

14 MAR 2014

MOTTATT

I følge liste

## **Høring - Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet**


Det helsevitenskapelige fakultet, UiT - Norges arktiske universitet, har utarbeidet forslag til en modell for faglig innhold og praktisk organisering av femte og sjette studieår for medisinstudiet for en gruppe studenter i Finnmark. Det overordnede målet er å styrke rekruttering av leger til helsetjenesten i Finnmark. Modellen forholder seg til gjeldende studieplan for legeutdanningen i Tromsø.

Spesialist- og primærhelsetjenesten i Finnmark benyttes allerede i betydelig grad femte studieår. Det nye med forslaget er at undervisningsarenaen ønskes utvidet til også å gjelde sjette og siste studieår. Forslaget er utarbeidet av ett bredt sammensatt og representativt utvalg. Utvalget finner at forholdene i helsetjenesten i Vest-Finnmark kan danne grunnlag for en meget spennende og god utdanningsarena for medisinstudentene i sjette studieår fordelt mellom lærestedene Hammerfest, Alta og Karasjøk, med Hammerfest som hovedbase.

Forslaget sendes med dette på høring. Helsefak ønsker innspill fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, fagforeninger, brukerorganisasjoner og politiske instanser. Som høringsinstans bes du levere en samlet uttalelse fra hovednivå og evt. underliggende enheter.

Fristen for høringsuttalelsen settes til mandag 5. mai 2014.

Vennlig hilsen

  
Arnfinn Sundsfjord  
Dekan

Trond Nylund  
Fungerende fakultetsdirektør

*Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur*

Vedlegg:

1. Rapporten «Finnmark som utdanningsarena i medisin ved UiT»
2. Adresseliste

## Høringsinstianser "Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet, UiT Norges aktiske universitet"

Navn	Adresse
Instituttene ved Helsefak	UiT
Studentutvalget Helsefak	UiT
Universitetsdirektøren	UiT
Den norske legeforening	Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Norsk medisinstudentforening	Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Samisk legeforening	PB 4, 9730 Karasjok
Troms legeforening	v/ Jo Endre Digranes Midtbu, Anestesiavd., UNN
Finnmark legeforening	v/ Jostein Tørstad, Presteveien 21, 9900 Kirkenes
Norsk sykepleierforbund	PB 456, Sentrum, 0104 Oslo
Den norske jordmorforening	Tollbugata 35, 0157 Oslo
Fylkeslegen i Finnmark	Damsvei 1, 9800 Vadsø
Fylkeslegen i Troms	PB 6105, 9291 Tromsø
Fylkeslegen i Nordland	PB 163, 8006 Bodø
KS Troms	PB 6604, 9296 Tromsø
KS Nordland	Sjøgata 21, 8002 Bodø
KS Finnmark	PB 253, 9711 Lakselv
Helse Nord RHF	8038 Bodø
Alta kommune	PB 1404, 9506 Alta
Hammerfest kommune	PB 1224, 9616 Hammerfest
Karasjok kommune	Råddeviessogeidnu 4, 9730 Karasjok
Sametinget	Ávjovárgeaidnu 50, 9730 Karasjok
Pasient og Brukerombud Nordland	Statens hus, Moloveien 10, 8000 Bodø
Pasient og Brukerombud Troms	PB 6603, 9296 Tromsø
Pasient og Brukerombud Finnmark	PM 285, 9615 Hammerfest



## Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet

**“Utvalget finner at klinisk aktivitet, kliniske fasiliteter og fagmiljø i Vest-Finnmark er av slik kvalitet og volum at det kan danne grunnlag for en meget spennende og god utdanningsarena for medisinstudenter i sjette studieår. Utvalget presenterer her bakgrunnen for, og utkast til - en “Finnmarkspakke”.**

1. Bakgrunn – hvorfor regionalisere? .....	1
1.1 Samfunnsoppdraget.....	1
1.2 Utdanning for primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten? .....	2
1.3 Internasjonale erfaringer med desentralisert legeutdanning .....	3
1.4 Regionalisering til Bodø 2009.....	4
1.5 Øvrige desentraliserte helsefaglige utdanninger ved UiT .....	5
1.6 Regionalisering av medisinstudiet til Finnmark?.....	5
1.7 UiT Norges arktiske universitet 2013 .....	6
2. Utvalget .....	6
2.1 Utvalgets mandat .....	6
2.2 Utvalgets sammensetning.....	7
2.3 Utvalgets arbeidsform og møter .....	7
2.4 Økonomiske rammer .....	8
3. Beskrivelse av medisinstudiet i Tromsø .....	10
3.1 Generelt om medisinstudiet i Tromsø .....	10
3.2 Opptakskvoter til medisinstudiet i Tromsø og fordeling på ulike campus .....	10
3.3 Femte studieår i medisinstudiet – nåværende studieplan .....	11
3.4 Sjette studieår i medisinstudiet – nåværende studieplan (MED-3600) .....	12
3.5 Revidert studieplan i medisin .....	13
3.5.1 Innhold og undervisning i ny medisinsk studieplan i Tromsø .....	14
3.5.2 Undervisningsformer .....	15
3.6 Bodøpakken – tilblivelse og gjennomføring .....	16
3.7 Autorisasjon .....	17
4. Beskrivelse av helsetjenesten i Finnmark .....	18
4.1 Samisk helsetjeneste og Samisk helsepark.....	20
4.2 Spesialisthelsetjenesten i Finnmark.....	22
4.2.1 Klinikk Hammerfest.....	22
4.2.2 Spesialistpoliklinikk i Alta .....	25
4.2.3 Klinikk Kirkenes .....	26
4.2.4 Klinikk psykisk helsevern og rus .....	27
4.3 Primærhelsetjenesten i Finnmark .....	28
4.3.1 Hammerfest.....	29
4.3.2 Alta.....	29
4.3.3 Karasjok .....	30
4.3.4 Andre Finnmarkskommuner som tar imot 5.-årsstudenter .....	30
5. Akademisk kompetanse og spesialistkompetanse .....	31

5.1 Alta .....	31
5.2 Hammerfest.....	31
5.3 Kirkenes .....	31
5.4 Karasjok .....	31
6. Læringsmiljø og boforhold.....	32
6.1 Hammerfest.....	32
6.2 Alta .....	33
6.3 Karasjok .....	33
7. Helhetlig utdanningsløp fra grunnutdanning til spesialist/phd.....	34
8. Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS).....	35
9. Utvalgets vurderinger .....	36
9.1 Helhetsvurdering .....	36
9.2 "Finnmarkspakken" i grove trekk .....	39
9.3 Utvikling av fagmiljøet i Finnmark for undervisning.....	41
9.4 Forutsetninger som må innfris .....	42
9.5 Skisse til videre prosjektarbeid .....	43
10. Vedlegg .....	45
11. Referanser .....	51

## 1. Bakgrunn – hvorfor regionalisere?

### 1.1 Samfunnsoppdraget

Utdanning av arbeidskraft med høy kompetanse til landsdelen er en av Universitetet i Tromsøs viktigste samfunnsoppgaver. Medisinstudiet i Tromsø ble opprettet for å utdanne leger til både primær- og spesialisthelsetjenesten i hele Nord-Norge. Medisinsk studieplan av 1971 hadde følgende målsetting for helsetjenesten (Medisinsk studieplan 1971):

*“Vi går inn for å integrere utdanning, forskning og helsetjeneste. Skal dette lykkes, må en se helsetjenesten i Nord-Norge som en regional helhet, og Universitetet må føle ansvar for denne helhet.*

*For å oppnå dette, går vi (dvs. utvalget, vår anm.) inn for å trekke helsesentrene og normalsykehusene inn i undervisningen av de medisinske studenter. Videre mener vi at spesialister ved universitetsklinikkene må besøke normalsykehusene med regelmessige mellomrom. Endelig bør universitetsklinikken drive en utstrakt videre- og etterutdanning.*

*Disse tiltak vil bedre helsetjenesten; undervisningen vil få et riktigere perspektiv, og forskning om sykdom og helsetjeneste vil få et bedre grunnlag.”*

Holdningen som kommer til uttrykk i avsnittet ovenfor, ble ført ut i praksis blant annet ved at man helt fra starten av innførte lange praksisperioder utenfor Tromsø i medisinstudiet. Det femte studieåret omfattet 16 ukers praksis ved lokalsykehus og 8 ukers praksis ved primærlegekontor. På forhånd var det betydelig skepsis blant universitetslærere og studenter mot utplassering i allmennpraksis, men holdningene endret seg raskt etter at ordningen ble satt ut i livet (Knutsen mfl. 1986). Praksisperioden har i alle år blitt vurdert av studentene som noe av det mest vellykkede og mest lærerike elementet i studiet og antas, sammen med geografisk kvotering av studenter, å være av stor betydning for at drøyt halvparten av legene som har studert i Tromsø, velger å forbli i landsdelen etter studiet (Alexandersen mfl. 2004). Blant Tromsøstudenter med nord-norsk bakgrunn velger 70-80 % å jobbe i landsdelen etter endt studium, (Forsdahl mfl. 1988; Tollan og Magnus 1993; Alexandersen mfl. 2004) mens bare 20 % av dem med sør-norsk bakgrunn forblir i Nord-Norge (Alexandersen mfl. 2004).

Offentlig statistikk har lenge vist at legefordelingen ikke er jevn i landsdelen. Andelen ubesatte fastlegestillinger har de siste årene vært høyere i Nordland spesielt, men også i Finnmark, enn i Troms. Til tross for en viss bedring viser statistikken at ved årsskiftet 2012/13 var andelen fastlegelister uten lege 10,6 % i Nordland, 3,2 % i Finnmark og 3,0 % i Troms. Til sammenligning var andelen lavere enn én prosent i de sentrale østlandsfylkene, Vest-Agder og Sør-Trøndelag ([www.helsedirektoratet.no/...../hovedtallsrapport\\_2012\\_4.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/...../hovedtallsrapport_2012_4.pdf))

En spørreundersøkelse ved Sosial- og helsedepartementet i 1999 blant medisinstudenter og turnusleger i hele landet viste at omkring 55 % ønsket seg tilbake til regionen der de kom fra (Jensen og Eldevik 1999). Hele 80 % av dem som ønsket å bosette seg i Nord-Norge hadde studert i Tromsø. Undersøkelsen viste videre at Tromsø-kandidatene ønsket seg i større grad til Troms enn til Finnmark og Nordland. Denne kunnskapen har inngått i beslutningsgrunnlaget om å desentralisere deler av medisinstudiet i Tromsø. Fra 2009 har inntil 25 % av kullet gjennomført de to siste studieårene ved Nordlandssykehuset (NLSH) i Bodø og kommuner i Nordland. Dette mener vi vil stimulere studenter til å ta jobb i fylket etter endt grunnutdanning. En tilsvarende ordning for Finnmark antas å være viktig for rekruttering til og stabilisering av helsetjenesten i fylket på samme måte som turnustjeneste i fylket har motivert leger for videre arbeid der (Straume og Shaw 2010).

Strategien for UiT for perioden 2009 – 2013 sier følgende om desentralisering innen utdanningsfeltet:

*“Universitetet skal innrette sitt utdanningstilbud slik at det gir høy grad av fleksibilitet til å tilfredsstille skiftende utdanningsbehov og målgrupper. Universitetet skal være nasjonalt ledende og nyskapende innenfor desentralisert og nettbasert utdanning, slik at større deler av landsdelens befolkning kan nås med relevante utdanningstilbud. Tilbud om fleksible etter- og videreutdanninger er viktig for å vedlikeholde og oppdatere kompetanse i landsdelen.”*

## 1.2 Utdanning for primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten?

Universitetet i Tromsø har hatt og vil fortsatt ha som mål å utdanne leger både til spesialist- og til primærhelsetjenesten, men legefordelingen er blitt enda mer skjev enn på 1960-tallet da omkring 40 % av legene var ansatt ved sykehus. (Medisinsk studieplan 1971, referanse 4). En undersøkelse i 2010 blant nærmere 3000 medlemmer av Den norske legeforening med eksamen fra 2002-2005, viste at flertallet av legene (70 %) arbeidet i sykehus, mens 26 % arbeidet i primærhelsetjenesten. Fordelingen var den samme blant Tromsø-kandidatene i materialet (hhv. 70 % og 27 %) (Wesnes mfl. 2012). Samtidig tilsier den demografiske utviklingen, bosettingsmønsteret i Norge og politiske reformer at en stor andel av legene og annet helsepersonell må belage seg på å arbeide i helsetjenesten utenfor sykehus. Samhandlingsreformen (St.meld.nr 47 (2008-2009) er helsemyndighetenes verktøy for å imøtekomme framtidens behov for oppgave- og ressursfordeling i helsetjenesten. Samhandlingsreformen sier i kap. 3.4.2 bl.a.

- *Det må legges større vekt på å utdanne helsepersonell som er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver, og*
- *Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot spesialisthelsetjenesten.*

En undersøkelse blant turnusleger i Troms viste at en stor andel kunne tenke seg å arbeide i somatiske sykehusavdelinger (70 %) og i allmennpraksis (60 %), men < 20 % ønsket å jobbe innen psykiatri generelt, og enda færre (< 10 %) i distriktpspsykiatriske sentre (Svein Steinert, pers. med.).



Det er gode holdepunkter for at eksponering for ulike arbeidsplasser og ulike deler av helsetjenesten øker den framtidige rekrutteringen til de samme arbeidsplassene /sektorene (Straume mfl. 2010). Derfor er det viktig at det reviderte medisinstudiet i Tromsø lar studentene i større grad enn nå få praksiserfaring fra lokalsykehus og kommunal helsetjeneste, inkludert intermedieæravdelinger og andre nye helsetjenester som følger av Samhandlingsreformen. En positiv praksiserfaring i studiet er en viktig faktor for å la seg friste til seinere ansettelse. God kvalitet i teoretisk og praktisk utdanning er derfor en forutsetning for at UiT skal ta i bruk en større del av helsetjenesten i landsdelen.

### 1.3 Internasjonale erfaringer med desentralisert legeutdanning

I Norge var UiT først ute med langvarig praksisutplassering ved lokalsykehus og i allmennpraksis, men på 1990-tallet fulgte universitetene i Trondheim, Bergen og Oslo opp med tilsvarende ordninger, om enn i mindre omfang enn i Tromsø (Lindbæk M 1999). Internasjonalt benytter en rekke studiesteder i Nord-Amerika, Australia og Europa lokalsykehus og legepraksiser utenfor universitetscampus i legeutdanningen (Birden og Wilson 2012; Maley mfl. 2009; Norris mfl. 2009). Noen få universiteter har 30-40 års erfaring med distriktsmedisinsk praksisutplassering, men mange har startet etter år 2000 (Norris mfl. 2009). UiT er ett av flere studiesteder som er viet et eget kapittel i Guidebook on Rural Medical Education, som blir utgitt av WONCA i 2014, og er ett av omkring 50 universiteter som har levert data til en stor internasjonal studie (MISSILE) om medisinstudier med langvarige integrerte praksisperioder (longitudinal integrated clerkships). Studien er ennå ikke avsluttet.

Det er ikke bare valg av praksistype som kjennetegner de lærestedene som benytter lokalsykehus og allmennpraksis utenfor eller i tillegg til høyspesialiserte universitetssykehus som praksisarena. De fleste av dem har langvarige praksisperioder fra noen uker og opptil ett år der studentene følger pasienter over lengre tid, i motsetning til praktisk klinisk undervisning ved store tertiære universitetssykehus, der studentene får kortvarige og fragmenterte innblikk i pasientforløp og moderne behandlingsopplegg. De fleste legeutdanningene i Australia har omfattende desentralisert praksis og deltar i det internasjonale Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships (LICC) (Norris mfl. 2009). I Canada er det Northern Ontario School of Medicine (NOSM) som er flaggskipet i distriktsorientert legeutdanning. ([www.nosm.ca/ume/](http://www.nosm.ca/ume/)) I tredje studieår (av i alt fire) er studentene utplassert i en 8 måneders lang praksisperiode, Comprehensive Community Clerkship (CCC). Grupper med inntil åtte studenter bor og har praksis i små bykommuner eller store landkommuner og er da tilknyttet både primærlegesentre og lokalsykehus. I denne perioden skal de lære spesifikke kliniske ferdigheter innen pediatri, gyn/obst, indremedisin, psykiatri, allmennmedisin og kirurgi. Det legges stor vekt på integrasjon og "continuity of care", og det forventes at studenten helt konkret skal følge enkeltpasienter og hele familier gjennom hele sykdomsforløp og gjennom de ulike deler av helsevesenet. I det fjerde og siste studieåret er studentene tilbake på ett av de to universitetscampus som tilhører NOSM og har 4-ukers kliniske rotasjoner ved seks universitetssykehusavdelinger (pediatri, gyn/obst, medisin, kirurgi, psykiatri, akuttmedisin) og i allmennmedisin.

