhelsetjenesten	0	0	0	-45
Kostnadsdekkende husleie	0	0	0	-433
Basis og resultatbevilgninger	0	0	0	1 334
Netto budsjettmessig konsekvens	**0**	**0**	**0**	**-377**
Overføring til staten	*0*	*0*	*0*	*-433*
Overføring til primærhelsetjenesten	*0*	*0*	*0*	*-45*

Kilde: Oslo Economics. Merk at investeringskostnadene er null fordi vi legger til grunn at staten vil bevilge midler til investeringen i nybygg og brukerutstyr for de norske universitetene, som tilbakebetales av universitetene gjennom en kostnadsdekkende husleie til Statsbygg.

Tabell 7-4 viser de budsjettmessige konsekvensene for universitetene i Alternativ 2.

Tabell 7-4: Budsjettmessige konsekvenser for universitetene i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
FDV-utgifter	0	0	0	- 53
Personalutgifter	0	0	0	- 564
Utgifter primærhelsetjenesten	0	0	0	- 23
Kostnadsdekkende husleie	0	0	0	- 217
Basis og resultatbevilgninger	0	0	0	667
Netto budsjettmessig konsekvens	**0**	**0**	**0**	**-189**
Overføring til staten	*0*	*0*	*0*	*-217*
Overføring til primærhelsetjenesten	*0*	*0*	*0*	*-23*

Kilde: Oslo Economics. Merk at investeringskostnadene er null fordi vi legger til grunn at staten vil bevilge midler til investeringen i nybygg og brukerutstyr for de norske universitetene, som tilbakebetales av universitetene gjennom en kostnadsdekkende husleie til Statsbygg.

7.3 Spesialisthelsetjenesten

Helseforetakene vil ikke automatisk motta midler fra staten og må dekke økte investeringer, FDV og personalutgifter over egne budsjetter. Dette er fordi oppgaven med utdanning av medisinstudenter skal dekkes gjennom helseforetakenes basisbevilgning, og det er ingen automatikk i at denne øker når antall studenter øker.

Vi har forutsatt at Helseforetakene tar opp et lån for å dekke investeringer i infrastruktur og betaler en kostnadsdekkende leie for investeringen, med et avkastningskrav på 4 prosent i hvert driftsår i en periode på 40 år.

Tabell 7-5 viser budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 1.

Tabell 7-5: Budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Investeringsannuitet	0	0	0	- 22
FDV	0	0	0	- 9
Personal	0	0	0	- 300
Netto budsjettmessig konsekvens	**0**	**0**	**0**	**- 331**

Kilde: Oslo Economics.

Tabell 7-6 viser budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 2.

Tabell 7-6: Budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Infrastruktur	0	0	0	- 22
FDV	0	0	0	- 9
Personal	0	0	0	- 300
Netto budsjettmessig konsekvens	**0**	**0**	**0**	**- 331**

Kilde: Oslo Economics

7.4 Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten vil ha økte utgifter på 69 millioner og 34,5 millioner kroner i henholdsvis Alternativ 1 og Alternativ 2. Universitetene vil betale for praksisstudenter i primærhelsetjenesten, som gir en netto budsjettmessig virkning på null for primærhelsetjenesten.

7.5 Lånekassen

Lånekassens årlige overføringer til studenter vil endre seg som følge av tiltakene. I begge alternativer vil antallet studenter i Norge øke, mens studentantallet i utlandet vil synke. Lånekassen får dekket alle økte overføringer av staten og netto budsjettmessig virkning vil være null. Vi har likevel belyst endringen i strømmene til studenter i utlandet og studenter i Norge som følge av tiltakene.

Som man ser av Tabell 7-7, vil tiltaket i Alternativ 1 føre til en liten økning i totale overføringer fra staten på 44 millioner kroner. Det skyldes at økningen i det totale antallet medisinstudenter vil øke overføringene, mer enn den reduksjonen som oppstår som følge av noe færre utenlandsstudenter.

