

Tromsø 1. mars 2019

Høringssvar vedrørende forslag til nasjonale faglige retningslinjer for medisinstudiet – RETHOS

Vedlagt følger høringssvar fra medlemmer av programrådet ved Enhet for legeutdanning (ELU) ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Vi mener det er viktig at alle stemmer blir hørt i denne prosessen, og siden de enkelte medlemmenes syn naturlig nok ikke alltid samsvarer med det syn ELU som enhet har på de forskjellige temaene som omtales har vi altså valgt å legge frem innspillene separat.

Innspill fra leder for fagenhet for allmenntilleggsmedisin ved Institutt for Samfunnsmedisin, May-Lill Johansen

Legens rolle

Etter inspirasjon fra CanMed i Canada og tilsvarende prosesser i Danmark vurderes en inndeling av legens roller i syv deler som nyttig for å synliggjøre bredden i den kompetansen en har som mål at legestudentene skal utvikle i løpet av sin utdanning. Dette utkastet vurderes derimot å være preget av mange enkeltstående agendaer der noen har fått sine egne læringsmål, andre ikke. En årsak til dette kan være at detaljnivået er for høyt. Det anbefales derfor å undersøke hvordan andre profesjonsutdanninger har løst denne utfordringen ved å formulere mer sammenfattede læringsutbytter.

Generell kompetanse

Det anbefales også at begrepet «generell kompetanse» brukes slik det er beskrevet i kvalifikasjonsrammeverket, nemlig «det å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner. Kompetanse er òg å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning i studier og yrke». Med dette menes at læringsutbytter som omhandler generell kompetanse ikke bør brukes til å introdusere stadig flere kunnskaper og ferdigheter.

Medisinsk ekspertise

Videre vil en i dette høringssvaret omtale kompetanseområdet «medisinsk ekspertise» spesielt. Kunnskapsgrunnlaget for legen som medisinsk ekspert vurderes å være for smalt formulert. En rekke av de lidelsene pasienter kontakter fastlegen for kan dog forklares på bakgrunn av det kunnskapsgrunnlaget som er definert i dette forslaget. At mennesket i sitt vesen er mer enn molekyler, celler, vev og organer kommer indirekte fram gjennom flere av læringsutbyttene under avsnittene kommunikasjon, samarbeid og folkehelse, men det mangler eksplisitte formuleringer av den omfattende, tilgjengelige kunnskapen om sammenhengen mellom livsbelastninger og sykdom, og mellom livsmening, relasjoner og helse. Det er over 40 år siden Engel introduserte den bio-psyko-sosiale modell, 30 år siden Antonovsky foreslo begrepet salutogenese, og 20 år siden Anda og Felitti oppdaget at tuffe opplevelser opplevd som barn førte til organisk sykdom som voksen samt Bruce Mc Ewen avdekket virkningen av stress på menneskets

immunsystem. Videre er det 10 år siden Elisabeth Blackburn m.fl. fikk Nobelprisen i medisin for studier av hvordan langvarig omsorg for kronisk syke barn skadet mødrenes telomerer og påskyndet cellealdringen.

Å utelate denne type kunnskap fra det som skal definere legens medisinske ekspertise kan bety at pasientene i fremtiden fortsatt vil kunne lide av «medisinsk uforklarte plager og symptomer» (MUPS), og at fremtidens leger ikke vil kunne stille en definert medisinsk diagnose på disse pasientene.

Innspill fra leder for PROFKOM, Unni Ringberg

Vi vil her foreslå noen konkrete endringer knyttet til spesielt utvalgte punkter:

Medisinsk ekspertise - kunnskap

Dette kompetanseområdet har flere punkter som poengterer betydningen av en biologisk forståelse av sykdom og sykdomsmekanismer. Det mangler dog et punkt om en biopsykososial forståelsesmodell

Forslag til nytt punkt:

Kandidaten har inngående kunnskap om den biopsykososiale modell som gjør kandidaten i stand til å forstå pasienters helse og sykdom som et resultat av interaksjon mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

Medisinsk ekspertise - ferdigheter

I forslaget punkt 2 står det følgende: «Kandidaten kan analysere pasienters situasjon og planlegge oppfølging og henvise til videre undersøkelser og behandling»

Dett punktet bør ses i sammenheng med Medisinsk ekspertise, generell kompetanse punkt 3 om medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling.

Forslag til endring av Medisinsk ekspertise - ferdigheter punkt 2:

Kandidaten kan analysere pasienters situasjon og planlegge oppfølging og henvise til nødvendige videre undersøkelser og behandling.

Medisinsk ekspertise – generell kompetanse

Kandidaten bør også ha generell kompetanse i å analysere betydningen av psykologiske og sosiale forhold i klinisk praksis.

Forslag til nytt punkt:

Kandidaten kan analysere hvordan kombinasjonen av biologiske, psykologiske og sosiale forhold anvendes i klinisk praksis.

Kommunikasjon - ferdighet

Begrepet etikk bør komme tydeligere fram i læringsutbyttebeskrivelsene og bør være et eget punkt under kompetanseområdet profesjonalitet både når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse.

Forslag til endring av punkt 2:

Kandidaten kan anvende sin kunnskap til å håndtere kommunikasjon om krevende temaer som for eksempel etiske og eksistensielle temaer og seksualitet

Forslag til endring av Punkt 6:

Kandidaten kan reflektere over egen kommunikasjon, framtoning, moralsk atferd og etiske prinsipper

Kommunikasjon – generell kompetanse

Forslag til endring av punkt 2:

Kandidaten kan veilede og ta beslutninger sammen med pasienter og anvende verktøy for samvalg

Innspill fra emneleder for 1. studieår ved legeutdanningen ved UiT, Ellen Aasum

Med utgangspunkt i de biomedisinske basalfagene som utgjør en stor del av MED-1501 sin faglige portefølje og studieprogrammets første år, er vi av den oppfatning at læringsutbyttebeskrivelsene er viktige og ikke trenger/bør endres i nevneverdig grad i forhold til innhold og omfang. Dette gjelder:

Fra kompetanseområdet Medisinsk ekspertise – kunnskap:

Punkt 2, 3, 4, 6, 8 og 9

Fra kompetanseområdet Medisinsk ekspertise – generell kompetanse:

Punkt 2

Innspill fra Enhet for legeutdanning

Som flere representanter både fra UiT og andre studiesteder allerede har påpekt i sine høringsvar fremstår dette forslaget til nasjonale faglige retningslinjer tidvis som noe mer detaljert enn det vi mener er hensiktsmessig for å kunne bruke dette som rammeverk i den fremtidige utdanning av leger.

Videre er det er i de nye retningslinjene tydelige ambisjoner om et felles læringsmål for alle helsefaglige profesjoner. Det bør derfor sikres en avstemming mellom de helsefaglige utdanningene slik at undervisningen som omfatter det kliniske, tverrprofesjonelle samarbeidet blir hensiktsmessig og gjenspeiler den oppgavefordelingen som faktisk gjelder mellom de ulike helsefagene i en klinisk hverdag.

Med vennlig hilsen

Christen Peder Dahl

Studieleder

Enhet for legeutdanning ved det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet