

Til kunnskapsdepartementet

Dato: 26.02.2019
Saksnr.: 2018/13816

Svar på høring – nasjonal retningslinje for medisinutdanningen

Vi viser til brev av 29. november 2018 hvor høringsinstansene bes særlig om å vurdere om innholdet i retningslinjen er i tråd med tjenestenes og brukernes behov, hvorvidt det samiske folks rett og behov til tilrettelagte tjenester er ivarett, og om det er noe som mangler eller som bør utgå i retningslinjene. Departementet ber også om tilbakemelding på omfanget av den enkelte retningslinje, og om innholdet i retningslinjen er gjennomførbart innen rammene for utdanningen.

Vi vil innledningsvis uttrykke vår bekymring for at forskriftsfesting kombinert med detaljrikdommen i de nasjonale retningslinjene kan medføre en innskrenkning av utdanningenes autonomi og fagmiljøenes akademiske frihet. I utsendelsesbrevet fra KD står det tydelig at «retningslinjene skal kunne fungere fleksibelt med tanke på å endre kravene dersom kompetansebehovene i tjenestene endres, og samtidig ivareta utdanningsinstitusjonenes, tjenestenes og studentenes behov for forutsigbarhet». For det første innebærer en forskriftsfesting av retningslinjene i seg selv en innskrenkning av institusjonens mulighet for tilpasning og fleksibilitet. For det andre representerer den detaljerte utformingen av retningslinjene (bl.a. med angivelse av konkrete metoder og teorier det skal undervises i) en betydelig begrensning i institusjonenes mulighet til å påvirke de konkrete studieprogrammernes faginnhold.

Formål

Vi er bekymret for at legens kjernekompetanse nedtones på bekostning av mer perifere kompetanseområder i utkastet til retningslinje. Hovedformålet med retningslinjen må være å gi en gjenkjennelig beskrivelse av den kompetansen en lege besitter når vedkommende er nyutdannet. Retningslinjen slik den nå foreligger lykkes ikke med dette, det er vanskelig å gjenkjenne det legefaglige.

Retningslinjen beskrives å være førende for utvikling av lokale studieplaner, og vi forventer at den vil påvirke både innhold og ressursfordeling. Siden kjernekompetansen er tillagt langt mindre vekt i retningslinjen enn hva som er tilfellet for legeutdanningen slik vi kjenner den, er vi urolige for hvilket signal dette gir. Det må ikke bli slik at de medisinske fagmiljøene blir overstyrt av en retningslinje som fremhever perifere kompetanseområder på bekostning av kjernen.

Format og omfang

Programgruppen har valgt å ta utgangspunkt i CanMED sin inndeling i syv ulike legeroller. Vi bestrider ikke at disse rollene er relevante aspekter av en leges profesjon, men rollene er til dels overlappende og har ulik



Fakultetsadministrasjonen

Postadr.: Postboks 1078 Blindern, 0316 Oslo
Kontoradr.: Sogn Arena, Klaus Torgårds vei
3, 2. et., 0372 Oslo

Telefon: 22 84 53 00
Telefaks: 22 84 53 01
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no
Org.nr.: 971 035 854

vekting, noe som skaper utfordringer når man seksjonerer kompetanseområdene slik man har gjort i retningslinjen.

I CanMED-modellen er medisinsk ekspertise plassert i sentrum og inngår som en sentral del også i de andre seks rollene. Ved å bruke den grafiske fremstillingen i CanMED får man frem at medisinsk ekspertise er kjernekompetansen for en lege. Dette gjenspeiles også i at medisinsk ekspertise utgjør den store majoriteten i medisinnutdanningene, både i Norge og internasjonalt. I retningslinjen, derimot, er medisinsk ekspertise nærmest sidestilt med de andre kompetanseområdene og fremstår marginalisert. En viktig årsak til dette er at spesifikasjonsnivået i læringsutbyttebeskrivelsen er ulik under de forskjellige kompetanseområdene. Under den medisinske ekspertisen legger man seg på et overordnet, hensiktsmessig nivå. På de øvrige kompetanseområdene, som skal dekke en mye mindre del av helheten enn den medisinske ekspertisen, er læringsutbyttene beskrevet på et lavere, mer spesifikt nivå. Dette bør rettes opp slik at det overordnede nivået som brukes under medisinsk ekspertise, også brukes under de andre kompetanseområdene.