Helt siden 1971 har Universitetet i Minnesota hatt et vellykket Rural Physician Associate Program (RPAP), der svært små kommuner (300 innbyggere) til relativt store kommuner (30,000 innbyggere) har vært vertskap for enkelt-studenter som har tilbrakt 9 måneder av i alt 4 års legeutdanning i lokalsamfunnet. ([www.med.umn.edu/RPAP/sites/home.html](http://www.med.umn.edu/RPAP/sites/home.html)). Denne modellen har blitt adoptert av flere universiteter i USA som utdanner leger for gravgrendte strøk, men også en rekke andre studiemodeller med vekt på distriktsmedisin er i bruk i USA (<http://www.ocs.fas.harvard.edu/>). University of North Dakota, som Helsefak har utvekslingsavtale med, har et elektivt 28-ukers distriktsmedisinsk studieopplegg for tredjeårsstudenter; Rural Opportunities in Medical Education (ROME). Studentene bor og har praksis i landlege strøk i Nord-Dakota og lærer om tilstander de møter i allmennpraksis – fra rutinemessige helsesjekker til akuttmedisinske tilstander. Hver student har en spesialist i allmennmedisin som hovedveileder, men veiledes også av spesialister i medisin, kirurgi, pediatri og andre, alt etter hvilke spesialiteter som er representert ved lokalsykehus, sykestuer og legesentra i området. ([www.med.und.edu/familymedicine/rome](http://www.med.und.edu/familymedicine/rome)). Studentene forventes å oppnå alle læringsmål i studiet i kirurgi (8 uker) og allmennmedisin (8 uker) og de fleste læringsmål innen gyn/obst, pediatri og indremedisin (hver modul 4 uker). Studentene i ROME-programmet gjennomfører praksisperioden i nevrofag på universitetscampus (4 uker). Mens de oppholder seg i ROME-kommunene, holder studentene kontakt med studiemiljøet på campus via e-post og interaktive videoforelesninger og –gruppemøter.

Gode studenterfaringer er rapportert fra desentraliserte studieprogrammer i Australia og Amerika (Birden og Wilson 2012). Evalueringer fra australske (Birden og Wilson 2012) og amerikanske (Zink mfl. 2010; Schauer og Schieve 2006; Williams mfl. 2004 ) universiteter kan vise til minst like gode medisinske kunnskaper og kvalifikasjoner hos studenter i desentraliserte studieprogram som hos deres campus-baserte medstudenter. Undersøkelser blant studenter kan tyde på at læringsutbyttet er bedre ved langvarige enn korte praksisperioder (Denz-Penhey mfl. 2005).

#### **1.4 Regionalisering til Bodø 2009**

På oppdrag fra Fakultetsstyret leverte et utvalg (120-utvalget) i 1999 sin innstilling om årlig opptak av 120 studenter til medisinstudiet i Tromsø (Sundsfjord mfl. 1999). Mandatet omfattet blant annet å vurdere pasientgrunnlaget, herunder *”å vurdere andre organisasjonsformer og se på mulighetene for en annen utnyttelse av landsdelens ressurser i denne undervisningen”*.

120-utvalget vurderte spesielt Hammerfest sykehus og Nordland Sentralsykehus (NSS) /Nordland Psykiatriske Sykehus (NPS) i Bodø. Utvalget konkluderte med at det da, i 1999, kun var NSS/NPS (nå NLSH) som var egnet for desentralisert undervisning utover den eksisterende praksisperioden i 5. studieår ved lokalsykehus og legekantor i hele landsdelen.

I 2009 ble Nordlandssykehuset tatt i bruk som undervisningssykehus for medisinstudenter ved UiT. NLSH økte sin kvote av 5.-årsstudenter fra 10 til 25 studenter per år, samtidig som inntil 25 studenter tar siste studieår i Bodø. Studentene oppfordres til å ta begge de to siste studieårene i Bodø. Fakultetet har ansatt personell med arbeidssted NLSH og kommunehelsetjenesten. Det gjelder både en administrator i full stilling og vitenskapelig ansatte i bistillinger ved Institutt for klinisk medisin (IKM) og Institutt for samfunnsmedisin (ISM). Se tabell 1 i vedlegget for oversikt over eksisterende bistillinger. Studentene får både teoretisk og praktisk undervisning ved NLSH og i primærhelsetjenesten og tar eksamen i Bodø.

### **1.5 Øvrige desentraliserte helsefaglige utdanninger ved UiT**

Den tidligere Høgskolen i Tromsø var den første som tilbød desentraliserte helsefaglige utdanninger. Fra 1990 har det vært gitt desentralisert og deltidsbasert utdanning i sykepleie i et studium som er normert til fire år. Studentene sogner til studiesentra i Troms fylke og har samlinger der. Det tas opp 70 nye studenter hvert andre år. Søkningen til studiet er god, og eksamensresultatene er like gode som ved ordinært campusbasert studieopplegg (Norbye 2008). Mer enn 90 % tar jobb i hjemkommunen etterpå, og 70 % jobber fortsatt i samme kommune 10-15 år etter endt studium. I tillegg tilbys nettstøttet og samlingsbasert bachelorutdanning i sykepleie fra campus Finnmark. Volum og frekvens av dette tilbudet er ikke konstant. Master i sykepleie er et nystartet (høst 2013) samlingsbasert tilbud som gis med utgangspunkt i campus Tromsø. Helsefak har også lang erfaring med desentralisert og nettstøttet bachelorutdanning i fysioterapi (Aars 2008). Folkehelseutdanningen (Master of Public Health) ved Institutt for samfunnsmedisin er lagt om fra campusbasert til samlingsbasert/nettstøttet studietilbud.

### **1.6 Regionalisering av medisinstudiet til Finnmark?**

Helt fra starten av har medisinstudiet i Tromsø benyttet praksisplasser ved lokalsykehus og primærlegekontor i Finnmark i 5. studieår. Flere forhold taler for en ytterligere regionalisering av medisinstudiet i Tromsø gjennom å bruke Finnmark som utdanningsarena også for 6. studieår:

- Behov for å styrke rekrutteringen til og stabilisering av helsetjenesten i Finnmark.
- Behov for nye undervisningsarenaer i tråd med revidert studieplan for medisinstudiet i Tromsø, Kunnskapsdepartementets utdanningsmelding "Samspill i praksis" og Samhandlingsreformen, herunder å benytte primærhelsetjenesten som undervisningsarena i større grad enn nå.
- Behov for å utvikle gode og helhetlige utdanningsløp for leger (fra grunnutdanning til spesialistnivå).
- God erfaring med den regionaliserte studieordningen ved NLSH/ primærhelsetjenesten i Bodø og omegn.

- Dokumentert god erfaring med desentralisert undervisningsmodell i medisinstudiet ved anerkjente universiteter bl.a. i Sverige (Umeå), USA, Canada og Australia.
- Ønske fra helsetjenesten i Finnmark om å bidra sterkere i legeutdanningen, jf. brev i 1997 og 2007 fra Hammerfest sykehus.

De medisinske fakultetene i Norge har lenge hatt et klart ønske om å få en tydelig faglig og administrativ rolle gjennom hele utdanningsløpet for leger, fra grunnutdanning til spesialistnivå. I den pågående reformen av spesialistutdanningen arbeider dekanene tett med Helsedirektoratet for å utvikle gode og helhetlige utdanningsløp. I denne sammenhengen er det interessant og viktig å utarbeide gode modeller for utdanningsløp som ivaretar både helsetjenestens og utdanningskandidatenes behov.

## 1.7 UiT Norges arktiske universitet 2013

UiT og Høgskolen i Finnmark fusjonerte 1. august 2013. Det nye UiT Norges arktiske universitet har campus både i Alta, Hammerfest og Kirkenes.

Fusjonen medførte at sykepleierutdanningen i Hammerfest ble en del av Institutt for Helse og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet. Undervisningslokalene for sykepleierutdanningen ligger så å si vegg-i-vegg med sykehuset i Hammerfest. Bygget rommer lesesalsplasser, bibliotek, rom for plenums- og gruppeundervisning og rom for ferdighetstrening. Med fusjonen har UiT nå gode lokaler for kontorer, undervisning, bibliotekfasiliteter og tilgang på boliger gjennom Studentsamskipnaden både i Hammerfest og Alta.

I Alta vil studentene også kunne få tilgang til generell administrativ støtte gjennom administrasjonen ved Finnmarksfakultetet (dette forutsetter enklere avklaringer mellom Helsefak og Finnmarksfakultetet).

## 2. Utvalget

### 2.1 Utvalgets mandat

Fakultetsstyret ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT oppnevnte i januar 2013 et utvalg (heretter kalt Utvalget) som skulle utrede mulighetene for å ta i bruk Finnmark som utdanningsarena for sjettedeårs medisinstudenter.

Utvalget fikk følgende mandat av fakultetsstyret (Sak FS 3-13):

*“Fakultetsstyret oppnevner utvalget “Regionalisering av medisinstudiet” som skal utarbeide forslag til en modell for faglig innhold og praktisk organisering av femte og sjette studieår i medisinstudiet for en gruppe studenter som tar de to siste studieår i Finnmark. Modellen skal ta utgangspunkt i og støtte opp om gjeldende studieplan for medisinstudiet i Tromsø.*

### Utvalget skal spesielt

1. Vurdere aktuelle undervisningssteder i primær- og spesialisthelsetjenesten i Finnmark, herunder kapasitet og klinisk og akademisk kompetanse hos undervisningspersonellet
2. Foreslå en faglig og praktisk hensiktsmessig fordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i Finnmark som læringsarena i sjette studieår for inntil 10-15 studenter
3. Vurdere behovet for faglige og administrative ressurser og undervisningsarealer, herunder også stillinger og drift
4. Utrede modell for et helhetlig utdanningsløp fra grunnutdanning til spesialistnivå som kan fremme rekruttering til helsetjenesten i Finnmark"

## 2.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget fikk følgende sammensetning:

*Det helsevitenskapelige fakultet, UiT:*

Faglig studieledelse:	2 representanter; Inger Njølstad, prodekan utdanning medisin og odontologi, leder Torsten Risør, studieplansjef ved medisinstudiet
Medisinstudenter	1 representant Maret Laila Nedrejord og vararepresentant Jon Ande Fors Grønmo
Sekretariat	Inga Marie Nordstrand, studiekonsulent, og Elin Skog, Leder, Seksjon for utdanningstjenester
UNN-HF	1 representant; Rolv-Ole Lindsetmo
Helse Nord	1 representant; Brite Jacobsen

*Helsetjenesten i Finnmark*

Helse Finnmark	2 representanter; avdelingsoverlege Ingrid Petrikke Olsen og overlege Houman Charani.
Fylkesmannen i Finnmark	1 representant; fylkeslege Karin Straume
Alta kommune	1 representant; kommuneoverlege Frode Øvrejord
Hammerfest kommune	1 representant; fastlege Paal André Skjærpe
Sør-Varanger kommune	1 representant; fastlege Drude Bratlien
Samisk helsetjeneste	1 representant; overlege Frøydis Nystad Nilsen (SANKS/DPS)

## 2.3 Utvalgets arbeidsform og møter

Tidsplan og frister for utvalgets arbeid:

20. januar 2013	Innspill til mandat og oppnevning av representanter til utvalget
31. januar 2013	Formell oppretting av utvalget v/Fakultetsstyret, Helsefak
19. februar 2013	Første møte i utvalget (Alta)

16. april 2013	Andre møte i utvalget (Hammerfest)
6. mai 2013	Tredje møte i utvalget (Karasjok)
27. mai 2013	Fjerde møte i utvalget (Tromsø)
6. september 2013	Femte møte i utvalget (Tromsø)
(2. desember 2013	Vedtak i Fakultetsstyret, Det helsevitenskapelige fakultet )
29. januar 2014	Sjette møte i utvalget
14. februar 2014	Overlevering til dekan for fremlegg i Fakultetsstyret
Februar-mars 2014	Høringsrunde
15. mai 2014	Komplett behandling i Fakultetsstyret

Sør-Varanger kommune meldte allerede tidlig i prosessen at kommunen ikke hadde ressurser til å gå inn i dette utvalgsarbeidet og at de heller ikke har ressurser til at primærhelsetjenesten vil kunne bidra med mer i studentundervisningen enn det den gjør i dag.

Videre meldte avdelinger ved Klinikk Kirkenes at de ikke kan øke antall medisinstudenter ved sykehuset. Utvalget har derfor ikke vært på befaring der og heller ikke innhentet detaljinformasjon om undervisningskapasiteten ved de ulike sykehusavdelingene i Kirkenes.

## 2.4 Økonomiske rammer

UiT og Helse-Nord RHF sendte i januar 2013 et felles notat til Helse- og omsorgsdepartementet som beskrev ønske om økt opptak til medisinstudiet med i alt 10 studieplasser, begrunnet i regionalisering av studiet til Finnmark, tilsvarende "Bodøpakken". I notatet til HOD ble også de finansielle forutsetninger skissert. Finansieringen av undervisningen i Bodø ble beskrevet slik;

*"Regionaliseringen av legeutdanningen til Nordland/Bodø med inntil 25 studenter i studiets 6. studieår har ifølge Helse Nord RHF et budsjett på 15,7 mill. kroner som er finansiert gjennom øremerket bruk av utdanningstilskuddet fra HOD. Dette dekker praktisk og teoretisk undervisning, reiser og infrastruktur og lokal administrasjon. Regionalisering av medisinerutdanningen til Finnmark vil således fordre en samfinansiering fra KD (studieplassfinansiering) og HOD (utdanningstilskuddet)."*

I statsbudsjettet 2013 ble UiT tildelt 6 nye studieplasser i medisin over Kunnskapsdepartementets kapittel. Inntektene stipuleres slik, fordelt på basistildeling (fast tildeling per student) og studiepoengmidler (tildeling per produserte studiepoeng).

ÅR	Basistildeling for 6 ekstra studieplasser	STP midler for 10 ekstra studenter	Avtak UiT (25% av basis og STP midler)	Sum til Helsefak (75% av basis og STP midler)
2014	633 000	-	0	633 000
2015	2 448 000	-	0	2 448 000
2016	3 672 000	1 166 667	1 209 667	3 629 000
2017	4 896 000	2 566 667	1 865 667	5 597 000
2018	6 120 000	3 966 667	2 521 667	7 565 000
2019	7 344 000	5 366 667	3 177 667	9 533 000
2020	7 344 000	6 766 667	3 527 667	10 583 000
2021	7 344 000	8 166 667	3 877 667	11 633 000

De to første årene går hele basistildelingen til fakultetet for oppbygging av tilbudet. Senere år gjøres et avtak på 25 % av fakultetets basis- og studiepoengstildeling.

#### **Utvalgets vurdering:**

Ved etablering av tilbudet i Bodø, fikk UiT ikke tildelt nye studieplasser og opptaket av studenter ble ikke økt.

Ved etablering av "Finnmarkspakken" vil opptaket øke. Økningen i finansiering tilsier 6 nye studieplasser. Utvalget anbefaler at opptaket økes slik at 12 studenter kan overføres til Finnmark de to siste årene. Dette av hensyn til det faglige læringsmiljøet lokalt mellom studentene. En slik økning vil føre til økt behov for gruppelærere de fire første årene mens studentene studerer ved campus Tromsø, altså noe økte kostnader ved campus Tromsø.

Utvalget vil videre presisere at utdanning av 12 sjettedeårsstudenter i Finnmark vil bli forholdsmessig dyrere per student enn i Bodø. Dette skyldes at utarbeiding av undervisningsopplegg og gjennomføring av fellesundervisning vil bli omtrent like omfattende uansett om undervisningen gjelder 12 eller 25 studenter. Den foreslåtte modellen med Hammerfest som base og med 2 moduler i Alta og 1 modul i Karasjok vil videre medføre forholdsvis høyere bokostnader og reisekostnader enn i Bodø. Til sist vil trolig omfang av innleide lærere eller ambulerende lærere være større i Finnmark enn i Bodø.

Utvalget mener at finansieringen av undervisningsarenaer i Finnmark må gjøres etter tilsvarende modell som Bodø med utdanningstilskudd fra HN-RHF som hovedfinansieringskilde. Utvalget har ikke utarbeidet en detaljert finansieringsplan. Dette må utarbeides i en eventuell etterfølgende prosjektfase.

### 3. Beskrivelse av medisinstudiet i Tromsø

#### 3.1 Generelt om medisinstudiet i Tromsø

Medisinstudiet i Tromsø startet i 1973. Studieplanen var nyskapende med integrasjon av biologi, klinikk og samfunnsmessige temaer i hele studieløpet, mer pasientkontakt, moderne pedagogikk og organisasjon, lang praksisperiode i lokalsykehus og primærhelsetjenesten samt valgfri elementer og forskningstrening. Studieplanen ble tidlig sett internasjonalt og ble til inspirasjon for andre legeutdanninger. Studier blant turnusleger har vist at leger utdannet i Tromsø rapporterer å ha et bedre ferdighetsnivå for praktiske ferdigheter sammenliknet med andre legeutdanninger i Norge (Lundeby mfl. 1999; Gaarder mfl. 2000).

#### 3.2 Opptakskvoter til medisinstudiet i Tromsø og fordeling på ulike campus

Studenter tas opp i ulike kvoter. Fordelingen framgår nedenfor. Tall i parentes angir laveste poengsum for opptak i kvoten høsten 2013:

Ordinær kvote med tilleggspoeng: 19 plasser (66,2)

Ordinær kvote med førstegangsvitnemål: 19 plasser (56,9)

Nordnorsk kvote med tilleggs poeng: 26 plasser (61,5)

Nordnorsk kvote, førstegangsvitnemål: 26 plasser (51,9)

Kvot for søkere fra Nord-Troms/Finnmark med tilleggs poeng: 4 plasser (62,3)

Kvot for søkere fra Nord-Troms/Finnmark med førstegangsvitnemål: 4 plasser (54,3)

Samisk kvote: 2 plasser (poenggrense oppgis ikke)

Rekruttering av studenter til "Bodøpakken" har til nå vært basert på frivillighet. Det har bygget seg opp et godt omdømme rundt studietilbudet i Bodø, og tilbudet er nå fulltregnet et år i forvegen. Det er like fullt behov for å sikre at plassene i Bodø til enhver tid benyttes. Med bakgrunn i dette vil studentene fra og med kull MK13 måtte velge plass allerede på andre studieår. Dersom ikke et tilstrekkelig antall studenter velger Bodø, vil vi i tråd med informasjon utgitt i forkant av opptaket, gjøre en loddtrekning blant de øvrige studentene slik at plassene fylles opp.

#### Utvalgets vurdering:

Etablering av en "Finnmarkspakke" vil være så ressurskrevende at det må sikres at ressursene benyttes fullt ut fra første ordinære gjennomføring. Det vil si at vi har 12 studenter i Finnmark fra første ordinære driftsår.