Tabell 7-7: Budsjettmessige konsekvenser for Lånekassen i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Overføringer studenter til i Norge	0	0	0	325
Overføringer studenter til i utlandet	0	0	0	-281
Overføring fra staten	0	0	0	44
Netto budsjettmessig konsekvens	**0**	**0**	**0**	**0**

Kilde: Oslo Economics

Tabell 7-8 viser tilsvarende, de budsjettmessige konsekvensene i Alternativ 2.

Tabell 7-8: Budsjettmessige konsekvenser for Lånekassen i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Overføringer studenter i Norge	0	0	0	162
Overføringer studenter i utlandet	0	0	0	- 140
Overføring fra staten	0	0	0	22
Netto budsjettmessig konsekvens	**0**	**0**	**0**	**0**

Kilde: Oslo Economics

8. Fordelingsvirkninger

Selv om et tiltak totalt sett er samfunnsøkonomisk lønnsomt for samfunnet, kan enkelte grupper komme dårligere ut som følge av tiltaket. Ofte vil enkelte grupper komme godt ut på bekostning av andre grupper. Slike fordelingsvirkninger inngår ikke i en samfunnsøkonomisk analyse, men behandles isolert. I denne analysen har vi identifisert tre fordelingsvirkninger.

Utenlandsstudenter får høyere studiegjeld enn norske medisinstudenter, på tross av vesentlig mindre kostbar utdannelse for det norske samfunnet

Som kostnadsanalysen viser er det vesentlig mer kostbart å utdanne en medisinstudent i Norge enn i utlandet. Vårt estimat tilsier at det koster samfunnet om lag 790 600 kroner mer for en norsk student per år. Samtidig er studiegjelden til utenlandsstudenter innen medisin etter endte studier normalt høyere enn studiegjelden for en norsk student. Våre estimater tilsier at en ferdigutdannet medisinstudent i utlandet har normalt minst 200 000 kroner mer i studiegjeld. Hvis vi antar en rente på 2,3 prosent og en løpetid på 25 år, gir dette en medisinstudent i Norge en total tilbakebetalingskostnad på om lag 517 000 kroner, og en norsk legestudent i utlandet en total tilbakebetalingskostnad på 781 000 kroner.

Kostnaden for utdannelsen til en medisinstudent i Norge betales i stor grad av fellesskapet, mens utenlandsstudenten vil måtte bære en større del av kostnaden selv.

Levekostnadene i utlandet, spesielt i Øst-Europa er riktignok lavere enn i Norge. Utenlandsstudenter kan i større grad leve på studiestøtten, mens en norsk student normalt vil måtte ha alternative inntektskilder under studiene. At utenlandsstudenter velger å ta opp fullt lån ved studier i utlandet kan nok også ha sammenheng med at det kan være krevende å skaffe arbeid for en norsktalende student i utlandet, spesielt i lavkostland.

At norske medisinstudenter i utlandet har høyere gjeld kan føre til valg av mindre gode universiteter

At gjeldbyrden til utenlandsstudenter er større enn studenter i Norge, kan ha samfunnsøkonomisk betydning på sikt, gjennom at norske medisinstudenter velger rimeligere studiealternativer i EØS-området. [25] Studier ved universiteter som er høyt ranket internasjonalt, og som etter sigende ligger i Vest-Europa, vil for eksempel koste mer i form av skolepenger og levekostnader sammenlignet med studier i Øst-Europa. Når en medisinstudent vet at man ikke får en systematisk høyere lønn som lege i Norge som følge av valget om en kostbar medisinutdannelse, så ligger insentivene til rette for at utenlandsstudenter velger en utdannelse basert på kostnaden ved studiet og forventninger om studiegjeld. Utviklingen der færre studerer i Vest-Europa og det samtidig er en sterk vekst av medisinstudenter i Øst-Europa kan antageligvis delvis forklares av denne mekanismen.

Som et alternativ til utvidelser av kapasitet i Norge, eller som et supplement, kunne Norge kjøpt studieplasser i medisin ved utvalgte universiteter der utdannelsen vurderes som god. En slik løsning kunne lempet på fordelingsvirkningen som oppstår som følge av dagens underkapasitet for medisinutdannelse i Norge.