Omfanget av retningslinjen blir også unødvendig stort når man velger å dele inn i syv kompetanseområder: Flere områder kan med fordel slås sammen i en seksjon. Kommunikasjon, samarbeid og ledelse er kompetanseområder hvor det i en overordnet, generell beskrivelse blir kunstig å skille rollene fra hverandre.

Vi er kritiske til bruken av *brede, inngående og avanserte kunnskaper* i NKR-syntaksen. Om man mener at slike markører er nødvendige for å markere utdanningsnivå, burde dette også ha vært gjort under de andre kategoriene f.eks. at kandidaten skal kunne analysere bredt, inngående eller avansert. Vår oppfatning er at det ikke er nødvendig å adjektivisere kunnskaper i NKR. Kunnskaper er definert som det laveste taksonomiske nivået, og det skal ikke mye prosessering til før man beveger seg over i anvendelse av kunnskapen og til det neste taksonomiske nivået. For å understreke viktigheten av å være kritisk til NKR-syntaksen vil vi trekke frem læringsutbyttet *«kandidaten er i kunnskapsfronten innen alle vanlige sykdommer og symptomer [...]»*. Syntaksen markerer at dette er kunnskap på phd-nivå, men ingen medisinnutdanning vil kunne kreve at et enkeltindivid skal være i kunnskapsfronten innen alle vanlige sykdommer. Det er det kollegiet som helhet som er.

Flere steder under ferdighetskategorien starter man læringsutbyttet med *«kan anvende sin kunnskap til å [...]»*. Det ligger implisitt i rammeverket at ferdigheter er anvendelse av kunnskap. Læringsutbyttene bør derfor forenkles.

Innhold

Det er uheldig at enkelte grupper i samfunnet, enkelte metoder, begreper, dokumenter etc. omtales spesifikt i dette overordnede dokumentet. Ved å fremheve det enkelte, forsvinner samtidig det overordnede og det som ikke er nevnt spesifikt. For eksempel fremheves barn og unge. Ingen er uenige i at dette er en særlig viktig gruppe, men de aller fleste leger vil bruke langt mer tid og ressurser på eldre, skrøpelige pasienter med et sammensatt panorama av sykdommer. Studentene må forberedes på dette i studietiden, men det kan ikke leses ut av dokumentet.

Universitetene har forpliktet seg til å følge opp FNs bærekraftsmål, og det er gjort til en prioritet ved UiO. Bærekraft henger tett sammen med prioritering som påvirker leger i betydelig grad i klinisk arbeid, og som de forventes å ha et reflektert forhold til. Viktigheten av bærekraft er imidlertid ikke synlig i dette dokumentet. Vi mener det bør tematiseres på et overordnet nivå i selve grunnteksten og komme tydeligere frem i selve utbyttebeskrivelsene.

Noen av læringsutbyttene er etter vår mening på et for lavt taksonomisk nivå og beskriver teoretisk kunnskap om ferdigheter, i stedet for å klargjøre at dette er ferdigheter man forventer at de nyutdannede legene har. Tilsvarende beskrive at studentene skal ha kjennskap til ulikt lovverk, mens forventningen egentlig er at legen skal kunne anvende lovverket eller praktisere innenfor grensene av lovverket.

Kompleksitet, ambivalens og usikkerhet er gjennomgående trekk i medisinske beslutninger og resonnering. Den nye versjonen av det kanadiske rammeverket har inkludert dette under rollen ekspertise. Noe tilsvarende finnes ikke i det foreliggende utkastet. Vi foreslår følgende formulering under medisinsk ekspertise, generell kompetanse: «Kan gjenkjenne og takle usikkerhet og ambivalens i medisinsk praksis».