For fordeling av studenter mellom campus Tromsø, Bodø og Finnmark for 5. og 6. studieår tilrår utvalget samme praksis som for fordeling til Bodø. Det vil si at studentene i løpet av 2. studieår først får muligheten til frivillig påmelding til de ulike campuser, deretter at det gjennomføres en loddtrekning for å fylle opp eventuelle ledige plasser i Bodø og Finnmark. Studentene vet da tidlig i studiet hvor de skal slutføre sitt studium. Dette vil kunne skape misnøye hos enkelte og saksbehandling av søknader om bytte av studiested og lignende.



Som for "Bodøpakken" vil det være naturlig å gjennomføre 5. og 6. studieår som pilot en eller to ganger før første ordinære gjennomføring. Piloten vil gi omdømme og erfaringer som vil bidra til rekruttering.

Det viktigste rekrutteringstiltaket i forbindelse med oppstart, er imidlertid at studentene eksponeres for gode og inspirerende gjestelærere fra Finnmark i studiets 1.-4. år.

Alternativet med etablering av eget opptak eller egne kvoter for Bodø og Finnmark vil medføre at det innledningsvis vil være studenter med lavere karaktersnitt som tas opp til hhv. Bodøpakken og Finnmarkspakken. Dette anser komiteen som uheldig. Søknader om overflytting til andre kvoter vil også da måtte håndteres.

### 3.3 Femte studieår i medisinstudiet – nåværende studieplan

Femte studieår består av tre emner:

MED-3501 Praksis i sykehus (27 STP) med 16 uker i praksis på sykehus (medisinsk og kirurgisk avdeling).

Med-3502 Praksis i kommunehelsetjenesten(13 STP) med 8 uker praksis i kommunehelsetjenesten.

MED-3950 5.-årsoppgave (20 STP) med gjennomføring av masteroppgave under veiledning.

Studentene har en 4-ukersperiode på 4. studieår som er avsatt til valg/definering av prosjekt, inngåelse av kontrakt med veileder og eventuelle forberedelser til gjennomføring av masterprosjekt. På 5. studieår er det avsatt 14 uker til gjennomføring av masterprosjekt og skriving av masteroppgave. Tid, sted og form på veiledningen avtales mellom hver enkelt student og veileder. Innleveringsfrist for masteroppgaven er 1. juni. Oppgaven vurderes til bestått/ikke bestått. De som får "ikke bestått" kan kontinuere 1. august. Studenter som ikke består etter kontinuasjon, vil ikke kunne gå videre på 6. studieår.

Helsetjenesten i *Finnmark* har tatt i mot 5.-årsstudenter i medisin hvert år siden 1977, dvs. helt siden oppstarten av medisinstudiet i Tromsø. Antallet studenter per år har variert, og har økt i takt med økt opptak til medisinstudiet.

Studieåret 2012/13 var 5.-årsstudentene i Finnmark fordelt slik:

	5. studieår, antall studenter			
	Hammerfest	Kirkenes	Alta	Andre
Sykehuspraksis	10	5		
Allmennmedisinpraksis	4	3	6	4

### Utvalgets vurdering:

Ved implementering av desentralisert studietilbud i Finnmark som foreslått av Utvalget, vil det være en styrke at fagmiljøene i Finnmark kan tilby masteroppgaveprosjekter og masterveiledning lokalt. Kontakt med potensielle veiledere vil studentene kunne få blant annet i forbindelse med øvrig undervisning 1.-4. studieår i Tromsø, hvor ansatte i Finnmark deltar som undervisere.

Videre er det utvalgets vurdering at brorparten av de 12 studentene som skal ta siste studieår i Finnmark, får sin sykehuspraksis i femte studieår ved Klinikk Hammerfest og allmennpraksis ved legekantor i Hammerfest eller Alta. Imidlertid er det svært ønskelig å fortsette å benytte Klinikk Kirkenes som praksisarena for 5. studieår, da primært med studenter som ikke tar "Finnmarkspakken".

### **3.4 Sjette studieår i medisinstudiet – nåværende studieplan (MED-3600)**

På 6.- året fordeles studentene i Tromsø i sju grupper. Disse gruppene har alternerende klinisk undervisning innenfor ulike fagområder i fireukers moduler gjennom året. I to uker i begynnelsen av høstsemesteret, i fire uker i begynnelsen av vårsemesteret, og alle fredager i studieåret har kullet fellesundervisning. Følgende fagområder er representert på 6. studieår gjennom teoretisk og klinisk undervisning:

Akuttmedisin	Hudsykdommer	Onkologi
Allmennmedisin	Immunologi	Ortopedi
Arbeidsmedisin	Indremedisin	Pediatri
Ergoterapi	Infeksjonsmedisin	Plastikk/handkirurgi
Etikk	Kirurgi	Psykiatri og rus
Farmakologi	Medisinsk biokjemi	Radiologi
Forebyggende medisin	Medisinsk genetikk	Rettsmedisin
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Medisinsk mikrobiologi	Revmatologi
Fysioterapi	Nevrokirurgi	Sosialmedisin
Gynekologi/Obstetikk	Nevrologi	Øyesykdommer
Helsetjenesteforskning	Obduksjon	Øre-nese-hals-sykdommer
	Odontologi	

For den enkelte student er den praktisk-kliniske undervisningen i modulene fordelt slik:

Modul 1 Øye/ØNH

Modul 2 Ortopedi

Modul 3 Nevrologi

Modul 4 Hud

Modul 5 Psykiatri

Modul 6 Gynekologi, obstetikk og onkologi

Modul 7 Pediatri

#### *Avsluttende profesjonseksamen i medisin*

I begynnelsen av mai starter eksamensperioden som varer i 5 uker, der hver student skal gjennom i alt fem eksaminasjoner i forskjellige fagområder, én felles skriftlig eksamen (6 timer) og fire muntlige eksaminasjoner som omfatter samtale med pasient og opptak av sykehistorie og klinisk undersøkelse av pasient. Hver kandidat blir trukket ut til 2-timers muntlig eksamen i to av de tre definerte "storfagene" allmenntmedisin, indremedisin og kirurgi, og til 1-times eksamen i to av i alt sju "småfag" – gyn/obst, hud, nevrologi og nevrokirurgi, øye, ØNH og revmatologi. Kandidaten presenterer en sammenfatning av anamnese og funn, og blir eksaminert om tilleggsfunn, utredning/behandling og andre tema av relevans innen faget. De muntlige eksamensprestasjonene vurderes av eksaminator i det aktuelle faget og en ekstern sensor. Skriftlig eksamensprestasjon vurderes av en bredt sammensatt eksamenskommissjon. Karakterskalaen bestått / ikke bestått benyttes. Kandidaten må bestå den skriftlige eksamen (med ca. 60 % rette svar), og hver av de fire muntlige deleksamener med tilfredsstillende resultat, der kvalifikasjonskravet er definert til "å være kvalifisert til å arbeide selvstendig som lege i nybegynnerstilling". I den graderte karakterskala som benyttes i høyere utdanning i Norge ([http://www.uhr.no/ressurser/temasider/karaktersystemet\\_1](http://www.uhr.no/ressurser/temasider/karaktersystemet_1)) svarer dette etter UiTs tolkning til karakteren "C".

### **3.5 Revidert studieplan i medisin**

En innstilling om revidert studieplan i medisin ble vedtatt av Fakultetsstyret for Helsefak i 2011 (<http://site.uit.no/nystudieplan/>). Implementeringen av ny studieplan startet høsten 2012. Den nye ordningen gjelder også tannlegestudenter, da medisin og odontologi har felles studieplan og undervisning de første 1 1/3 år av studiet.

Implementeringen av studieplanen går over seks år slik at 6. studieår skal gis i revidert form første gang studieåret 2017/2018. Arbeidet med utforming av dette studieåret er derfor fremdeles i en relativt tidlig fase når det gjelder detaljerte læringsmål, undervisningsformer og struktur.

På overordnet nivå beskrives det reviderte studiet slik:

**Mål med utdanningen** – å utdanne leger med helhetlig profesjonell og akademisk kompetanse som gjør dem i stand til å behandle sykdom, redusere lidelse og fremme helse gjennom pasientrettet og tverrfaglig arbeid i helsetjenesten, undervisning, fagutvikling, forskning og formidlingsarbeid.

**Det primære læringsmål** er at den nyutdannede legen skal kunne møte pasienten og familien empatisk og respektfullt og med utgangspunkt i denne sentrale relasjon undersøke, analysere og delta i håndteringen av de komplekse nettverk av relasjoner som

- forårsaker lidelse
- gir behandlingsmuligheter og
- påvirker prognosen

Dette skal skje med det best mulige resultat for pasienten, med reflektert bruk av kunnskap og tilgjengelige ressurser og i et respektfylt samarbeid med andre.

### 3.5.1 Innhold og undervisning i ny medisinsk studieplan i Tromsø

All undervisning bygger på en forståelse av helse og sykdom som flerdimensjonale fenomener – etter den såkalte biopsykososiale sykdomsmodellen. Respekt for pasientens autonomi og egenverd skal være overordnede verdier som formidles i alle elementer av medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø. Studiet er klinisk rettet og introduserer studentene tidlig for pasientkontakt og med særlig fokus på de helseproblemer man møter i primærhelsetjenesten.

Studiet har et klart definert "kjernepensum" bestående av omkring 120 integrerte kliniske problemstillinger. Disse kliniske problemstillinger er symptomer/sykehistorier pasientene presenterer, unormale funn ved undersøkelse eller avvikende laboratorieresultater. Til problemstillingene knyttes det indeksdiagnoser, og disse begrenser seg til det vanlige, det farlige og til tilstander som kan være spesielt gode illustrasjoner av sykdomsprosesser. De kliniske problemstillingene beskriver hvilke situasjoner det forventes at en nyutdannet lege kan håndtere adekvat.

Medisinstudiet er resultatorientert (outcome focused learning), og studieplanen har derfor læringsutbyttebeskrivelser (læringsmål) på studieplannivå, emnenivå og delemnenivå (13). Summen av læringsmål beskriver den kunnskap man må ha for å beherske de om lag 120 kliniske problemstillinger som definerer kjernepensum i studiet. Beskrivelsene omfatter teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter, ferdigheter i etiske og kommunikative utfordringer og samfunnsmedisinske tema.

I timeplanen er det maksimalt 10-12 timer forelesning og maksimalt 10-12 timer studentaktiviserende undervisningstimer per student pr uke. Totalt skal det ikke være mer enn 24 timer timeplanfestet undervisning pr uke i 1.-4. studieår og i 6. studieår. Femte studieår kan ikke rammes inn på samme måte fordi det er et studieår med desentralisert praksis (24 uker) og masteroppgave (14 uker).

### 3.5.2 Undervisningsformer

2012-Studieplanen gir en mer inngående beskrivelse av de ulike undervisningsformer som er langt inn i ny studieplan. De undervisningsformer som er aktuelle for 5. og 6. studieår nevnes kort her:

Forelesning for introduksjon, oversikt eller sammenfatning.

Introduksjonsforelesning hvor foreleseren er fritatt fra å følge læringsutbyttebeskrivelser og får bestemme selv hva og hvordan han/hun legger det fram. Tanken er å gi studentene en inspirerende start på nye temaer.

Case-gjennomgang er en type forelesning der lærer gjennomgår en case som studentene nylig har jobbet med.

Pasientforelesning er studentfremlegg fra studenter som har undersøkt en pasient og deretter legger dette frem for de øvrige studentene på kullet under veiledning.

Case-grupper: Casebasert læring (CBL) har ingen entydig definisjon, men "case" er her definert som et scenario hvor studenten møter ulike problemstillinger gjennom sykehistorier på individ- eller gruppenivå. Casen integrerer medisinske basalfag, samfunnsmedisinske fag og kliniske fag, og oppgavene krever derfor både teoretisk kunnskap, praktiske og kommunikative ferdigheter og innsikt i etiske utfordringer.

Basisgrupper: Basisgruppene er hovedarenaen for det langsgående delemnet "Profesjonell kompetanse". Gruppene skal ha en stabil sammensetning over lengre tid og skal bestå av 8-12 studenter som er tilknyttet en eller to mentorer. Et av hovedmålene med disse gruppene er å gi studentene personlig oppfølging. Mentoren er knyttet til gruppen over en lengre tidsperiode - minimum et år, og helst igjennom alle seks studieår. Mentor i basisgruppene har også ansvaret for å ha individuelle samtaler med basisgrupped medlemmene minst en gang per år.

E-læring: Interaktive nettbaserte forelesninger, videofilmer, nettbasert case-undervisning, "læringsstier" og virtuelle pasienter. Læringsformen kan tas i bruk der en finner det pedagogisk tjenlig.

Praktisk klinisk undervisning (PKU): Undervisning i større eller mindre grupper med pasient og under veiledning av lege. Undervisningen varer fra 45 min. og opp til en arbeidsdag.

Ferdighetstrening: Dette kan være teknisk, diagnostisk, terapeutisk og kommunikasjonsmessig og skje på modeller, dukker, medstudenter (der dette er naturlig), simulerte pasienter/skuespillere og standardiserte pasienter.

Gjennomgang av anatomiske og patologiske preparater: Jobbing i mindre grupper sammen med patolog for gjennomgang av anatomiske og patologiske makropreparater.

Praksisopphold: Tidlig i studiet vil dette være mest for observasjon og refleksjon, mens det i slutten av studiet vil være pasientbehandling under veiledning. Første studieår (MED-1501) har man to til tre dager observasjonspraksis hos allmennlege og en dag observasjonspraksis i sykehjem. Hovedpraksis foregår i 5. studieår, og studentene fordeles

da til landsdelens sykehus og kommuner. Man har 16 ukers praksis i spesialisthelsetjenesten (MED-3501) og 8 uker praksis i primærhelsetjenesten (MED-3502). Undervisningen i praksisperiodene gis av ansatte i helsetjenesten som gjennom avtaler med UiT og gjennom faglig oppfølging av fakultetets ansatte, er godt forberedt på oppgaven. For mer detaljer om praksis, se emnebeskrivelse for MED-3501 og MED-3502. Studentenes rettigheter og plikter i praksisperiodene er definert i utfyllende bestemmelser.

Skriftlige oppgaver: Flere steder i studiet vil det være innlevering av større eller mindre skriftlige oppgaver. Dette vil variere i omfang og form; fra et refleksjonsnotat etter praksisopphold første semester til en 20 studiepoengs masteroppgave 10. semester.

### **Utvalgets vurdering:**

Det som ligger til grunn for et revidert 6. studieår er at den kliniske undervisningen skal gis etter modell av dagens moduler, men der praksis og teoretisk innhold vil bli noe endret. Det vil bli lagt mer vekt på samhandling enn i dagens studiemodell. Utvalget velger å være åpen for alternativer til dagens modell med 7 moduler, dette for å finne praktiske løsninger som kan gjennomføres i Finnmark. Videre oppfatter utvalget at strukturen i 6. studieår kan avvike noe mellom Tromsø, Bodø og Finnmark, så lenge læringsmålene er de samme.

Revisjonsarbeidet viser så langt at det 5. studieåret fortsetter relativt uforandret, men man vil spesifisere at to av seksten uker sykehuspraksis skal bestå av praksis i psykiatri.

De studenter som ble tatt opp høsten 2013 er det første kullet som er tatt opp under en forutsetning om at de vil bli fordelt mellom Tromsø, Bodø og eventuelt Finnmark for undervisning 6. studieår (studieåret 2018/2019). Forut for dette må man (som med Bodøpakken i dag) basere seg på frivillig flytting til annet lærested. Det vil trolig være tjenlig å gjennomføre et pilotforsøk for en frivillig gruppe studenter før man implementerer dette som et ikke-valgfritt tilbud.

### **3.6 Bodøpakken – tilblivelse og gjennomføring**

I 2009 startet UiT opp med regionalisert sjettedeårs-studium i Bodø, med Nordlandssykehuset som base (se avsnitt 1.4).

Arbeidet med etablering av dette utdanningstilbudet tok bare om lag ett år fra beslutning til oppstart. I den perioden ble følgende momenter drøftet, diskutert og landet i en formell samarbeidsavtale mellom Helsefak og NLSH

Samarbeidsorgan

Ansvarsdeling mellom partene

Ansvar og forpliktelse for partene

Finansiering av tilbudet

Formålet med avtalen er

*"å gi nødvendige rammer for et integrert samarbeid innenfor medisinerutdanningen med særlig fokus på 5. og 6. studieår og oppbygging av vitenskapelig kompetanse for undervisning og forskning. Samarbeidet vil blant annet omfatte veiledning og undervisning av inntil 25 studenter på 5. studieår og inntil 25 studenter på 6. studieår ved Nordlandssykehuset HF, og avtalen skal blant annet bidra til å motivere studenter til å velge framtidig arbeidsplass i hele den nordlige landsdel."*

*Se signert samarbeidsavtale i kapittel 10 Vedlegg.*

*Se Oversikt over bistillinger ved NLSH tabell 1 i kapittel 10 Vedlegg*

Studieåret 2013/2014 gjennomføres 6.-årsundervisning i Bodø for femte gang.

Gjennomføringen av tilbudet har så langt basert seg på at studenter frivillig har meldt seg for å ta 6. studieår i Bodø. Gruppen i Bodø har derfor økt fra 9 studenter første år, til nå full gruppe på 24 studenter. Tilbudet har godt omdømme på grunn av engasjerte lærere og arbeidsforhold som gir tettere kontakt mellom studenter, lærere og administrasjon.

Studiefasilitetene har også vært godt tilrettelagt fra dag én. Dog har man så langt ikke klart å legge godt nok til rette for IKT-basert undervisning.