Tiltaket vil være en overføring fra rimeligere utdannelser i utlandet, til UH-sektoren i Norge

Dersom antallet utenlandsstudenter reduseres som følge av tiltaket vil det oppstå to fordelingseffekter i utdanningsmarkedet i EØS. For det første vil tiltaket være en overføring fra mindre kostbare utdannelser i utlandet, til mer kostbare universiteter i Norge som tilbyr profesjonsutdanning. Tiltaket vil under samme forutsetning også være en overføring fra private høgskoler som har samarbeid med utenlandske universiteter og høgskoler, til norske universiteter. Igjen, uten å ta hensyn til en eventuell

[25] Vi har ikke tatt med en slik virkning i den samfunnsøkonomiske analysen, som følge av at vi ikke har sett på og sammenlignet kvalitetsdimensjonen i studietilbudet i Norge og i utlandet.

kvalitetsdimensjon, vil tiltaket lede til en overføring til de fire norske universitetene som tilbyr profesjonsutdanning i medisin.

9. Kostnader ved forsinkelser og strategi for kostnadsreduserende tiltak

9.1 Kostnader ved forsinket inntreden i arbeidslivet og flaskehalser

I den samfunnsøkonomiske analysen har vi ikke medregnet forsinkelseskostnader for å tre inn i arbeidslivet. Med forsinkelseskostnader mener vi det samfunnsøkonomiske tapet som oppstår ved at det kan ta tid å komme inn på medisinstudiet, og kostnadene som oppstår som følge av at det tar tid å komme inn på LIS1.

Årsaken til at forsinkelseskostander ikke er medregnet i den samfunnsøkonomiske analysen, er at tiltak for å utvide medisinstudiet ikke nødvendigvis har en effekt på de eksisterende forsinkelseskostnadene, og dermed vil heller ikke tiltaket nødvendigvis øke eller redusere disse kostnadene. I tillegg er størrelsen på forsinkelseskostnadene svært usikre. Vi har derfor valgt å belyse disse kostnadene i et eget kapittel.

Samtidig viser regneeksemplene våre at forsinkelseskostnader er vesentlige. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv antyder det at tiltak for å redusere forsinkelseskostnader har potensial for vesentlige samfunnsøkonomiske gevinster. Hvis tiltaket påvirker omfanget av forsinkelseskostnader, bør det derfor tas inn i den samlede vurderingen av tiltaket.

Forsinkelseskostnader oppstår gjennom tre ulike kanaler

Det er tre årsaker til forsinkelseskostnader:

- Studenter legger beslag på ressurser i årene de bruker på å kvalifisere seg til medisinstudiet
- Studenter får forsinket ferdigstillelsen av medisinutdannelsen, og står derfor kortere i arbeid
- Uteksaminerte er i mindre verdiskapende arbeid mens de venter på ansettelse som LIS1

Disse tre årsakene diskuteres nedenfor.

Anslagsvis halvparten av ferdigutdannede leger påbegynner ikke medisinstudiet før to-tre år etter videregående skole. Hvert år/semester tas 50 prosent av studentene opp på bakgrunn av primærvitnemål. De resterende 50 prosentene er nødt til å samle opp studiepoeng i andre studier og alderspoeng for å komme inn på medisinstudiet på bakgrunn av sekundærvitnemålet. En vesentlig andel av medisinstudentene som studerer i utlandet har også først forsøkt å komme inn på medisinstudiet ved norske universiteter. Kostnaden ved forsinkelsen er knyttet til bruk av ressurser i UH-sektoren når disse studentene studerer andre poenggivende fag som ikke gir samfunnsnytte, samt opptak av studielån og stipend.

Studentmassen som startet på medisinstudiet først to-tre år etter videregående skole kommer senere ut i arbeidslivet enn de ellers ville ha gjort, og arbeider derfor som leger kortere enn medisinere som startet karrieren tidligere i livsløpet. At disse individene trer inn i arbeidslivet på et senere tidspunkt, og følgelig er i arbeidslivet en mindre andel av livsløpet, fører til et verdiskapingstap for samfunnet.