### 3.7 Autorisasjon

Medisinstudiet er en profesjonsutdanning som kvalifiserer for begynnerstilling i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Siden 1950-tallet har det vært obligatorisk å gjennomføre turnustjeneste på 1 ½ år for å få full autorisasjon som norsk lege.

Mens autorisasjon tidligere ble gitt etter endt turnustjeneste, er ordningen endret i 2013 slik at bestått profesjonseksamen i medisin automatisk gir rett til autorisasjon som lege ([www.helsedirektoratet.no/.....Ny\\_turnusordning\\_veiledningsmaterieell\\_1.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/.....Ny_turnusordning_veiledningsmaterieell_1.pdf)). Leger med utenlandsk profesjonsutdannelse i medisin har også rett til autorisasjon, med eller uten turnustjeneste. Helsemyndighetene har bestemt at turnustjenesten skal beholdes i form av turnusstillinger av 1 ½ års varighet. Denne perioden vil utgjøre en obligatorisk del av alle spesialistutdanninger. Det er etablert færre turnusstillinger enn antall søkere til stillingene. Dette er en ønsket utvikling fra helsemyndighetenes side. De som ikke får turnusplass (LUT-leger, Leger uten turnusstilling), er per definisjon kvalifisert til å arbeide selvstendig som lege og kan søke på de stillinger de har kompetanse for, eller arbeide selvstendig innenfor konsulentvirksomhet m.m.

#### **Utvalgets vurdering:**

Det at studentene får autorisasjon idet de uteksamineres fra universitetet, stiller om mulig enda større krav enn tidligere til bred teoretisk og praktisk utdanning av høy kvalitet i medisinstudiet.

Ifølge Kvalitetsreformen skal kompetansekravene beskrives gjennom læringsutbyttebeskrivelser (læringsmål). Læringsmålene må være de samme for alle medisinstudenter ved UiT, uavhengig av studiested i siste studieår. Utvalget mener at dette ikke er til hinder for å vektlegge lokale kompetanseutfordringer i undervisningen. For Finnmarks vedkommende kan dette gjelde krav til kompetanse innen akuttmedisin, der "Finnmarkspakken" kan gi særskilt grundig trening på prosedyrer og tiltak som primærleger må beherske der det er langt til spesialister i faget. Det kan også gjelde krav til kulturkompetanse i møte med pasienter, i særlig grad samiske pasienter. Her vil institusjonen SANKS – Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus være sentral. Å være legespesialist i Finnmark, også innenfor sykehus, krever faglig breddekompetanse så vel som kjennskap til helsetjenestens organisering, jf. sykestueplasser og distriktsmedisinske sentre. Dette samhandlingsperspektivet vil være et viktig supplement i studentundervisningen i Finnmark.

BEST-konseptet (Bedre & systematisk teamtrening) har sitt utspring i Finnmark og er godt befestet både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det vil være en styrke å tilby studentene konseptet gjennom student-BEST.

#### **4. Beskrivelse av helsetjenesten i Finnmark**

Helsetjenesten i Finnmark er organisert etter de geografiske forhold i kombinasjon med lav befolkningstetthet. Den akuttmedisinske kjeden er sterkt vektlagt. Den døgkontinuerlige akuttberedskapen i spesialisthelsetjenesten er spredt og befinner seg på sykehusene i Kirkenes og Hammerfest, på luftambulansens base i Alta og redningshelikopteret i Lakselv.

I denne desentraliserte strukturen er kulturen for samhandlingen mellom 1.- og 2.- linjetjenesten i stadig utvikling. Rammebetingelsene i Finnmark ligger således godt til rette for å tilby undervisning i et desentralisert fagmiljø som likner på øvrige vellykkede internasjonale undervisningsarenaer beskrevet i punkt 1.3.



## Hvor stort er Finnmark fylke ?



Finnmark fylke er 48 600 km<sup>2</sup>, og befolkningstallet er stigende med knappe 75 000 (SSB). Kartet ovenfor illustrerer avstander og hvorfor en desentralisert helsetjeneste har vokst fram.

Store utbyggingsprosjekter innen helsetjenesten er under planlegging i regi av Helse Nord. Finnmarksykehuset har byggeplaner for sin klinikk i Hammerfest og Kirkenes. Det er også planer for felles nybygg (spesialist og primærhelsetjeneste) i Alta og Karasjok. Dette vil endre/omfordele en del av spesialisthelsetjenestene i fylket i løpet av den kommende 3-årsperioden før studentene vil være på plass.

Finnmarksykehuset HF har bl.a. utredet prosjektet Samisk Helsepark– Sámi Dearvvašvuoda Siida, der man har utredet og kommet med anbefalinger om innhold og organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i Samisk helsepark. Samisk helsepark er tenkt å tilby spesialisthelsetjenester både innen somatikk, rus / TSB, psykiatri samt senter for læring og mestring ved kronisk sykdom (LMS).

I 2015 starter byggingen av nytt sykehus i Kirkenes, og i 2020 planlegges oppstart av nye sykehuslokaler i Hammerfest.

For å få oversikt over medisinske fagområder og mulig undervisningskapasitet som er representert i Finnmark i dag, har vi i valgt å se på hvor mange overlegestillinger det er på sykehusene.

#### 4.1 Samisk helsetjeneste og Samisk helsepark

##### SANKS – Samisk nasjonalt kompetansesenter / DPS-Midt Finnmark

SANKS er en spesialisthelsetjeneste underlagt "Klinikk Psykisk Helsevern og Rus" i Finnmarkssykehuset HF. Senteret har distriktpsikiatriske funksjoner for Midt-Finnmark i tillegg til spesialisthelsetjenester for samisk befolkning i hele Norge, og er godkjent som samisk nasjonal kompetansetjeneste innen psykisk helsevern og rus. Det er inngått samarbeidsavtale med finske myndigheter om tjenester til samisk befolkning på finsk side, og med Svenske myndigheter om tjenester til samisk befolkning i Nord-Sverige.

Institusjonen vil være en hjørnestein i en kommende Samisk helsepark. Den har i en årrekke vært et aktivt utdanningssted for fagfolk i spesialisering innen psykiatri / barne- og ungdomspsykiatri (gjelder flere forskjellige fagdisipliner). I tillegg mottar SANKS i Karasjok både lege- og psykologistudenter i grunnutdanning, samt studenter innen de 3-årige helse- og sosialfaglige utdanningene. Fagfolkene har lang erfaring i å gi veiledning og følge opp studenter under lengre eller kortere praksisopphold. Det er videre god tilgang til undervisningsrom / telematikkstudio, IT-ressurser og bibliotek.

Det er tilrettelagt egne kontorer for studenter / besøkende forskere som er utstyrt med pc og andre fasiliteter. I alt 7 fagfolk ved SANKS har doktorgrad: 1 overlege, 1 LIS-lege, 4 psykologspesialister, og 1 sosialantropolog. 2 PhD-kandidater er i tillegg ansatt ved institusjonen. Det foregår aktiv forskning på senteret, og LIS-legene inviteres regelmessig til å delta i ulike fagutviklingsprosjekter. Læringsmiljøet for studentene må derfor betegnes som meget godt.

SANKS har 3 avdelinger: avdeling for barn og unge, avdeling for voksne og en FoU-avdeling. SANKS er godkjent som tjenestested både innen spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri og spesialiteten psykiatri – flest år innen førstnevnte. Voksenpsykiatrisk poliklinikk er godkjent som 9 måneders fordypningstjeneste innen samisk / transkulturell psykiatri som del av 2 års poliklinisk tjeneste.

SANKS har følgende enheter:

Avdeling for barn og unge (hovedsete i Karasjok):

- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), hvorav 3 overleger og 2 LIS-leger
- Ambulant team
- Samisk Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT), hvorav 1 overlege
- Familieavdeling, hvorav 1 overlege, 1 LIS lege

- Ungdomspsykiatrisk avdeling, hvorav 1 overlege og 1 LIS-lege

Avdeling for voksne (hovedsete i Lakselv):

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk, hvorav 2 overleger og 1 LIS-lege
- Psykiatrisk døgnavdeling for voksne
- Ambulant akutt-team for voksne, hvorav 2 overleger

Avdeling for forskning og fagutvikling (hovedsete i Karasjok):

- 1 FoU-leder
- 2 PhD-kandidater (eksternt finansiert)
- 2 FoU-konsulenter

I tillegg har SANKS utekontorer i Tysfjord (lulesamisk område), Snåsa (sørsamisk område) og i Oslo med egne ansatte.

#### Spesialistlegesenteret i Karasjok

Spesialistlegesenteret i Karasjok er en desentralisert, somatisk poliklinikk underlagt "Klinikk Hammerfest" og består i dag av:

- 1 fast spesialist i indremedisin/gastro/reumatologi, med PhD (100 % stilling)
- 1 fast spesialist i hudsykdommer (100 % stilling)
- Ambulerende spesialister fra de to Finnmarks-sykehusene i fagene ØNH, reumatologi, lungesykdommer, pediatri, gynekologi og radiologi (deltidsstillinger).
- 2 sykepleiere
- 1 audiograf (høresentral)
- Røntgen-laboratorium for bryst/skjelett diagnostikk (som betjenes fra Hammerfest 1-2 dager hver annen uke)
- Lipidklinikk (mangler ernæringsfysiolog)

I tillegg er det én privatpraktiserende spesialist i Karasjok (kardiolog, fulltidspraksis) som har sagt seg interessert i å ta imot studenter.

#### Finnmarksklinikken

Finnmarksklinikken, som er lokalisert til Karasjok, består av en døgnenhet med 12 senger samt poliklinikk for rusmiddelavhengige. Klinikken tar inn pasienter fra hele Finnmark til TSB-behandling. Den har i tillegg et særskilt ansvar for å gi tjenester til samisk befolkning. I bemanningen inngår 1 overlege.

#### Samisk Helsepark - Sámi Dearvvašvuoda Siida

For å styrke spesialisthelsetjenester rettet mot samisk befolkning, ønsker man å samlokalisere og samorganisere flere fagfelt, som vil få særlig ansvar for å yte tjenester til samisk befolkning. Aktuelle fagfelt som tenkes samlokalisert og samorganisert i Karasjok er: barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, TSB/rus, somatiske spesialisthelsetjenester og LMS, i tillegg til en felles FoU-avdeling.

Når det gjelder somatiske spesialisthelsetjenester, dreier det seg om en utvidet somatisk poliklinikk med i alt 10.8 nye stillinger (Spesialistlegesenteret), ambulerende geriatrisk

team og rehabiliteringsteam med tilhørende senger for utredning, høresentral, røntgen og laboratorium.

Innhold og dimensjonering av Samisk Helsepark - Sámi Dearvvašvuoda Siida er imidlertid ennå ikke ferdigbehandlet av Finnmarkssykehuset. Uansett vil det ta tid å utvikle tjenestene, spesielt innen somatikken. Helse Nord har foreløpig satt av 40 mill. i etableringsmidler til samlokaliseringen av SANKS-senteret og Spesialistlegesenteret. Dette byggeprosjektet planlegges ferdigstilt i 2016. For 6.-årsstudenter som følger revidert studieplan, vil praksis i Karasjok kunne skje fra 2017/2018.

## 4.2 Spesialisthelsetjenesten i Finnmark

### 4.2.1 Klinikk Hammerfest

Den somatiske helsetjenesten i Finnmarkssykehuset HF har hovedbase ved de to sykehusene i fylket: *Klinikk Hammerfest* og *Klinikk Kirkenes*. Befolkningen er på knappe 75 000 personer (kilde SSB) hvor av grovt regnet 2/3 bor i vestfylket. I tillegg til sykehusene er det desentralisert spesialisthelsepoliklinikk i Alta og Karasjok, med ambulerende leger innen ulike spesialiteter. Det er i all hovedsak spesialister fra sykehusene Hammerfest og UNN som ambulerer. Dette betyr at studentene vil treffe de samme spesialistene på de ulike steder behandling foregår.

Sykehuset i Hammerfest bidrar til å utdanne mange kategorier helsepersonell og er i den sammenheng viktig for helsetjenesten i hele Finnmark.

Klinikk Hammerfest har 440 årsverk, 95 senger og følgende avdelinger/enheter (senger):

- Akuttavdeling
- Avd. for medisinsk biokjemi og blodbank
- Barneavdeling (8 + tre nyfødsenger)
- Barnehabilitering
- Føde/gyn-avdeling (14 + ett isolat)
- Fysioterapi/ergoterapiavdeling
- Kirurgisk avdeling (13 senger)
- Medisinsk avdeling (33 senger som 7-dagerspost, 8 senger som 5-dagerspost, inkl. utredningssenger øremerket geriatri (4)
- Ortopedisk avdeling (13 senger)
- Radiologisk avdeling
- Geriatrisk team - som disponerer 4 senger v/ med. avd. øremerket for geriatrisk utredning

Poliklinikker:

- Kreft, kirurgi, ortopedi, medisin, pediatri, gynekologi, svangerskap og dermatologi

Klinikken har også 8 dagkirurgiske senger og 15 senger på intensivavdelingen (7 medisinske, 7 kirurgiske og 1 isolat). I tillegg kommer 14 pasienthotellsenger fordelt på kirurgi, ortopedi, indremedisin og gyn/føde-avdeling. Alle habiliterings- og rehabiliteringstjenester for barn i Finnmark er samlet i Hammerfest, mens tilsvarende tjenester for voksne er lokalisert i Kirkenes.

(Se tabell 2 i vedlegget for oversikt over overlegestillinger ved Klinikk Hammerfest.)

I tillegg kommer ambulerende legespesialister fra UNN m.fl. deler av året i følgende fag:

- Nevrologi (UNN) – ca. 4 dager per måned
- Revmatologi (UNN) – 2-3 dager hver annen måned
- ØNH (Kirkenes)
- Hudsykdommer – (Karasjok)

En lege med PhD i medisinsk etikk er under utdanning til øyelege og har planer om å vende tilbake til Hammerfest i løpet av høsten 2015. For øyeblikket har Klinikk Hammerfest avtale med øyelege som tidligere var ansatt på UNN om 1 uke poliklinikk per mnd.

Akuttmedisinsk avdeling har seks ansatte overleger, fem med hovedtjenestested i Hammerfest og én med tjeneste på Banak (redningshelikopter). En av legene er professor II ved Institutt for klinisk medisin, UiT. Avdelingen har ansvaret for luftambulansen i Alta med to fly og for redningshelikopteret ved Banak flystasjon i Lakselv, og har her døgnkontinuerlig dekning med spesialist i anesthesiologi. Avdelingen er sete for BEST-stiftelsen (Bedre & systematisk teamtrening) som ble initiert og etablert av anestesileger ved Hammerfest sykehus, og som har fått svært stor utbredelse i Norge. Avdelingen har lang erfaring med å arrangere case-baserte simuleringer; kommune-BEST, traume-BEST, Barne-BEST og etter hvert Føde-BEST med nyfødtesuscitering. En av overlegene er sertifisert APLS (Advanced Paediatric Life Support) instruktør. Sea King-redningshelikopteret i Lakselv er en viktig ressurs i den akuttmedisinske kjeden i Finnmark og havområdene utenfor. Medisinskfaglig lege foreslår at studentene får en kort innføring i tjenesten gjennom 1-2 dagers besøk i grupper à 2 studenter. Om forsvarets redningshelikopter kan utgjøre en akuttmedisinsk læringsarena, må endelig avklares med forsvarets skvadronssjef.

Av **tabell 2** i vedlegget fremkommer antall overlegeårsverk som var besatt per september 2013. Det er flere avdelinger som har fast ansatte overleger i 50 %-stillinger slik at antall personer kan være flere enn antall stillinger. Barneavdelingen har for eksempel 6 overleger som bekler de 4 overlegehjemlene. Dette er uttrykk for en bevisst tilsettingsstrategi for å dekke sub-spesialfelt kardiologi, endokrinologi, onkologi og nyfødttmedisin. Dette betyr igjen at flere kan delta i undervisningen som da blir mindre sårbar. Én LIS (lege i spesialisering) med lokal forankring startet høsten 2013 gruppe I tjeneste og ytterligere 3 LIS-leger arbeider i avdelingen.

Kirurgisk avdeling har for tiden én overlege i generell kirurgi og én urolog. Ytterligere en kirurg er i et 100 % PhD-løp og én i grenspesialisering - begge i Tromsø. Bemanningen forventes derfor å være stabil med 4 overleger om få år. Kirurgisk avdeling har 2 LIS-stillinger innenfor generell kirurgi som til enhver tid er besatt.

Ortopedisk avdeling i Hammerfest har 4 overlegehjempler og i perioder mulighet for en femte hjemmel i regi av prosjektet "Raskere tilbake". Det er to utdanningsstillinger for LIS-leger med 4 år godkjent i spesialiteten for ortopedi. Det er en stor dagkirurgisk aktivitet ved avdelingen. Ortopedisk avdeling dekker alle aspekter innenfor ortopedi bortsett fra ryggkirurgi, som er sentralisert til UNN. Ortopedisk avdeling har "sentralsykehus"-funksjon i Finnmark for ortopedi og traumatologi. I tillegg er det stor ambuleringsvirksomhet ved spesialistpoliklinikken i Alta. Det foretas bortimot 100 dagkirurgiske operasjoner i generell og lokal anestesi per år ved spesialistpoliklinikken i Alta. Denne virksomheten er det svært populært for 5.-årsstudenter å delta i for fagområdene anestesi og ortopedi.

Indremedisinsk avdeling i Hammerfest har seks overlegehjempler hvorav tre 100 %-stillinger, to 50 %-stillinger og én konstituert i 100 % stilling. En lokal LIS-lege er for tida (2013) i gruppe I-tjeneste. Avdelingen har i en årrekke rekruttert godt og er kjent for sitt gode læringsmiljø. Avdelingen har årelang erfaring med sykestuesenger og samarbeid med kommunene i regionen.

Ved radiologisk avdeling er det 4 overlegehjempler hvorav 2 100 %-stillinger er besatt. En LIS-lege startet høsten 2013 i gruppe I-tjeneste. Avdelingen har MR, CT samt UL-laboratorium og tolker også bilder tatt ved spesialistpoliklinikken i Alta.

Gynekologisk avdeling har 5 overlegehjempler hvorav 4.5 er besatt med totalt 5 personer. En LIS mangler ett år kirurgi før ferdig spesialist. Avdelingen har ytterligere en LIS-hjemmel som er en D-stilling. Avdelingen rekrutterer godt og har et tett samarbeid med fødestua i Alta og den kommunale jordmortjenesten forøvrig. Avdelingen har en "sentralsykehusfunksjon" i Finnmark pga. nyfødttintensivavdelingen.

#### Ambulerende tjenester ved Klinikk Hammerfest

Spesialister fra Hammerfest sykehus ambulerer i stort omfang. For eksempel ambulerte spesialister fra Helse Finnmark til sammen 530 døgn til spesialistpoliklinikken i Alta i 2012. Dette illustrerer en kultur hvor fokus på samhandling mellom 1.- og 2.-linjetjenesten og pasientens beste prioriteres høyt. I Finnmark er dette en holdning som er viktig å lære videre til yngre generasjoner av leger ettersom det er en viktig forutsetning for den desentraliserte strukturen med nærhet til de vanligste helsetjenestene.

Det er hovedsakelig fagområdene gynekologi, lungemedisin, ortopedi, anestesi, pediatri og kirurgi det ambuleres i fra Hammerfest til Alta. Ytterligere ambulerer fra Hammerfest til Karasjok finner sted i fagområdene gynekologi, indremedisin og pediatri. Pediatr ambulerer også fra Hammerfest til Kirkenes.

I tillegg er det slik at hudspesialist ambulerer fra Karasjok til Hammerfest og Alta, fysikalskmedisiner ambulerer fra Alta til Hammerfest og Kirkenes, og ØNH-spesialist ambulerer fra Kirkenes til Hammerfest.

Samisk spesialistpoliklinikk i Karasjok er underlagt klinikk Hammerfest og har faste spesialister innen indremedisin/reumatologi og hudsykdommer, i tillegg ambulerende spesialister innen fagene ØNH-sykdommer, pediatri og gynekologi. I tillegg er det to privatpraktiserende spesialister i hhv. Karasjok (hjertespesialist) og Lakselv (øyelege) som har sagt seg interessert i å ta imot studenter.

#### 4.2.2 Spesialistpoliklinikk i Alta

Finnmarkssykehuset Klinikk Hammerfest har desentralisert somatisk spesialistpoliklinikk i Alta lokalisert på Alta helsesenter der det i dag er 16 spesialister som ambulerer fra Hammerfest og UNN. I 2012 ble det ved poliklinikken utført ca. 6600 polikliniske konsultasjoner og ca. 130 dagkirurgiske inngrep, mest ortopediske.

Det er planlagt en betydelig økning av de polikliniske tjenestene i nær framtid. I tillegg har Alta 3 private avtalespesialister (øye-sykdommer, øre-nese-hals-sykdommer og gynekologi).

Ved Alta helsesenter har man videre en jordmorstyrt fødestue med 4 senger som i nært samarbeid med gynekolog ved Klinikk Hammerfest gjør en god seleksjon av de ca. 300 gravide/år, slik at ca. 100 føder på fødestua i Alta pr. år.

En dialyseenhet med 5 senger er i dag underlagt sykestua, men er planlagt overført til spesialistpoliklinikken sammen med enhet for cytostatika. Det er videre planlagt en enhet for infusjonsmedisin som også lokaliseres på spesialistpoliklinikken.

Alta har også luftambulansebase med 2 ambulansefly. Om lag 40 % av flyvningene benyttes til akutt transport av pasienter til en av klinikkene i Finnmark eller til Tromsø. Om lag 40 % av flyvningene brukes til planlagt transport av pasienter mellom sykehus og hjemkommune og sykehus imellom. Flyet bemannes av anesthesi-/intensivsykepleier. Ambulanseflyberedskapen er en viktig og sentral del av akuttberedskapen i Alta og Finnmark for øvrig. Den er, og kommer fortsatt til å være, en svært viktig faktor for akuttberedskapen i Alta. Også dette er et eksempel på samhandling mellom 1.- og 2.- linjetjenesten.

I regi av Helse Nord i samarbeid med Finnmarkssykehuset og Alta kommune foregår viktige utredningsarbeider om utvidelse av spesialisthelsetjenestene i Alta. Utredningen omfatter

Poliklinikk med dagkirurgi  
Sykestue  
Telemedisin  
Billeddiagnostikk  
Fødselsomsorg  
Akuttmedisin  
Bygg  
Laboratorium

Som følge av Helse Nord-utredningen vil det trolig bli en betydelig utbygging av helsesenteret, noe som vil tilrettelegge for betydelig forbedrede undervisningslokaler i tilknytning til legevakta og sykestua i nær tilknytning til den planlagte røntgenenheten med nye billeddiagnostiske modaliteter. Her er planlagt bygd auditorium, observasjonsrom, grupperom, øvingsrom og noen studieplasser, nærhet til legevakt, sykestue og spesialistpoliklinikk. Det er videre planlagt reetablering av VAKE som akuttmedisinsk støtte.

#### Utvalgets vurdering:

Utvidelse av sykestue/intermediærenhet fra 9 til 20 plasser vil kunne utgjøre en viktig og framtidsrettet læringsarena for flere typer helsepersonell der samhandling og tverrfaglighet må læres og praktiseres i det daglige.

Med luftambulansen som læringsarena vil studentene måtte lære seg å prioritere om pasienten skal transporteres med ambulansebil eller fly, og til 2.- eller 3.-linjetjenesten avhengig av alvorlighetsgrad og lokal organisering. Selv om ikke omfanget av slik tjeneste vil bli stor, vil det uten tvil bli en meget populær læringsarena som vil bidra til rekruttering til en "Finnmarkspakke".

Ved realisering av byggeplanene for Helsetjenesten i Alta vil det være mulig å tilrettelegge gode fasiliteter for opplæring av 6.-årsstudenter på spesialistpoliklinikken i de ulike spesialiteter.

#### **4.2.3 Klinikk Kirkenes**

Klinikk Kirkenes har 297 årsverk, om lag 55 senger + 8 hotellsenger. Klinikken har akuttavdeling, fysikalsk avdeling, kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, føde- og gynekologisk avdeling, samt radiologisk avdeling og avdeling for medisinsk biokjemi og blodbank. Alle habilitering- og rehabiliteringstjenester for voksne i Finnmark er samlet i Kirkenes, mens tilsvarende tjenester for barn er lokalisert i Hammerfest.

(Se tabell 2 i vedlegget for oversikt over overlegestillinger ved Klinikk Kirkenes)



I tillegg er det ambulerende tjenester i spesialitetene:

- Nevrologi
- Pediatri (1 dag per uke)

Akuttmedisinsk kommunikasjons-(AMK) sentral for Finnmark er lokalisert i Kirkenes.

Avdelinger ved Klinikk Kirkenes har meldt inn at de ikke kan øke antall medisinstudenter ved sykehuset. Utvalget har derfor ikke innhentet detaljinformasjon om undervisningskapasiteten ved de ulike sykehusavdelingene i Kirkenes.

#### **4.2.4 Klinikk psykisk helsevern og rus**

*Klinikk psykisk helsevern og rus* organiserer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og er lokalisert flere steder i fylket.

Klinikken er en del av Finnmarkssykehuset og består (p.t.) av tre distriktskykiatriske sentre (DPS) med underliggende avdelinger og ett senter (Finnmarksklinikken) for behandling av rusavhengighet. Helse Nord/Finnmarkssykehuset har konkrete planer om reorganisering og relokalisering av Klinikk psykisk helsevern og rus, og beskrivelsene nedenfor gir derfor bare et bilde av nå-situasjonen og kan ikke danne grunnlag for konkret utforming av timeplaner for sjette studieår. DPS Øst-Finnmark dekker sju kommuner og består av i alt 4 avdelinger for barne-, ungdoms- og voksenpsykiatri i Kirkenes og Tana. Siden det foreløpig ikke er aktuelt å stasjonere sjetteårsstudenter i Øst-Finnmark, omtales ikke avdelingen i Kirkenes og Tana ytterligere i utvalgets rapport.

##### DPS Vest-Finnmark

DPS Vest-Finnmark dekker de 7 kommunene i vestfylket og har døgn- og dagtilbud (Alta) og polikliniske tilbud (Alta og Hammerfest). De to kommunene utgjør omkring 80 % av befolkningen i klinikkens nedslagsområde.

Det ble i 2013 gjort en grundig utredning om utvidelse av tilbudet innen psykisk helse, inkludert etablering av døgnbasert (24/7) krise- og akutt-tilbud som delprosjekt under utviklingsplanen for Finnmarkssykehuset. Styret i Finnmarkssykehuset vedtok i desember 2013 følgende som har betydning for Alta/Vest-Finnmark; Det etableres et 24/7 akutt-tilbud innen psykisk helsevern i 2014, i samarbeid mellom DPS-ene basert på en bakvaksordning og bruk av lyd/bilde-kommunikasjon, det etableres 3 ambulante psykiatriske akutt-team (APAT) innen psykisk helsevern tilknyttet DPS-ene, og det første teamet etableres i 2014 og organiseres under DPS Vest-Finnmark.

Det er vedtatt at rusteamet i Alta videreutvikles, og at det opprettes et rusteam i Hammerfest. Døgnenheten i Alta utvides fra 10 til 15 plasser fra 2016.

Beslutning om dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling er utsatt til styremøtet i Finnmarkssykehuset 20. mars 2014, der alternativene er ingen plasser, 6 plasser eller alle 12 plassene lokaliseres i Alta.

Det forutsettes etablering og utvikling av tettere samarbeid mellom den kommunale rus- og psykiatritjeneste og rusteamet i Alta og videre tettere samarbeid mellom APAT og legevakta i Alta. Når dette fungerer vil dette være en meget god læringsarena som lettere vil kunne vise hele den nye og framtidige psykiatriske akuttmedisinske kjeden.

Utvalget vurderer at med planlagte DPS utvikling kan noen studenter ha sine 2 ukers praksis i psykiatrien i 5.-året i Alta.

#### Samisk Nasjonalt Kompetansesenter - psykisk helsevern, SANKS

SANKS har distriktpspsykiatriske funksjoner for Midt-Finnmark og er nasjonalt kompetansesenter innen psykisk helsevern for den samiske befolkningen i Norge. SANKS har som hovedmål å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer. SANKS driver klinisk arbeid, opplæring og undervisning samt forskning og utviklingsarbeid innen psykisk helsevern i forhold til hele den samiske befolkningen i Norge.

SANKS har 3 avdelinger: avdeling for voksne, avdeling for barn og unge og avdeling for forskning og fagutvikling.

Avdeling voksne er i dag lokalisert i Lakselv, men er foreslått flyttet til Karasjok og består av enhetene voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP), døgnavdeling og et akutt-team. Tvungent psykisk helsevern behandles av UNN/avdeling Åsgård i Tromsø.

Avdeling for barn og unge er lokalisert i Karasjok og består av enhetene Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) med ambulant team, psykiatrisk ungdomsteam (PUT), familieavdeling og ungdomspsykiatrisk avdeling.

SANKS Avdeling for forskning og fagutvikling (FoU) er lokalisert i Karasjok og representerer et dynamisk fagutviklingsmiljø med i alt 7 ansatte med doktorgrad.

### **4.3 Primærhelsetjenesten i Finnmark**

Finnmark er et stort og variert fylke som kan tilby mange spennende utfordringer for studenter i primærhelsetjenesten. Spesielt kan avstander og værforhold utgjøre en stor utfordring når det gjelder tilgang til behandling av pasienter med akutte og sub-akutte tilstander. I Finnmark er en del av befolkningen samisk og kvensk, hvor helsepersonell må ta hensyn til språk og kulturbakgrunn.

### 4.3.1 Hammerfest

Hammerfest har 3 legesentre med i alt 13 fastleger og en turnuslege på hvert legesenter. Sentrene tar også imot legestudenter. Fire av fastlegene er spesialist i allmennmedisin, disse er fordelt på 2 sentre. De andre fastlegene er under spesialisering. Hammerfest har en kommuneoverlege i 100 % stilling og en ass. kommuneoverlege i 60 % stilling. Mange av fastlegene har erfaring med undervisning av både turnusleger og medisinstudenter og ønsker å delta i dette ved en desentralisert utdanning. Tre av fastlegene har bistillinger ved universitetet i Tromsø. Én fastlege har bistilling hos fylkesmannen.

Legevakta er lokalisert i akuttmottaket på sykehuset og bemannes av kommunens fastleger. Legevakta har økende antall henvendelser de siste årene, ca. 12 000 henvendelser i 2012 (tall hentet ut fra Winmed). En arbeidsgruppe jobber med omgjøring av legevakta til døgnlegevakt med 2 senger for øyeblikkelig hjelp (ØHJ). Døgnlegevakta skal være bemannet av sykepleier hele døgnet. Kommunen er lovpålagt å ha ØHJ-sengene på plass senest 1. januar 2016.

Hammerfest har 70 sykehjemsplasser. I tillegg har kommunen en etterbehandlingsenhet med 5 senger lokalisert til sykehjemmet, hvorav én seng er øremerket palliativ behandling. Etterbehandlingsenheten tar imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. På sikt skal etterbehandlingsenheten omgjøres til en intermedieær enhet hvor fastlegene og legevakta kan legge inn pasienter. Kommunen bygger nå et omsorgssenter.

### 4.3.2 Alta

Alta har ca. 20 000 innbyggere og 4 legesentre med 24 fastleger. Legedekningen er stabil. Tre av legesentrene har turnuslege og veileder også 5.-årsstudenter. Elleve fastleger er spesialister i allmennmedisin, og alle fastleger følger veiledningsgruppe i allmennmedisin.

På Alta helsesenter finnes Sentrum legepraksis med 8 fastleger og én turnuslege. I samme bygg finner man også legevakta /daglegevakta, sykestua med 9 plasser, fødestue med 4 plasser, enhet for rus og psykiatri, fysikalsk avdeling, rehabiliteringsavdeling med 21 plasser, DPS med BUP, VPP og psykiatrisk sengepost med 10 plasser og dessuten en stor spesialistpoliklinikk (se avsnitt 4.1.2).

Alta har døgnåpen legevakt i egne lokaler ved helsesenteret, som bemannes av kommunens fastleger. Alle telefoner om akutte hendelser siles av legevaktsykepleier gjennom hele døgnet. Daglegevakten er betjent med en turnuslege og en fastlege på hverdager kl. 8-16. Legevakt på kveld, natt og helg/høytid har alltid bakvakt, som har hjemnevakt. Turnusleger går inn i kommunal vaktordning, men alltid med en fastlege som bakvakt. Daglegevakten tar imot alle akutt pasienter som har behov for ambulanse på dagtid og de som må på røntgen pga. mistanke om brudd. I tillegg fungerer tjenesten som

erstatning for fastlege for alle som har behov for legetjenester, men som ikke bor i kommunen, dvs. studenter, elever, gjestearbeidere, besøkende og turister.

Alta legevakt har forholdsvis mange pasientkontakter; med ca. 20000 innbyggere har man rundt 12000 kontakter til legevakt. Til sammenligning med Tromsø, som har 66000 innbyggere og 23000 kontakter pr år. (Tall hentet fra vaktårnrapporten til Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin, 2011). Daglegevakten i Alta kan derfor i større grad utgjøre en læringsarena for studenter enn daglegevakten i Tromsø.

Alta kommune har i alt 7 sykehjem med i alt 138 plasser. Disse er planlagt sentralisert og utbygd til ett stort sykehjem med 150 plasser i tilknytning til Alta helsesenter. Det er også planlagt bygging av 50 bemannede omsorgsboliger i nær tilknytning til omsorgssenteret.

#### Utvalgets vurdering:

Daglegevakten i Alta er allerede en betydelig og viktig læringsarena for turnusleger og til dels 5.-årsstudenter. Dette kan utvikles videre.

Alta kommune med godt utbygd primærhelsetjeneste, samlokalisert med spesialisthelsetjeneste og sykehjemsplasser vil kunne bli en særlig egnet læringsarena for medisinstudenter. Alt dette vil kunne bli meget gode læringsarenaer for alle typer helsepersonell, og kan således bli en læringsarena for samhandling

Dersom utbyggingen av ovennevnte institusjoner kommer i gang innen 2015, vil de kunne stå ferdige i 2018/2019 og derfor være klare for å motta de første studenter som kan måtte velge Finnmark som lærested i det 6. året av studiet.

### **4.3.3 Karasjok**

Karasjok kommune har ett legesenter med 4 fastlegestillinger samt 1 turnuslegestilling, og de har stor stabilitet i legetjenesten. Det er egen legevaktberedskap på kveld og natt. Kommunen har sykeavdeling med 18 sykehjemsplasser, 4 sykestueplasser og 1 akuttbehandlingsplass. Det er en godt fungerende ambulansetjeneste som er aktiv i utviklingen av akuttmedisinske funksjoner i kommunen. I tillegg er det i kommunen et eget utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkningen med fokus på fagutvikling, kompetanseheving og forskning.

### **4.3.4 Andre Finnmarkskommuner som tar imot 5.-årsstudenter**

I **Sør-Varanger kommune** er det i alt 9 fastleger som alle jobber på ett legekontor. Det er to sykehjem i kommunen. Legevakttilbudet i Kirkenes ytes av legesenteret på dagtid, mens

på kveldstid er legevakta samlokalisert med akuttmottaket på sykehuset og bemannet av kommunens fastleger.