Kapasiteten ved LIS1 er mindre enn etterspørselen, og de autoriserte legene som ikke kommer inn på første forsøk må på grunn av gjeldende regelverk avvente å jobbe som leger inntil de kommer inn på LIS1. Individene vil ha et alternativt arbeid i denne perioden, men alternativ inntekt og verdiskapingen vil være lavere enn dersom de jobbet som leger, grunnet kompetanseprofil og at medisinere har et nokså høyt lønnsnivå (som antas å reflektere verdiskapingen).

Anslag på kostnader ved forsinket start på studiet for studenter på sekundærvitnemål

Anslaget legger til grunn en kostnad på 134 990 kr per år per student for springbrett-studier, altså studieplassen som tas opp for å samle studiepoeng til sekundærvitnemålet. Den samfunnsøkonomiske kostnaden for lån og stipend per år beløper seg til henholdsvis 4 425 og 8 660 kroner.

Vi antar vi at 50 prosent av samtlige norske medisinstudenter vil bruke to år på å komme inn på medisinstudiet. Dette gir totalt anslagsvis 525 studenter per år som har en to års forsinkelse, med en tilhørende kostnad på 155 millioner kroner per år/per årskull.

Merk at vi antar at disse individene ikke bidrar med noen verdiskapning før medisinstudiet, altså har et rent lånebasert konsum.

Anslag på kostnader for ventetid til LIS1

Vi legger til grunn at ferdigutdannede leger må vente i gjennomsnitt ett år etter fullførte studier for å komme inn på LIS1.

Gjennomsnittlig minimumslønn ved LIS1-stilling var i 2018 på 509 294, i tillegg kommer vakttillegg.[26] Vi legger til grunn at alternativ inntekt for en ferdigutdannet lege er noe lavere enn arbeidsinntekten i en LIS1-stilling. Alternativt arbeid for en ferdigutdannet lege kan imidlertid variere betydelig og anslag på arbeidsinntekten vil derfor være usikker.

Anslaget vårt tar utgangspunkt i at gjennomsnittlig brutto lønnsdifferanse mellom en lege og landsgjennomsnittet for personer med mer enn 4 års høyere utdannelse er på 21 prosent.[27] Antar vi at en LIS1-stilling gir en minimumslønn på 509 294 kroner med et gjennomsnittlig vakttillegg på 50 000 kroner, og at denne arbeidsinntekten er 21 prosent høyere enn alternativt arbeid, vil alternativ inntekt være 440 630 kroner i gjennomsnitt, med en lønnsdifferanse til en LIS1-stilling på 118 664 kroner.

Hvert år er det ca. 1050 ferdigutdannede leger fra norske og utenlandske studiesteder. Samlet gir dette en årskostnad på i underkant av 125 millioner kroner.

Anslag på kostnader ved forsinket inntreden i arbeidslivet for leger på sekundærvitnemål

Ettersom vi antok at 50 prosent av samtlige norske medisinstudenter måtte studere i to år før de kom inn på medisinstudiet, vil de samme individene tape to år i arbeidslivet. To år med tapt verdiskaping der verdiskapingen prises til gjennomsnittlig brutto reallønn for en lege på 907 380 kroner, gir en samfunnskostnad på 953 millioner kroner per år.

Samlet anslag på forsinkelseskostnader

I Tabell 9-1 fremstiller vi de samlede forsinkelseskostnadene i dag og netto nåverdi over 40 år. Som man ser av tabellen viser regneeksempelet at samfunnets årskostnad for forsinkelser i studieløpet og flaskehals i LIS1 er på 1 275 millioner kroner. Over en 40-års periode gir det en samlet kostnad på 24 401 millioner kroner omregnet til 2018-kroner.

Regneeksempelet er usikkert, men viser samtidig at tiltak for å redusere forsinkelseskostnader kan gi vesentlige samfunnsøkonomiske gevinster. Ethvert tiltak knyttet til kapasitetsutvidelser av medisinstudiet i Norge, bør fra et samfunnsøkonomisk perspektiv ta innover seg slike forsinkelseskostnader. En investering i utdannelse i Norge som kan «importere» vesentlig rimeligere fra utlandet, bør i alle fall ikke forsterke de allerede betydelige samfunnsøkonomiske kostnadene som finnes med dagens innretning.