**Nordkapp kommune** har god og stabil legedekning med 5 fastleger som alle er spesialister i allmenntilleggsmedisin og som har lang erfaring med undervisnings- og/eller forskningsoppgaver. Kommunen har i mange år ligget langt framme i tverrfaglig samarbeid, og har praksisplasser for forskjellige helseprofesjonsutdanninger.

**Tana kommune** tar imot to 5.-årsstudenter i året. Det er 4 fastlegehjemler i kommunen, og alle er besatt.

## 5. Akademisk kompetanse og spesialistkompetanse

Finnmarkssykehuset og SANKS har forskningsmidler på til sammen 3 mill. kr per år. Dette fungerer som såkorn for å stimulere til mindre forskningsprosjekter i dag.

### 5.1 Alta

Én av fastlegene i Alta har en PhD-grad innen allmenntilleggsmedisin. Flere av fastlegene er i gang med mindre forskningsaktivitet, og noen er i ferd med å starte forskning med sikte på doktorgrad. Kommuneledelsen er innforstått med at forskning i allmenntilleggsmedisin er veien å gå for å beholde stabile leger i allmenntilleggsmedisin og legger nå forholdene til rette for slik aktivitet.

### 5.2 Hammerfest

Fire ansatte ved sykehuset har doktorgrad, og én er professor II. En av sykehusets overleger er PhD-student med forventet disputas i 2014. Det forskes innen akuttmedisin, etikk, gynekologi og pediatri. Forskningsaktiviteten er økende, for eksempel er det i øyeblikket to pågående RCT-er som ledes fra Hammerfest; én med utgangspunkt i barnepopulasjoner i Finnmark og Troms og én internasjonal multisenter medikamentstudie.

### 5.3 Kirkenes

Fire deltidsansatte innenfor fagområdene kirurgi, gynekologi og kardiologi ved Klinikken Kirkenes har professorkompetanse. Én overlege i indremedisin er i gang med et PhD-prosjekt.

### 5.4 Karasjok

SANKS har i dag 7 ansatte med doktorgrad. Alle har disputert på tema relatert til psykisk helse for den samiske befolkningen. Den ene av de to fasttilsatte overlegene ved Spesialistlegesenteret har også doktorgrad (indremedisin). To PhD-kandidater er dessuten ansatt ved SANKS (ekstern finansiering) og har sine hovedveiledere der. I tillegg er det ved SANKS - avdeling for barn og unge, Karasjok, en dobbeltkompetanse-stilling for lege, dvs. en utdanningsstilling som omfatter både forskning (PhD) og klinisk spesialisering.

### **Utvalgets vurdering av akademisk kompetanse og spesialistkompetanse i Finnmark:**

På grunn av sin nære lokalisasjon til den tidligere høgsolen i Finnmark – nå fusjonert med Universitetet i Tromsø - har Hammerfest sykehus lange tradisjoner for praktisk/klinisk-studentundervisning i både grunn- og videreutdanningen av sykepleiere.

Blant både legestudenter og turnusleger har Hammerfest sykehus i mange år vært et populært sykehus med gode evalueringer, der både nyutdannede leger og studenter slipper til og får god tilgang til pasienter under supervisjon.

Utvalget finner at miljøet ved Hammerfest sykehus synes å være godt motivert for å ta et større ansvar for undervisningen av 6.-års medisinerstudenter. Miljøet i Karasjok og Alta vurderes som et godt grunnlag for etablering av bistillinger innen de spesialiteter som finnes der. Det kan videre vurderes å trekke inn lærerkrefter fra Klinikk Kirkenes.

## **6. Læringsmiljø og boforhold**

### **6.1 Hammerfest**

Avdeling for sykepleierutdanning ved den tidligere Høgskolen i Finnmark, nå en del av Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, er lokalisert så å si vegg-i-vegg med Hammerfest sykehus, bare 2 minutters gange fra sykehuset. Lokalene for sykepleierutdanning har alle de generelle studiefasiliteter som trengs for 12 medisinstudenter på 6. studieår. I tillegg rommer bygget et simuleringssenter hvor det per i dag er en Sim-man fra Lærdal Medical. Utnyttelsen av rommene i dette bygget varierer gjennom året i takt med sykepleierstudentenes praksisperioder. Sambruk av denne bygningsmassen bør være uproblematisk etter fusjonen mellom HiF og UiT.

Ved sykehuset i Hammerfest er man allerede i dag trangbodd. Arealer for klinisk undervisning må derfor finnes i sykehusets avdelinger. Det er tilrettelagt eget studentkontor med pc og andre fasiliteter for 5.-årsstudenter, men det må i tillegg skaffes arealer for 6.-årsstudenter. Sykehuset eier flere boliger like ved sykehuset som eventuelt kan ombygges til "studenthus", men dette må utredes nærmere og tas med i planene for nytt sykehusbygg.

Hammerfest kommune er medeier i et nytt boligkompleks bestående av et stort antall hybler og hybelleiligheter beregnet på studenter i videregående skole og høyere utdanning. Disse vil kunne benyttes av medisinstudenter. Behovet vil være bolig for 12 + 12 studenter årlig.

## 6.2 Alta

I august 2013 fusjonerte Høgskolen i Finnmark og Universitetet i Tromsø. Medisinstudentene vil dermed få tilgang til de samme fasiliteter i Alta som øvrige studenter ved UiT (bibliotek og boliger). Studenttallet ved Høgskolen i Finnmark har til nå ikke oversteget det som bygningsmassen er tilpasset til. En kan derfor gå ut fra at det i Alta er tilgjengelige generelle studiefasiliteter i form av lesesaler, bibliotek, boliger og sosiale arenaer for 12 medisinstudentene.

Alta Helsesenter har noen arealer som kan benyttes til gruppeundervisning, men har per i dag ikke ledige rom (kontor) i poliklinikkarealene for at studenter skal kunne ha mer selvstendig læring i poliklinikkarbeid. Igangsatte utredninger (se avsnitt 4.3.2) og utbyggingsplaner tilsier at helsesenteret innen få år vil ha langt bedre mulighet enn i dag for praktisk/klinisk undervisning.

Studentsamskipnaden (SiTØ) har studenthybler og andre boliger for utleie i Alta.

## 6.3 Karasjok

Ved SANKS i Karasjok er det mulighet til å undervise studenter i eksisterende lokaler, med 2 telematikkstudioer tilgjengelig. I tillegg er det eget fagbibliotek ved SANKS og mulighet til å bruke det samiske biblioteket med lesesalsplass på Sametinget.

Ved SANKS er det eget studentkontor med 2 arbeidsplasser, og det er også mulighet for studenter å benytte ledige kontorer.

I Karasjok er det ingen tilgjengelige leiligheter i tilknytning til SANKS, men det finnes overnattingssteder som motell/Den hvite rein samt Sapmi motell, i tillegg til det private boligmarkedet.

### **Utvalgets vurdering omkring læringsmiljø og boligforhold i Finnmark:**

Utvalget vil påpeke at det å ha Finnmark som undervisningssted ikke må innebære en stadig pendlertilværelse for studentene. Studentene må kunne ha en hovedbase i 6. studieår, men alle må gjennomføre deler av 6.-året utenfor basen. Dette forutsetter at studentene får dekket alle reise- og ekstra oppholdskostnader. Samtidig er studentene på siste studieår svært eksamensfokuseret og trenger derfor enkel tilgang til relevante pasienter som ledd i eksamensforberedelsene. Det bør derfor ikke lages en plan som innebærer pendling mot slutten av studieåret, men at de oppholder seg i et klinisk miljø med god pasienttilgang.

For øvrig må studentene ha like god tilgang til lesesaler, undervisningsrom, IT-ressurser, bibliotekstjeneste og administrasjon som de øvrige studenter har i Tromsø og Bodø. Dette vil man oppnå med hovedbase på campus Hammerfest, og utvalget anser det som fullt ut gjennomførbart å tilrettelegge for undervisning og selvstudier både i Alta, Karasjok og Hammerfest.

Behovet for boliger kan dekkes gjennom avtale med Hammerfest kommune for opphold der, leie hos Samskipnaden for opphold i Ata, og i Karasjok kan det løses ved at man leier en bolig som 4 studenter deler de 3 ukene de er der for modulundervisning på 6. studieår.

## 7. Helhetlig utdanningsløp fra grunnutdanning til spesialist/phd

Turnustjenesten og spesialistutdanningen for leger er under endring. Turnustjenesten ble søknadsbasert og omgjort til en obligatorisk og felles del av spesialistutdanningen i 2013. Ansettelse av turnusleger foregår lokalt ved sykehusene, og turnusstilling i sykehus er direkte koblet til turnusstilling i kommunene. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet la Helsedirektoratet i juni 2013 fram rapporten *Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialiststruktur og – innhold* ([www.helsedirektoratet/no/publikasjoner/](http://www.helsedirektoratet/no/publikasjoner/)). Rapporten foreslår blant annet at universitetene får en sterkere rolle i spesialistutdanningen enn hittil, i tråd med fakultetenes ønske. Forslagene i rapporten skal etter planen behandles i løpet av 2014.

Omleggingen av turnus- og spesialistutdanningsstrukturen gir muligheter for en strategisk satsing på rekruttering til og stabilisering av legetjenesten i nord ved å sørge for at studenter som starter sin legekarriere i Finnmark i grunnutdanningen kan fortsette i tilrettelagte spesialisingsløp i fylket:

- A. I den nye, søknadsbaserte turnustjenesten for leger kan studenter med deler av sin medisinske utdanning fra Finnmark gis fortrinnsrett til turnusstilling på sykehusene og kommunene i Finnmark
- B. Etter turnustjenesten kan de gå videre inn i et av de tilrettelagte spesialisingsløpene i fylket:
  1. Allmennmedisin: I Finnmark finnes det fortsatt en rekke fastlønnede allmennlegestillinger der de nyutdannede legene kan gjennomføre sin spesialistutdanning uten å måtte investere i egen praksis. I tillegg gis det økonomisk støtte til gjennomføring av veiledningsopplegget.
  2. Samfunnsmedisin: Alle nye leger som starter opp i samfunnsmedisinske stillinger i Finnmark, er garantert å komme rett inn i et veilednings- og spesialisingsløp i faget, med økonomisk støtte til gjennomføringen.
  3. Sykehusspesialitetene: Finnmarkssykehuset har et eget spesialistrekrutteringsprogram som legger praktisk og økonomisk til rette for gode spesialisingsløp.
  4. Psykiatri/Barne- og ungdomspsykiatri: Helse Nord RHF har gode spesialisingsprogrammer i disse fagene som legger spesielt til rette for Finnmarks-kandidatene.



Videre vil det være mulig å styrke den akademiske og kliniske kompetansen i fylket gjennom helhetlige utdanningstilbud som omfatter både spesialisering og forskerutdanning (phd-grad) i et 6-årig ansettelsesforhold, såkalt "dobbeltkompetanseløp". Denne ordningen er allerede kjent i forbindelse med tildeling av phd-stipend i Helse Nord-systemet. Veiledningskapasitet på phd-nivå er foreløpig, med noen få unntak, svært begrenset i Helse Finnmark og kommunehelsetjenesten i Finnmark, men kan kompenseres gjennom samarbeid med universitetsmiljøet ved campus Tromsø om phd-veiledning, slik det gjøres i dag.

## **8. Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)**

Både i Norge og internasjonalt er det erkjent at det er et sterkt behov for bedre samarbeid mellom helseprofesjonene innenfor og på tvers av nivåene i helsetjenesten (Samhandlingsreformen; WHO 2012). Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) innebærer at utøvere fra to eller flere profesjoner lærer med, fra og om hverandre for å forbedre samarbeidet til beste for pasienten ([www.caipе.org.uk](http://www.caipе.org.uk)). TPS er ikke noe nytt fenomen – Hälsouniversitetet i Linköping har for eksempel hatt dette i sine utdanninger i mer enn 20 år (Wilhelmsson mfl. 2009). Stortingsmeldingen *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* (Meld. St. 13:67) sier: "Framtidens organisering og arbeidsmåter i tjenestene vil i tillegg til solid profesjonsfaglig kompetanse kreve evne til samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer og god forståelse av helheten i tjenestetilbudet." I Samspillmeldingen (s. 69) pålegger KD utdanningsinstitusjonene å innføre TPS i helsefaglige utdanninger.

For å kunne verdsette og nyttiggjøre seg andres kompetanse, må studentene kjenne godt til og inneha egen profesjonskompetanse. I praksis vil det si at TPS bør skje mot slutten av utdanningene. Ved Helsefak er det igangsatt og planlagt flere ulike former for TPS som til sammen vil inkludere alle de ti profesjonsutdanningene. Alle førsteårsstudentene tar et felles profesjons- og studieforberedende kurs som legger grunnen for TPS. Seinere i studiet vil de delta i ulike former for tverrprofesjonelle lærings situasjoner knyttet til pasientbehandling, der de må løse oppgaver som krever innsats fra flere personer og profesjoner. Det er et mål at alle studentene skal ha fått minst to ukers erfaring med TPS i løpet av studiet. Aktuelle TPS-elementer kan være:

- Pasientmøte med kartlegging av behov for hjelpemidler, kartlegging av legemiddelbruk, utarbeiding av rehabiliteringsforslag eller andre komplekse vurderinger/tiltak
- Pasientforløp – følge en pasient fra sykehus til primærhelsetjenesten og delta i konkrete oppgaver knyttet til dette
- Studentdrevet post i sykehus, sykehjem eller intermediaærvdeling
- Tverrprofesjonell simulering av akutt-situasjoner

Tanken er at TPS skal inngå i allerede etablerte praksisperioder i de respektive utdanningene. Pilotforsøk med TPS er startet i Midt-Troms studieåret 2013/14, med studenter i praksis innen sykepleie (3. studieår) og medisin (5. studieår) som deltakere.

På lengre sikt er det planer om å etablere et utdanningshelsesenter i samarbeid med Tromsø kommune, etter mønster fra Mc Master University i Canada (Price mfl. 2009), der studenter fra flere profesjoner deltar i pasientbehandling.

### **Utvalgets vurdering om TPS**

Alta Helsesenter vil kunne være en særskilt god læringsarena for TPS, der femte og sjetteårs medisinstudenter kan samarbeide med sykepleie- og/eller fysioterapistudenter i praksis. Studenter innen sosialfag og idrett kan også være aktuelle samarbeidspartnere. Det planlagte nye sykehjemmet i tilknytning til helsesenteret vil være interessant som læringsarena for TPS. Eventuelt vil luftambulansen og 330-Skvadronen kunne utgjøre mulige læringsarenaer. Samlokalisasjonen mellom sykepleie og medisin ved campus Hammerfest vil også være en stor fordel med tanke på tverrprofesjonell simulering og andre TPS-aktiviteter med medisin- og sykepleiestudenter som deltakere.

## **9. Utvalgets vurderinger**

### **9.1 Helhetsvurdering**

Da rapporten om opptak av 120 studenter ble utarbeidet i 1999, ble både sykehuset i Hammerfest og sykehuset i Bodø vurdert. Den gang ble kun sykehuset i Bodø funnet egnet for undervisning av studenter i avsluttende studieår (Sundsfjord mfl. 1999).

Nå i 2014 finner Utvalget at spesialist- og primærhelsetjenesten i Vest-Finnmark kan ivareta behovene som kreves for en god undervisningsarena for medisinstudenter i siste studieår. Kompleksiteten og mengden pasienter i Finnmark er god, og eksisterende fagmiljø danner et godt utgangspunkt for den lærerstaben som må være tilstede for å kunne utdanne gode leger til begynnerstillinger. Videre har legeutdanningen nå fokus på samhandling mellom alle aktører i helsevesenet.

Studietilbudet i Finnmark vil kunne gis en sterk tredelt profil innen akuttmedisin, samhandling og kulturforståelse;

- Finnmark kan by studentene på gode samhandlingsarenaer hvor studentene får ta ansvar og kan jobbe under god veiledning fra erfarne leger. Alta helsesenter er med sin sammensetning av tjenester et egnet sted å gjennomføre tverrprofesjonell undervisning slik at studentene lærer samhandling. Det samme vil kunne gjelde for Samisk Helsepark i Karasjok. Utvalget anbefaler at sjette studieår i Finnmark får en samhandlingsprofil og at man tilbyr et eget samhandlingsseminar.
- Finnmark kan by på spennende utfordringer i behandling av akutt syke pasienter. Ved en desentralisering av studiet til Finnmark foreslår utvalget at man utnytter dette slik at studentene blir trygge på håndtering av akutte situasjoner. Hvorvidt en ung/nyutdannet lege føler seg trygg i akutte situasjoner, antas av utvalget å være en viktig faktor for vedkommendes tilbøyelighet til å velge tjeneste i distrikt. Utvalget anbefaler at sjette studieår i Finnmark får en sterk akuttprofil hvor

studentene får mulighet til å lære arbeidet i hele kjeden som redder liv, fra førstelinjetjenesten (ambulansobil, -båt, -fly, -helikopter, fastlege, legevakt) til spesialisthelsetjenesten (sykehus – sentralisert og desentralisert). Student BEST vil brukes som undervisningsverktøy.

- Finnmark kan også by studentene på mulighet til å styrke sin kulturkompetanse i møte med pasienter, både generelt og særskilt i forhold til samiske pasienter. Etter utvalgets vurdering vil en slik kulturkompetanse bli stadig mer etterspurt i framtidens helsetjeneste i Norge. Utvalget anbefaler at studentene under sin 5.- og 6.-årstjeneste i Karasjok benytter kompetansen som er utviklet der til å lære seg ferdigheter innen transkulturell forståelse og behandling, især innenfor psykiatri og TSB. Institusjonen SANKS har som nasjonalt kompetansesenter et særskilt ansvar for å formidle kulturkunnskap og kulturforståelse overfor helsepersonell, inkludert leger. Institusjonen vil, med sin sammensetning av tjenester, være et egnet læringssted.