---

[26] https://legeforeningen.no/PageFiles/99474/LIS%20a.xlsx
[27] SSB, Tabell 12407; Månedslønn, etter utdanningsnivå, fagfelt og antall år etter fullført utdanning 2015-2018

Tabell 9-1: Forsinkelseskostnader, per år og netto nåverdi, i millioner kroner

	Årskostnad	Netto nåverdi over 40 år
Forsinket studiestart	155	3 078
Forsinket opptak i LIS1	125	2 466
Forsinket inntreden i arbeidslivet	953	18 858
Total	**1 233**	**24 401**

Kilde: Oslo Economics. Dette er et regneeksempel, ikke et kvalitetssikret estimat.

9.2 Kostnadsreduserende tiltak i investeringsbeslutningen

I analysen er det antatt at investeringstiltaket er ekvivalent med å bygge ut et nytt universitet og tilsvarende bygge ut nye fasiliteter for spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er antageligvis den mest kostbare løsningen for å få tilstrekkelig kapasitet i Norge.

Potensialet for kostnadsreduserende tiltak er imidlertid tilstede dersom årsaken til dagens kapasitets-begrensninger ved de fire norske universitetene enten ikke er identiske, eller at kapasitets-begrensningene som gjelder ikke er like store innenfor hver type arealbehov.

Hvis for eksempel det er tilstrekkelig med forelesningssaler samlet sett ved NTNU, så kan det hende at kapasitetsbegrensningen i hovedsak er knyttet til arealer for laboratorier. I så tilfelle vil investeringsbehovet være lavere enn antatt, fordi utbygningen kan skaleres ned. Hvis det er tilstrekkelig med kostbare arealer som laboratorier ved UiB, så kan man bygge ut rimelige arealer som forelesningssaler. Samlet ville det i et slikt tilfelle vært hensiktsmessig fra et kostnadsperspektiv å bygge ut forelesningssaler ved UiB inntil begrensingen er nådd, eller marginalkostnaden for nye forelesningssaler overstiger kostnaden for nye arealer for laboratorium ved NTNU.

Samlet er det derfor en rekke muligheter innen prosjektering av tiltak knyttet til konkrete investeringsvalg som kan påvirke den totale kostnaden for arealer i nokså betydelig grad.

Ettersom det ikke er innenfor rammen av prosjektet å ha full kjennskap til konkrete kapasitetsbegrensninger ved de fire universitetene, nøyer vi oss med å påpeke disse forhodene. En endelig investeringsbeslutning bør kartlegge konkrete kapasitetsbegrensninger ved hvert universitet, og ta sikte på å bygge ut ved de universitetene som har kostnadsmessige fordeler, altså bygge der det er billigst.

Andre forhold enn kostnader vil ha betydning for en eventuell investeringsbeslutning, men potensielle kostnadsreduserende tiltak (og studentfordeling mellom universitetene) bør inngå som del av beslutningsgrunnlaget sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

10. Referanser

Birkeland, I., Stenvoll, D., Kolbu Jacobsen, T. & Trude, H., 2016. *Til hvilken pris? Om norske gradsstudenter i utlandet*, s.l.: Senter for internasjonalisering av utdanning (SIU).

Bråthen, R., Hjemås, G., Holmøy, E. & Ottersen, I. H., 2015. *Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Eurostat, 2018. *Comparative price levels of consumer goods and services*. [Internett]
Available at:
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative_price_levels_of_consumer_goods_and_services
[Funnet Mai 2019].

Finansdepartementet, 2017. *Perspektivmeldingen 2017*. [Internett]
Available at:
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/
[Funnet 25 02 2019].

Grimstad-utvalget, 2019. *Svar fra RHF og universiteter: Medisinstudenter i praksis - kartlegging av kapaistet og tilbud*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. *Folkehelsemeldingen*, Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.

Helsedirektoratet, 2012. *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten - En status-, trend og behovsanalyse fram mot 2030*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2018. *Helsefaglig utdanning i utlandet - tips før du velger studium*. [Internett]
Available at:
https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/autorisasjon-og-lisens/helsefaglig-utdanning-i-utlandet-tips-for-du-velger-studium
[Funnet 25 februar 2019].