Utvalget vurderer at 12 medisinstudenter kan få sin opplæring i Finnmark i femte og sjette studieår, forutsatt at timeplan og læringsarenaer kan avvike fra det som gjennomføres i Tromsø og Bodø. Kompetansekravene (læringsutbyttet) må være det samme ved de tre studiestedene.

Det er en fordel, men *ikke en forutsetning*, at de samme studentene som er i Finnmark 5. studieår, fortsetter der i 6. året. Dette for at man kan dra nytte av student-mentor-forholdet som oppstår over tid i et oversiktlig læringsmiljø og at studentene i større grad kan oppleve å følge pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Utvalget vurderer at sjette studieår kan gjennomføres i Finnmark, fordelt mellom lærestedene Hammerfest, Alta og Karasjok. Hammerfest blir da hovedbase 6. studieår, og studentene gjennomfører to moduler à 3 uker i Alta og en modul på 3 uker i Karasjok. De er da borte fra Hammerfest i 9 uker i høstsemesteret. For undervisningsperioden i Karasjok og Alta vil studentene måtte få full kostnadsdekning for oppholdet.

Som for "Bodøpakken" må avsluttende profesjoneksamen gjennomføres i Hammerfest. Studentene ønsker å uteksamineres i det miljøet de har hatt siste oppfølging fra. Erfaringene fra Bodø tilsier at dette er fullt ut gjennomførbart.

Karasjok utpeker seg som arena for undervisning i psykiatri, og da med særlig vinkling på kulturkompetanse i diagnostikk og behandling.

Alta utpeker seg som arena særlig egnet for klinisk undervisning med vinkling mot samhandling og fokus på pasientforløp.

I fag som rettsmedisin, nevrologi/nevrokirurgi, farmakologi, immunologi, genetikk og medisinsk mikrobiologi finnes det lite eller ingen fagmiljø i Finnmark. Fagmiljøet i

Hammerfest, Alta og Karasjok vil måtte suppleres med støtte fra ambulerende spesialister fra UNN-HF og Kirkenes sykehus i større grad enn det som praktiseres i dag. Fagmiljøene vil også måtte suppleres med lærekrefter fra Tromsø og med nyetablering av bistillinger (ved Det helsevitenskapelige fakultet) lokalt. Bistillingene bør være på mellom 50 % og 20 % stillinger.

Underviserne som studentene vil møte i Finnmark, må integreres i undervisningen som gis i Tromsø 1.-4. studieår slik at studentene blir presentert for fagpersonene de skal lære klinikk av i 5.- og 6.-året. Det vil være ønskelig at lærere i Finnmark er mentorer for studentgrupper allerede fra starten av studiet i det langsgående temaet Profesjonell kompetanse.

## 9.2 "Finnmarkspakken" i grove trekk

Det er her utarbeidet skisse til beskrivelse av moduler i "Finnmarkspakken" for 6. studieår.

Modul	Innhold
Modul 1 = 3 uker (Hammerfest) <i>Nevrologi</i>	Nevrologi* Nevrokirurgi* Kirurgisk PKU
Modul 2 = 3 uker (Karasjok) <i>Psykatri &amp; Hud – samiske helsetjenester</i>	Psykatri Hudsykdommer#
Modul 3 = 3 uker (spes. pol.kl. Alta) <i>Øye &amp; ØNH – desentralisert helsetjeneste</i>	Øyesykdommer Øre-Nese-halssykdommer Kirurgisk poliklinikk Medisinsk poliklinikk
Modul 4 = 3 uker (Alta kommune) <i>Allmennedisin, tverrfaglig &amp; Samhandling</i>	Allmennedisinsk praktisk/klinisk undervisning PKU Akuttmedisin- prehospital håndtering, luftambulansetj. Legevakt Fødestua- svangerskapskontroller Sykehjem Tverrfaglig samarbeid Psykatri i kommunen
Modul 5 = 4 uker (Hammerfest) <i>Pediatri</i>	Pediatri Seminar infeksjonsmedisin* Medisinsk PKU student BEST – akutte scenarier
Modul 6 = 4 uker (Hammerfest) <i>Akuttmedisin</i>	Akuttmedisin – ABCDE, luftveier, traume, akuttmottak Vakt medisinsk avdeling Vakt kirurgisk avdeling Medisinsk PKU Akuttmedisin -Banak? student BEST – akutte scenarier
Modul 7 = 4 uker (Hammerfest) <i>Gyn/obst &amp; onkologi</i>	Gynekologi / obstetikk Onkologi <sup>(*)</sup> student BEST – akutte scenarier
Modul 8 = 4 uker (Hammerfest) <i>Ortopedi</i>	Ortopedi Revmatologi Fysioterapi Ergoterapi Håndkirurgi Radiologi Fysikalsk medisin Kirurgisk PKU student BEST – akutte scenarier

# Sårbar- bare en spesialist

(\*) Stor cytostatikapoliklinikk og utredning av kreft ved sykehuset. Ingen onkolog ved sykehuset.

\* Avhengig av undervisningshjelp fra UNN/UiT

## 5. studieår i Finnmark

De 12 studentene inndeles i 3 grupper og fordeles mellom medisinsk praksis, kirurgisk praksis, psykiatripraksis og arbeid med masteroppgaven. For å få en god fordeling av studenter i Hammerfest sykehus vil de tre gruppene ha sine praksisuker fordelt over en større del av studieåret. Alle grupper vil ha de 4 siste ukene til ferdigstillelse av masteroppgaven, som skal leveres inn 1. juni.

Uke:	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Juleferie				
5. årsstud., 3 grupper à 4 studenter	opp	opp	M	M	M	M	M	M	P	P	An	K	K	K	K	K	GK	G					
	opp	opp	K	K	K	K	K	G	GK	An	Alm	Alm	Alm	Alm	Alm	Alm	Alm						
	opp	opp	opp	opp	opp	opp	P	P	An	M	M	M	M	M	M	G	GK		K				
Uke:	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19	20		21	22
5. årsstud., 3 grupper à 4 studenter	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp			
	M	M	M	M	M	M	P	P	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp	opp			
	K	K	K	K	opp	opp	opp	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm	alm			

Revidert studieplan beskriver 2 uker praksis i psykiatri dette studieåret. Læringsmålene for denne praksisen er ikke beskrevet per i dag. Hvordan dette kan dekkes i Finnmark, er ikke avklart p.t., men det kan man se for seg dekket av DPS Vest-Finnmark (se avsnitt 4.2.4).

## 6. studieår i Finnmark

De 12 studentene starter studieåret med en ukes felles undervisning i Hammerfest. Deretter deles de i 3 grupper à 4 studenter for de neste 12 ukene hvor de alternerer mellom Alta (6 uker sammenhengende for modul 3 og 4), Karasjøk (3 uker for modul 2) og Hammerfest (3 uker for modul 1).

Fra og med uke 46 er alle samlet i Hammerfest hvor de fordelt på to grupper à 6 studenter tar modul 5, 6, 7 og 8 som alle er 4-ukersmoduler.

Vårsemesteret avsluttes med to uker felles undervisning etterfulgt av 1 uke undervisningsfri før eksamensperioden på om lag 4 uker starter. Eksamensgjennomføring i Hammerfest vil ikke ta 4 uker, men fra starten av eksamensperioden til all sensur er gjennomført for hele kullet (Tromsø, Bodø og Finnmark) tar det 4 uker.

UKE	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50										
HØST		4	4	4	3	3	3	1	1	1	2	2	2		5	5	5	5										
		3	3	3	4	4	4	2	2	2	1	1	1		6	6	6	6										
		1	1	1	2	2	2	4	4	4	3	3	3															
VÅR	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
				6	6	6	6	7	7	7	7	8	8	8	8									LESETID	Eksamensperiode			
				5	5	5	5	8	8	8	8	7	7	7	7													

## Tegnforklaring

Forelesninger i Hammerfest 6.-året	
Praksis sykehus 5.-året	
M = medisin	M
K = kirurgi	K
G = gynekologi	G
A = anestesi	An
Psykatri 5.-året	P
Modul i Hammerfest	
Modul 1 (4 studenter) og modul 5, 6, 7 og 8 (6 studenter)	★
Modul i Alta kommune (4 studenter)	4
Modul Alta spes (4 studenter)	3
Modul Karasjok (4 studenter)	2
Samhandlingsseminar + foredrag 6.-året	

### 9.3 Utvikling av fagmiljøet i Finnmark for undervisning

Som det fremgår av tabell 2 i vedlegget, er det noen spesialiteter som Finnmark ikke har per i dag. Noen av disse er det heller ikke planer om å etablere i Finnmarkssykehuset. Omfanget av undervisning som disse spesialitetene vil representere i ny studieplan, er ikke avklart.

Det ytes også undervisning av andre profesjoner (fysioterapi, ergoterapi) i studiet. Dette må dekkes fra Helsefak ved ambulering av lærere fra IHO eller av fagpersonale ved Finnmarkssykehuset.

Etablering av en "Finnmarkspakke" vil innebære etablering av bistillinger som universitetslektor II, førsteamanuensis II eller professor II ved Institutt for Klinisk medisin (IKM) og Institutt for Samfunnsmedisin (ISM). Her må man søke å utnytte fagpersonell i Finnmarkssykehuset som helhet (ikke bare de ved Klinikk Hammerfest) og i kommunene.

NOKUT (Norsk organ for kvalitet i utdanning) har et generelt krav om akademiske kvalifikasjoner hos lærere på masternivå i et utdanningsprogram. Dette er beskrevet i "Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften)" og sier at

- Minst 50 prosent av årsverkene knyttet til studiet skal utgjøres av tilsatte i hovedstilling ved institusjonen. Av disse skal det være personer med minst førstestillingskompetanse i de sentrale delene av studiet.
- Krav til akademisk nivå på lærere
  - For første syklus (bachelordelen av studiet, her 1.-3. år) skal minst 20 prosent av det samlede fagmiljøet være ansatte med førstestillingskompetanse.
  - For andre syklus (masterdelen av studiet, her 4.-6. år) skal minst 10 prosent av det samlede fagmiljøet være professorer eller dosenter og ytterligere 40 prosent være ansatte med førstestillingskompetanse.

- For studier med praksis skal fagmiljøet og eksterne praksisveiledere ha hensiktsmessig erfaring fra praksisfeltet.

Medisinstudiene i Norge har så langt ikke vært gjenstand for tilsynsgjennomgang fra NOKUT. Studiet har en sterk klinisk profil og stort innslag av praktisk/klinisk undervisning som grenser opp mot det som vanligvis defineres som praksis.

Ved en fremtidig tilsynsgjennomgang av NOKUT vil hele fagmiljøet involvert i utdanning av leger bli gjennomgått som et hele (Tromsø, Bodø og Finnmark). Vi kan derfor ikke ha som mål at lærekreftene ved ett campus alene skal imøtekomme de generelle kravene fra NOKUT.

Etter 5 år med Bodøpakken ser vi at bistillingene der fordeler seg med til sammen 4,8 årsverk som universitetslektor og 2,8 årsverk med førstestillingskompetanse (professor II og førsteamanuensis II).

Tilsatte i bistilling vil få en rekke nye oppgaver som skal integreres i en klinisk hverdag;

- Forelesninger
- Lede seminarer (gruppeundervisning)
- Veilede i praksis og lede praktisk/klinisk undervisning
- Være mentor for en gruppe på 8 studenter
- Veilede masteroppgaver
- Gjennomføre prøveeksamen (5.-årsstudenter) og muntlige eksamener (6.-årsstudenter)

En fremtidig gjennomføring av avsluttende del av legeutdanningen på tre ulike campus (Tromsø, Bodø og Finnmark) fordrer at Helsefaks samlede fagmiljø utvikler sin undervisning til å kunne gis fleksibelt, dvs.;

- At undervisning både kan overføres direkte på video og tas opp (strømmes).
- At man er komfortable med veiledning over nettet (Skype-møter, dokumenter i Skydrive m.m.)
- At det utvikles elektroniske caseoppgaver

#### 9.4 Forutsetninger som må innfris

- HOD – oppjustere undervisningstilskuddet som følge av øking i antall studieplasser.
- Helse Nord RHF – omfordeling av undervisningstilskuddet mellom helseforetakene.
- UNN HF – ambulerende spesialister til Hammerfest og Alta deltar i undervisning, og Finnmark-studenter får supplerende PKU-undervisning i de fag der dette er et strukturelt behov.
- Finnmarkssykehuset HF - viser fleksibilitet i forhold til å frigjøre ressurser til undervisning og tilrettelegger lokaler.
- Alta kommune, i samarbeid med Finnmarkssykehuset - tar ansvar for samhandlingsundervisning samt tilpassing av bygningsmasse og byggeplaner til "Finnmarkspakken".
- Karasjok kommune og Finnmarkssykehuset (Samisk Helsepark) - tilrettelegger arealer og aktiviteter for 2 x 3 uker undervisning.
- Hammerfest kommune - kan bekrefte boligkapasitet, reservere boliger.



- Helsefak ved IKM, ISM og IMB (og muligens andre institutt) kan øke ambulering av lærere til Hammerfest og øke sin bruk av digitale læringsformer.
- Helsefak ved Institutt for helse og omsorgsfag (IHO) – samarbeider med legeutdanningen om arealbruk og administrativ kapasitet i Hammerfest.

## 9.5 Skisse til videre prosjektarbeid

Forutsatt positiv behandling i Fakultetsstyret i Helsefak mai 2014, anbefaler Utvalget en prosjektorganisering bestående av:

Styringsgruppe: Samme gruppe som utredningsgruppen

Prosjektgruppe: Prosjektleder, prosjektkoordinator. Gruppen utvides i Fase II til også å bestå av faglige koordinatore tilsatt i bistillinger samt studiekonsulent.

Utvalget anbefaler todelt prosjektfase.

Fase I høst 14 og vår 15:

1. Tilsetting av prosjektleder (vitenskapelig) og prosjektkoordinator (administrativ).
2. Arbeid i revisjonsgruppen for 5. og 6. studieår medisin, samlet for Tromsø, Bodø og Finnmark med formål å utarbeide en emnebeskrivelse med læringsmål og undervisningsaktiviteter som er gjennomførbare på alle 3 campus.
3. Bruk av ansatte i Finnmark som timelærere i undervisning 1.-4. år og som mentorer for basisgrupper (dette videreføres også senere).
4. Arbeid med forpliktende samarbeidsavtaler hos alle involverte parter. Helse Nord RHF's avtaler med privatpraktiserende spesialister i Finnmark må revideres.
5. Forutsatt at punkt 4 gir de resultater man er avhengig av, tas en endelig beslutning om etablering av Finnmarkspakken ("**point of no return" september 2015**).

Fase II høst 2015 – høst 2018:

- Tilsetting av bistillinger, klarere boliger og undervisningsarealer
- Utvikle undervisningsplaner for moduler og fellesundervisning
- Klargjøre praksisarena for psykiatri i Finnmark 5. studieår
- Etablere gode fasiliteter for IKT-basert undervisning i Alta, Hammerfest og Karasjok.

<b>TENTATIV PROSJEKTPLAN "FINNMARKSPAKKEN" 2014 - 2020</b>														
	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
<b>Inntekter Helsefak</b>	633 000		2 448 000		3 629 000		5 597 000		7 565 000		9 533 000		10583000	
<b>Utdanningstilskudd HN-RHF</b>														
	VÅR	Høst	VÅR	Høst	VÅR	Høst	VÅR	Høst	VÅR	Høst	VÅR	Høst	VÅR	Høst
Høring rapport	feb-april													
FS behandling av rapport, høringsuttalelser og prosjektplan	15.mai													
Tilsetting av prosjektkoordinator (50%)		x												
Tilsetting av prosjektleder(50 %)		x												
Første opptak av ekstra studenter (MK14)		x												
Pilot av "Finnmarkspakken" 5.år (MK13)					x	x								
Pilot 6.år i Finnmark (MK13)							x	x						
<b>Første gjennomføring for fulltdt (M14)</b>										x	x			
<b>Uteksaminering i Hammerfest</b>												juni		
Forpliktelse av samarbeidsaktører		x												
<i>Finnmarkssykehuset HF med underliggende enheter</i>														
<i>UNN HF</i>														
<i>Hammerfest kommune</i>														
<i>Alta kommune</i>														
<i>Helse Nord RHF inkl. avtalespesialister</i>														
<i>Forsvaret</i>														
<b>"Point of no return"</b>				Sept										
Ambulerende lærer fra Fi til Tø	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Tilsetting av lærere i Finnmark			x	x	x									
Tilsetting av studiekonsulent			Okt											
Boligkontrakter i Alta, Hammerfest og Karasjok				x										
Tilrettelegging av utdanningsarealer					x	x								
Ev. etablere nye praksiskontor for 5.-årspraksis i kommunehelsetjenesten					x									

## 10. Vedlegg

**Tabell 1 Oversikt over bistillinger i Bodø per desember 2013**

NR	Fagomåde	Stilling	St %	NR	Fagomåde	Stilling	St %
1	adm	studiekonsule	100	23	Nevrologi	førsteam.II	20
2	Allmenntmedisin	univ.lektor	40	24	Nevrologi	professor II	20
3	Allmenntmedisin	univ.lektor	10	25	Obst/Gyn	univ.lektor II	20
4	Allmenntmedisin	univ.lektor	20	26	Obst/Gyn	univ.lektor II	20
5	Allmenntmedisin	univ.lektor	10	27	Obst/Gyn	univ.lektor II	20
6	Allmenntmedisin	univ.lektor	20	28	Obst/Gyn	univ.lektor II	10
7	Anestesi	professor II	20	29	Onkologi	univ.lektor II	20
8	Fysikalsk med.og rehab.	univ.lektor II	10	30	Patologi	førsteam.II	20
9	Gastromedisin	amanuensis II	20	31	Pediatri	univ.lektor II	20
10	Hjertemedisin	førsteam.II	20	32	Pediatri	førsteam.II	20
11	Hjertemedisin	professor II	20	33	Psykiatri	univ.lektor II	20
12	Hudsykdommer	univ.lektor II	20	34	Psykiatri	univ.lektor II	20
13	Immunologi	professor II	20	35	Psykiatri	professor II	20
14	Indremedisin	førsteam.II	20	36	Psykiatri	professor II	20
15	Infeksjonsmedisin	univ.lektor II	20	37	Radiologi	univ.lektor II	20
16	Kirurgi gastro	univ.lektor II	20	38	Radiologi	univ.lektor II	20
17	Kirurgi bryst/endokrin	Univ.lektor II	20	39	Revmatologi	univ.lektor II	20
18	Kirurgi kar	univ.lektor II	10	40	Øre-nese-hals	univ.lektor II	20
19	Kirurgi ortopedi	univ.lektor II	20	41	Øye	univ.lektor II	10
20	Med-biokjemi	professor II	20	42	Øye	univ.lektor II	10
21	Nevrokirurgi	førsteam.II	10				
22	Nevrokirurgi	amanuensis II	10				

**Tabell 2 Oversikt over overlegetillinger i Finnmark fordelt på aktuelle fagområder**

Antall overlegehjemler fordelt på aktuelle fag for undervisning 6. studieår (x angir hvorvidt spesialiteten er representert på stedet)					
	Hammerfest	Kirkenes	Alta	Karasjok	Andre
Akuttmedisin	5	2,2	x		
Allmennmedisin	3	x	11	3	
Arbeidsmedisin					
Ergoterapi					
Etikk	x				
Farmakologi					
Forebyggende medisin					
Fysikalsk medisin og rehab		1	1		
Fysioterapi					
Gynekologi/Obstetrikk	5	3	1	x	
Helsetjenesteforskning					
Hud	1	1	x	x	
Immunologi					
Indremedisin	6	7	1	x	
Infeksjonsmedisin					
Kirurgi	4	3,5	x		
Medisinsk biokjemi					
Medisinsk genetikk					
Medisinsk mikrobiologi					
Nevrokirurgi					
Nevrologi	x	x	x		
Obduksjon					
Odontologi					
Onkologi					
Ortopedi	4	0,9	x		
Pediatri	4	x	x	x	
Plastikk/handkirurgi					
Psykatri og rus			2	3	4
Radiologi	4	2,8		x	x
Rettsmedisin					
Revmatologi	x	0,7			
Sosialmedisin					
Ønh	0,9	1,5	1	x	
Øye	x	0,25	1		

**Avtale mellom  
Nordlandssykehuset HF og  
Det helsevitenskapelige fakultet, UiT  
vedrørende profesjonsstudiet i medisin  
5. og 6. studieår**

### 1. Innledning

Samarbeidsavtalen bygger på bestemmelsene i Lov om universiteter og høyskoler av 1. april 2005 nr. 15, Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64, Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr. 61, forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning av 30. juni 2006, samt Samarbeidsavtale mellom Nordlandssykehuset HF og Det helsevitenskapelige fakultet inngått 2011.

### 2. Formål

Avtalen skal gi nødvendige rammer for et integrert samarbeid innenfor medisinerutdanningen med særlig fokus på 5. og 6. studieår og oppbygging av vitenskaplig kompetanse for undervisning og forskning. Samarbeidet vil blant annet omfatte veiledning og undervisning av inntil 25 studenter på 5. studieår og inntil 25 studenter på 6. studieår ved Nordlandssykehuset HF, og avtalen skal blant annet bidra til å motivere studenter til å velge framtidig arbeidsplass i hele den nordlige landsdel.

### 3. Samarbeidsorgan

Det etableres et eget samarbeidsorgan for å realisere formålet i denne avtale. Videre har Nordlandssykehuset HF observatørstatus i Programstyret for medisin.

### 4. Ansvarsdeling mellom organisasjonene

Partene i avtalen er Det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak) og Nordlandssykehuset HF (NLSH HF). I forbindelse med realisering av formålet i denne avtale, er følgende funksjoner i organisasjonene sentrale:

#### Helsefak

Programstyret for medisin, ledet av prodekan utdanning medisinerutdanningen. Sekretariat ivaretas av kontorsjef medisinerutdanningen/seksjonsleder Seksjon for utdanningstjenester  
-Tilsatt koordinator ved ISM for undervisningen i allmenntilmedisin og samfunnsmedisin i Bodø/Nordland.

Tilsatt undervisningskoordinator ved IKM for undervisning i Bodø

Nestleder ved IKM med arbeidssted i Bodø

- Studiekonsulent med kontorsted Bodø

#### NSLH HF

Leger med hovedstilling ved NSLH HF og II'er stilling ved Helsefak

### 5. Ansvar og forpliktelser

Studieplanens faglige innhold og struktur tilligger Programstyret for medisin.

Programstyret har det helhetlige ansvaret for kvaliteten i studieprogrammet, herunder faglig kvalitet og læringsmiljø. Endringer av struktur eller undervisningstema på 6. studieår skal godkjennes av programstyret. Programstyret består av instituttlederne for hhv IKM, ISM og IMB, 2 studentrepresentanter og ledes av prodekan utdanning medisinerstudiet. Nestleder ved IKM har observatørstatus i programstyrets møter.

Veiledning av studenter i praksis 5. studieår utføres av ansatte ved NLSH HF. Det er opprettet II'er stillinger ved IKM som lokalkoordinatorer ved sykehuset som koordinerer veiledning og oppfølging av studentene.

Forelesninger og seminarer skal primært gis av IKM's ansatte ved NLSH HF og ISM's ansatte fra allmennlegemiljøet i Nordland. Der fagenhetsansvarlig ved NLSH ikke finner dette

hensiktsmessig eller praktisk mulig, skal undervisning gis av tilreisende forelesere fra Tromsø (Helsefak) eller ved teleoverført undervisning. Subsidiært kan helsepersonell med særlig kompetanse i enkelte tilfeller leies inn.

Praktisk klinisk undervisning skal gis av øvrig helsepersonell ved NLSH HF uten særskilt godtgjørelse. Dette er undervisning som tilligger helseforetakenes ansvar for undervisning.

Praktisk undervisning i allmennmedisin skal gis av allmennleger i Nordland, enten i II'er stillinger ved ISM, eller etter særskilt godtgjørelse.

Nestleder IKM og undervisningskoordinator IKM i Bodø er ansvarlig for å bemanne timeplanen med forelesere og seminarledere innen IKMs fagområder. De er også ansvarlig for at avdelingene ved NLSH HF legger til rette for praktisk klinisk undervisning.

Undervisningskoordinator ISM er ansvarlig for å bemanne timeplanen med forelesere og seminarledere innen ISMs fagområder. Vedkommende er også ansvarlig for bemanning i forhold til praktisk klinisk undervisning innen allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Studieadministrative forhold er utelukkende Helsefaks ansvar og arbeidsoppgaver ivaretas av Helsefaks lokale studiekonsulent i Bodø i samarbeid med studiekonsulenter for medisin. Sentrale arbeidsoppgaver er

- Rekruttering av studenter til 5. og 6. års undervisning i Bodø. Gjøres midtvegs i høstsemesteret.
- Undervisningsplanlegging
- Fordeling av studenter til 5. års praksis til NLSH HF og allmennlegekontorer i Bodø-regionen
- Søknader fra studenter om permisjon, særlig tilrettlegging av undervisning og eksamen ol.
- Arrangere skriftlig eksamen, som skal gå parallelt i Bodø og Tromsø.
- Arrangere muntlig eksamen i Bodø (4 stk per kandidat)

Sentralt for arbeidet i Bodø står "Utfyllende bestemmelser for Bodø som undervisningssted"<sup>1</sup>

Praktiske forhold/læringsmiljø:

NLSH HF stiller med lokaler til undervisning, lesesaler, PC-rom og hvilerom / treningsrom for studentene. Drift av disse lokalene tilligger NLSH HF herunder vedlikehold, renhold, utstyr mm.

---

1

<http://www2.uio.no/ikk/View.asp?Content/229335/Kapittel%204/%20Utfyllende%20bestemmelser%20for%20Bod%20som%20undervisningssted.pdf>

## 8. Finansiering

Prosjektet er finansiert av utdanningsmidler fra Helse Nord og dekker følgende typer kostnader:

- Lønn til II'er stillinger ved IKM, ISM og IMB for undervisning i Bodø med standard dekningsbidrag
- Lønn til II'er stillinger ved IKM for koordinering av praksisveiledning, uten standard dekningsbidrag
- Innleide undervisere innen alle fagområder
- Lønn til studiekonsulent
- Reiseutgifter for undervisere og studiekonsulent
- Reiseutgifter til studenter (programfestede reiser i løpet av 6.studieår)
- Driftsutgifter ved Studentenes Hus i Bodø
- Kostnader til linjeleie (IKT)
- Nødvendige investeringer ved NLSH HF

Følgende funksjoner i organisasjonene sentrale:

NLSH HF: Har det koordinerende ansvar for budsjettinnspill til Helse Nord RHF.  
Mottar tildeling til prosjektet fra Helse Nord RHF  
Har regnskap og budsjettstyring for samarbeidsprosjektet

Helsefak: Bidrar med budsjettinnspill til NLSH hver høst  
Dekker kostnader i tråd med budsjett underveis i året. Lønn, reiser og linjeleie utgjør hovedkostnadene.  
Søker kostnader refundert per tertiar og sluttoppgjør sendes senest første uken i januar påfølgende år.


## 9. Tvistebestemmelser

Uenighet om tolkning av avtalen og faktiske endrete forutsetninger som påvirker avtalens omfang skal søkes løst mellom partene gjennom drøftinger i samarbeidsorganet.

## 10. Varighet

Samarbeidsavtalen løper fra den er godkjent av begge parter og inntil den sies opp av en eller begge avtaleparter, eller erstattes av ny avtale. Avtalen sies opp med minimum 9 – ni – måneders varsel, og får virkning fra neste studieår. Ved vesentlige organisasjonsendringer i institusjonene, må avtalen revideres.

Tromsø den..



Inger Njølstad  
prodekan utdanning medisinerstudiet  
Det helsevitenskapelige fakultet  
Universitetet i Tromsø



Paul Martin Strand  
administrerende direktør  
Nordlandssykehuset HF

### Vedlegg (disse er ikke endelig)

Tabell over stillinger som er finansiert i "Bodø-pakken"

Tabell over refusjonskrav 2010 –som veiledende for senere refusjonskrav



## 11. Referanser

Alexandersen Ø, Jørgensen E, Østerås J, Hasvold T. (2004) Medisinerutdanningen i Tromsø – sikrer den legerekutteringen til Nord-Norge? Tidsskr Nor Lægeforen, 124 (16), 2107-2109.

Birden HH og Wilson I. (2012) Rural placements are effective for teaching medicine in Australia: evaluation of a cohort of students studying in rural placements. Rural Remote Health, 12:2167 (13 s)

Centre for the advancement of interprofessional education.

<http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>.

Denz-Penhey H, Shannon S, Murdoch JC, Newbury JW. (2005) Do benefits accrue from longer rotations for students in Rural Clinical Schools? Rural Remote Health 5:424 (8 s)

Forsdahl A, Grundnes O, Eliassen H, Gåmnes J., Hagland R, Ytrehus I. (1988) Hvor blir Tromsø-legene av? Betydningen av landsdelstilhørighet og utdanningssted. Tidsskr Nor Lægeforen, 108 (15), 1225-1230.

Gaarder K, Eide NA, Falck G (2000). Turnuslegers ferdigheter i praktiske prosedyrer. Tidsskr Nor Lægeforen, 120 (13), 1512-1517.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Medisinsk studieplan (1971). Universitetet i Tromsø. Oslo-Bergen-Tromsø: Universitetsforlaget.

Jensen H, Eldevik M (1999). Stimuleringstiltak for å få nyutdannede leger og tannleger til Nord-Norge. Rapport fra spørreundersøkelsen februar 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Knutsen SF, Johnsen R, Forsdahl A. (1986) Practical training of medical students in community medicine. Eight years experience from the University of Tromsø. *Scand J Prim Health Care*, 4 (2):109-114.

Kunnskapsdepartementet (2012). Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samarbeid for utdanning i helsetjenesten.

Lindbæk M. (1999) Bør fremtidens kliniske legeutdanning flyttes ut av universitetene? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 119 (5), 644.

Lundeby T, Trønnes H, Falck G (1999). Unge legers selvrapporterte praktiske ferdigheter. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 199 (19), 2849 – 2853.

Maley M, Worley P, Dent J. (2009) Using rural and remote settings in the undergraduate medical curriculum: AMEE Guide No. 47. *Med Teacher*, 31 (11), 969-983.

Matte M. August 2011. Overview of the four year undergraduate medical education program at the Northern Ontario School of Medicine. [www.nosm.ca/ume/](http://www.nosm.ca/ume/) (lastet ned 2014-01-21)

Norbye B. Desentralisert sykepleierutdanning – hvor er vi nå? 17 år siden oppstarten og 10 kull senere s. 93-106. I: Eivind Bråstad Jensen (red). (2008) *Fra krisetiltak til suksesshistorier. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978 – 2008*. Orkana forlag. ISBN 978-82-8104-059-5.

Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, et al. (2009) Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med*, 84 (7), 902-907

Price D, Howard M, Hiltz L, et al. (2009) Interprofessional education in academic family medicine teaching units: A functional program and culture. *Can Fam Physician*, 55 (9), 901-1.e1-5.

Schauer RW og Schieve D. (2006) Performance of medical students in a nontraditional rural clinical program, 1998-99 through 2003-04. *Acad Med*, 81(7), 603-607.

Straume K, Shaw MPD. (2010) Internship at the ends of the earth - a way to recruit physicians? *Rural Remote Health*, 10 (2), 1366 (10 p).

Straume K, Søndena MS, Prydz P. (2010) Postgraduate training at the ends of the earth - a way to retain physicians? *Rural Remote Health*, 10 (2): 1356 (9 p),

Sundsford A et al. (1999). "Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til embetsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø", Tromsø: november 1999.

The University of North Dakota. School of Medicine and Health Sciences. 2010-2012 Academic Catalog. ([www.med.und.edu/](http://www.med.und.edu/)<http://www.med.und.edu/community/academic-catalog.cfm> lastet ned 2011-04-15)

Tollan A, Magnus JH (1993). Tromsø-kandidatene – blir de i Nord-Norge? Betydningen av geografisk tilhørighet for ønske om etablering i Nord-Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 113 (1), 27- 29.

Wesnes SL, Aasland O, Bærheim A. (2012) Career choice and place of graduation among physicians in Norway. *Scand J Prim Health Care*, 30 (1 ), 35-40

Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren LO, Faresjö T. (2009) Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *J Interprof Care*, 23 (2), 121-133.

WHO Study Group (2012). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/) (lastet ned april 2013)

Williams M, Ambrose M, Carlin AM, Tyburski JG, Steffes CP. (2004) Evaluation of academic and community surgery clerkships at a Midwestern Medical School. *J Surg Res*, 116 (1), 11-13.

[www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Documents/hovedtallsrapport\\_2012\\_4.doc](http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Documents/hovedtallsrapport_2012_4.doc)

[www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/turnusordning-for-leger/Documents/Ny\\_turnusordning\\_veiledningsmaterieill\\_1.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/turnusordning-for-leger/Documents/Ny_turnusordning_veiledningsmaterieill_1.pdf)

[www.med.umn.edu/RPAP/sites/home.html](http://www.med.umn.edu/RPAP/sites/home.html).

[www.ocs.fas.harvard.edu/students/careers/medicine/applicationprocess/rural\\_medicine\\_programs.pdf](http://www.ocs.fas.harvard.edu/students/careers/medicine/applicationprocess/rural_medicine_programs.pdf)

[www.uhr.no/ressurser/temasider/karaktersystemet\\_1](http://www.uhr.no/ressurser/temasider/karaktersystemet_1)

Zink T, Power DV, Olson K, Harris IB, Brooks KD. (2010) Qualitative differences between traditional and rural-longitudinal medical student OSCE performance. *Fam Med*, 42 (10), 707-11.

Aars M. Hva kan vi lære av forsøksprosjektet "desentralisert, nettstøttet fysioterapeututdanning på deltid"? s 107-129. I: Eivind Bråstad Jensen (red). (2008) *Fra krisetiltak til suksesshistorier. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978 – 2008*. Orkana forlag. ISBN 978-82-8104-059-5.

## Avlevert fra arbeidsgruppe

.....  
Inger Njølstad  
Prodekan utdanning medisin og odontologi

.....  
Torsten Risør  
Studieplansjef medisin, Helsefak

.....  
Maret Laila Nedrejord  
Medisinstudent, Helsefak

.....  
Frøydis Nystad Nilsen  
Overlege, SANKS

.....  
Inga Marie Nordstrand  
Studiekonsulent, Helsefak

.....  
Elin Skog  
Seksjonsleder, Helsefak

.....  
Rolv-Ole Lindsetmo  
Overlege UNN-HF

.....  
Brite Jacobsen  
Rådgiver Helse Nord RHF

.....  
Ingrid Petrikke Olsen  
Avdelingsoverlege, Finnmarkssykehuset

.....  
Houman Charani  
Overlege, Finnmarkssykehuset

.....  
Karin Straume  
Fylkeslege Finnmark

.....  
Frode Øvrejord  
Kommuneoverlege Alta

.....  
Pål André Skjærpe  
Fastlege, Hammerfest kommune

.....  
Drude Bratlien  
Fastlege Sør-Varanger kommune

**Tromsø 14.02.2014**