Helsedirektoratet, 2019. *Vurdering av antall LIS1-stillinger*, Oslo: Helsedirektoratet.

Hesthamar, B. et al., 1998. *Kostnader forbundet med undervisning av medisinske studenter ved kliniske sykehusavdelinger*, s.l.: s.n.

Kunnskapsdepartementet, 2018. *Orientering om statsbudsjettet 2019 for universitet og høgskolar, etter vedtak i Stortinget 12. desember 2018. Mål for universitet og høgskolar, budsjett og endringar i løyving og finansieringssystemet, 2018.*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

NOU 2008:2, 2008. *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Oslo: Norges offentlige utredninger.

NOU 2016:5, 2016. *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten: Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?*. Oslo: Norges offentlige utredninger.

NTNU, 2019. *Om studieprogrammet - profesjonsstudiet medisin - 6 årig - Trondheim - NTNU*. [Internett]
Available at:
https://www.ntnu.no/studier/cmed/medisin
[Funnet 13 Februar 2019].

Reiling, R. B. et al., 2014. *Hva koster en student? En kostnadskartlegging av universiteter og høgskoler*, Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.

Statistisk sentralbyrå, 2018. *Befolkningsframskrivninger - SSB*. [Internett]
Available at:
https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram
[Funnet 13 Februar 2019].

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no

Tel: +47 21 99 28 00

Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:

Kronprinsesse Märthas plass 1

0160 Oslo

Postadresse:

Postboks 1562
Vika

0118 Oslo

Vedlegg 8 – Utredning fra Grimstadutvalget september 2019

Oppsummering av svar fra lærestedene om etablering av/samarbeid om medisinutdanning

Henvendelse til statlige og private institusjoner (adressater angitt i oversikten) ble sendt fra utvalget i uke 41/42, jfr. brev datert 11.10.2018.

Statlige institusjoner:

Navn på institusjon	Mottatt svar	Føringer/vedtak/beslutn om akkreditering medisin	Etablert samarbeid om med studium	Planer om samarbeid med studium
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet	Ja	Nei	Nei	Nei
Universitetet i Agder	Ja	Nei	Nei	Nei
Nord universitet	Ja	Nei	Nei	Nei
OsloMet – storbyuniversitetet	Ja	Nei	Nei	Nei
Universitetet i Sørøst-Norge	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk	Ja	Nei	Nei	Nei
Sámi allaskuvla/Samisk høgskole	Nei			
Høgskolen i Innlandet	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskolen i Volda	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskolen i Østfold	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskulen på Vestlandet	Ja	Nei	Nei	Nei

Private institusjoner:

Navn på institusjon	Mottatt svar	Føringer/vedtak/beslutn om akkreditering medisin	Etablert samarbeid om med studium	Planer om samarbeid med studium
Atlantis Medisinske Høgskole	Ja	Nei	Ja	Nei
Bjørknes Høyskole	Ja	Nei	Ja	Ja
Høyskolen Kristiania	Ja	Nei	Ja	Ja
Lovisenberg diakonale høgskole	Ja	Nei	Nei	Nei
VID vitenskapelige høgskole	Ja	Nei	Nei	Nei

Vedlegg 9 – Utredning fra Grimstadutvalget september 2019

Regionale samarbeidspartnere ved Universitetet i Stavanger (UiS)

Utfyllende informasjon til tekst i kapittel 9

Forskningsnettverk for helse og teknologi er etablert med forskere fra UiS, SUS og forskningsinstituttet NORCE. Nettverket skal samarbeide med helsetilbyderne og private aktører for finne gode løsninger på dagens og morgendagens helseutfordringer. Forskningsnettverket skal ha et særlig ansvar for å skape synergi og bygge broer mellom ulike fagdisipliner, være i front med ny teknologi og ikke minst, utvikle undervisning for framtidens helsearbeidere.

HelseCampus Stavanger er et samarbeidsprosjekt mellom UiS, SUS, SAFER, Stavanger kommune, NSCC (se nedenfor) og NORCE, som skal være navet i en regional forskningsbasert helseklynge med målsetting om å bli landets fremste arena innenfor simuleringsbasert undervisning og læring, samt innovasjoner innenfor helse- og omsorgstjenestene.

UiS er også med i *Norwegian Smart Care Cluster (NSCC),* som er et klyngeprosjekt med mer enn 115 bedrifter og 45 kommuner/offentlige aktører som deltakere. Klyngen har sitt utspring i Stavanger-regionen, men medlemmene er i dag fra hele landet og også internasjonalt. Formålet er å utvikle en klynge med fokus på omstilling, innovasjon, forskning og utvikling, kommersialisering, og eksport/internasjonalisering av produkter og tjenester innen helse og velferdsteknologi.

Etablering av *SEARCH (Sandnes Education and Research Center Høyland)* som er et nytt biomedisinsk forskningssenter vil også være viktig for utdanning av leger ved UiS. SEARCH er et samarbeid mellom NMBU, SUS, UIS og Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) og senteret skal legge til rette for tverrsektoriell biomedisinsk forskning, innovasjon, og utdanning av både helse- og veterinærpersonell. Bygget vil gi plass til flere operasjonssaler, oppstallingsmuligheter for forsøksdyr, samt moderne diagnostisk utstyr. Dette gir vesentlig økte muligheter for forskning, innovasjon og kurs/undervisning.

Forskere fra UiS og SUS jobber også sammen med NORCE og Greater Stavanger om teknologioverføring mellom medisin og olje/gass i *prosjektet Norway Pumps & Pipes.*

Samarbeid NORCE-UiS-SUS: NORCE har investert i infrastruktur som kan brukes inn mot simulering, opplæring og forskning i forhold til blodstrøm. En forlengelse av dette arbeidet, innebærer segmentering og visualisering av aktuelle geometrier fra medisinske bilder. Ny teknologi gjør det mulig å lage 3D-visualiseringer av disse, enten som hologram, andre former for augmented reality (AR), eller som 3D-print. Dette gir helt nye muligheter i forhold til operasjonsplanlegging, trening og opplæring. UiS og NORCE er i gang med å utvikle samarbeidsprosjekter rundt disse temaene med SUS og Haukeland universitetssykehus, samt andre sykehus tilknyttet andre helseregioner. I fremtidens medisinutdannelse vil teknologi spille en stor rolle. UiS er godt rigget for å implementere ulike former for teknologi, dataforståelse, e-læring og simulering inn i utdanningsforløpet.

SAFER (Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research) er en stiftelse og et læringssenter som er opprettet i samarbeid mellom SUS, UiS og Laerdal Medical AS. Formålet med senteret er å styrke akuttmedisinsk opplæring og pasientsikkerhet, i første rekke gjennom å stimulere kompetanseutvikling av aktuelt personell hos de tre initiativtakerne. Senteret driver også forskning og utvikler kurstilbud. SAFER inngår i et aktivt nettverkssamarbeid med internasjonalt ledende medisinske simuleringssentre. UiS bruker også senteret for simulering og ferdighetstrening for studenter innen helserelaterte utdanninger.

SAFER Healthcare er en FoU-gruppe tilknyttet HV-fakultet. Det er et samarbeid mellom UiS, SUS, Lærdalfondet og Stiftelsen Norsk Luftambulanse. Det overordnede målet er å sikre rekruttering av akademiske personell i stillinger tilknyttet HV-fakultet. Hovedfokuset i satsningen er å bedre tverrfaglig simuleringsbasert utdanning, trening og læring innen forskjellige helsefag samt bedre implementering av ny kunnskap i helsevesenet for dermed å øke pasientsikkerheten.

Et eksempel på enheter internt ved UiS med et omfattende nasjonalt og internasjonalt samarbeid er forskningssenteret *SHARE (Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten)* ved HV-fakultetet. SHARE er landets fremste fagmiljø innen kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten og det er et tverrfaglig miljø som involverer sykepleie, medisin, psykologi, sosiologi, sikkerhetsfag og ingeniørfag. Senteret har et utstrakt samarbeid med sykehus, kommunale helsetjenester, teknologileverandører, tilsynsmyndigheter og bruker- og pasientorganisasjoner. SHARE samarbeider også med verdensledende forskningsmiljøer i Europa, Australia og USA. Foruten UiS, er Stiftelsen Norsk Luftambulanse og NTNU Gjøvik hovedsamarbeidspartnere. Rundt 40 forskere er tilknyttet senteret.

UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I STAVANGER

Postboks 8600 Forus
4036 STAVANGER

Deres ref	Vår ref	Dato
	2018/3135-KRWA	10.10.2018

Om utredning av studieplasser og studiemodeller for medisinutdanning - ønske om møtepunkt for gjennomgang og drøfting

Som dere er kjent med, nedsatte Kunnskapsdepartementet (KD) i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet for den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen, ledet av professor Hilde Grimstad fra NTNU, innhenter i denne fasen nødvendig informasjon fra sentrale aktører på utdannings- og praksisfeltet. Gruppen ønsker som del av grunnlagsarbeidet å ha et møtepunkt i Stavanger februar 2019 for å få en gjennomgang av det arbeidet og den tenkningen som er gjort i tilknytning til undervisning og veiledning av medisinstudenter i Stavanger. Vi ønsker blant annet å få informasjon om kapasitet og kompetanse i deres miljøer. Vi ønsker særlig opplyst om det arbeidet som er gjort fram til nå for å vurdere mulighetene for utvidet klinisk undervisning både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i Stavanger-området. Det er dessuten av interesse å få en orientering om de samarbeidsflatene som eksisterer mellom Universitetet i Stavanger og Stavanger universitetssjukehus.

Vi har planlagt **onsdag 13. februar 2019** som tentativ møtedag i Stavanger, med forslag til tidsramme kl. 09.30 – 12.00 for møte med dere ved UiS. Innenfor denne tidsrammen ønsker vi å møte et utvalg representanter fra ledelsen og de miljøene som er involvert i planer og tenkning rundt medisinsk utdanning.

For nærmere planlegging av oppsett og tidsplan for møtet så ber vi om at det holdes kontakt med sekretariatet v/ Kristin Walter, tlf. 55 58 65 59 sekretariat.utredmed@uib.no

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Ved spørsmål om gruppen eller arbeidet, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet.

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
sekretariatsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinske fakultet

HELSE STAVANGER HF
Stavanger universitetssjukehus

Postboks 8100
4068 STAVANGER

Deres ref	Vår ref	Dato
	2018/3135-KRWA	10.10.2018

Om utredning av studieplasser og studiemodeller for medisinutdanning - ønske om møtepunkt for gjennomgang og drøfting

Som dere er kjent med, nedsatte Kunnskapsdepartementet (KD) i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet for den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen, ledet av professor Hilde Grimstad fra NTNU, innhenter i denne fasen nødvendig informasjon fra sentrale aktører på utdannings- og praksisfeltet. Gruppen ønsker som del av grunnlagsarbeidet å ha et møtepunkt i Stavanger februar 2019 for å få en gjennomgang av det arbeidet og den tenkningen som er gjort i tilknytning til utvidelse av undervisnings- og veiledningsvirksomhet for medisinstudenter i Stavanger. Vi ønsker blant annet å få informasjon om kapasitet og kompetanse i deres miljøer. Det er dessuten av interesse å få en orientering om de samarbeidsflatene som eksisterer mellom Stavanger universitetssjukehus og universitetene i Stavanger og Bergen.

Vi har planlagt **onsdag 13. februar 2019** som tentativ møtedag i Stavanger, med forslag til tidsramme kl. 13.00 – 15.30 for møte med dere ved SUS. Innenfor denne tidsrammen ønsker vi å møte et utvalg representanter fra ledelsen og de miljøene som er involvert i videre planlegging rundt medisinsk utdanning.

Vi vil i tillegg invitere inn representant fra primærhelsetjenesten som kan belyse medisinstudenters muligheter på praksisfeltet i bl.a. allmennmedisin.

For nærmere planlegging av oppsett og tidsplan for møtet ber vi om at det holdes kontakt med sekretariatet v/ Kristin Walter, tlf. 55 58 65 59 sekretariat.utredmed@uib.no

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Ved spørsmål om gruppen eller arbeidet, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet.

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
sekretariatsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

Miljømerket trykksak 2041 0699