Vi savner også en bedre dekning av kunnskapsinnhenting og forskningsforståelse som del av utdanningen. Det kunne også med fordel vært noe om forskningsetikk f.eks.: «kan identifisere og analysere etisk utfordrende aspekter ved forskningsprosjekter som er relevante for utøvelsen av legeyrket»

Gjennomførbarhet

Retningslinjen slår fast at omfanget av praksis skal være minimum 24 uker og det anbefales minst 10 uker praksis i primærhelsetjenesten. Dette er problematisk når retningslinjen er bestemt forskriftsfestet. UHR anbefaler minst 20 uker praksis, en anbefaling gitt etter en grundig prosess i sektoren. En økning av praksis til 24 uker, hvorav 10 uker i primærhelsetjenesten, vil ikke være mulig å få til for vår del innenfor gjeldende rammebetingelser.

Rekruttering til praksis i primærhelsetjenesten er utfordrende både på grunn av stort arbeidspress for fastlegene, høy kostnad for å dekke opp for redusert produksjon og manglende «sørge for»- ansvar hos kommunene. For å få til økt praksis i primærhelsetjenesten trengs det nye måter å organisere praksis på – for eksempel med kommunalt driftede helsesentra som har utdanning av legestudenter som en av sine oppgaver. Utprøving og etablering av slike ordninger må skje på sentralt nivå og kan ikke igangsettes av et universitet alene. Sykehjem, KAD og legevakt er aktuelle som praksisarenaer for våre studenter, men hovedutfordringen er at ingen av disse arenaene er bemannet for å ha tid til veiledning av studenter. Kravet om NAV som en praksisarena, vil også være vanskelig å implementere.

Oppsummert er våre hovedinnvendinger mot høringsutkastet at legens kjernekompetanse ikke kommer tilstrekkelig fram, at LUB-ene bør skrives på et overordnet nivå, samt at det under nåværende rammebetingelser er vanskelig å øke lengden av praksisperiodene.

Ivar Prydz Gladhaug
Dekan

Unn-Hilde Grasmø-Wendler
Fakultetsdirektør

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UiO og er derfor ikke signert.

Saksbehandler: Kristin Wium, tlf. 22851572, e-post: kristin.wium@medisin.uio.no

Vedlegg: Kommentarer gitt direkte i utkastet til retningslinjen

Utkast til nasjonal faglig retningslinje for medisinstudiet

Innledning

I henhold til lov om universiteter og høyskoler § 3-2 andre ledd kan departementet fastsette rammeplaner for enkelte utdanninger. For helse- og sosialfagutdanninger er det fastsatt Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Forskriften gir igjen hjemmel for fastsetting av retningslinjer for hver enkelt utdanning. Det foreliggende dokumentet utgjør en nasjonal faglig retningslinje for medisinstudiet. Retningslinjen er førende for universiteter og høyskoler i arbeidet med å utvikle lokale planer.

Retningslinjen skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon. Retningslinjene skal også sikre en felles sluttkompetanse om samers rettigheter og samenes status som urfolk, jfr. forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger.

Retningslinjen er utformet i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) jfr. Forskrift om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring, jfr. det europeiske kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring.

"Et kvalifikasjonsrammeverk er en samlet, systematisk og nivådelt beskrivelse av formelle kvalifikasjoner som kan oppnås innenfor et utdanningssystem. (...) Nasjonale kvalifikasjonsrammeverk er basert på nasjonens utdanningssystem, viser nivå og progresjon og sammenheng til arbeidsliv og samfunnsliv."

Utdanningen skal være i samsvar med direktiv 2005/36/EF, med senere endringer herunder direktiv 2013/55/EU.

Formål

Profesjonsutdanningen i medisin skal kvalifisere kandidatene til å fylle ulike legeroller i en allsidig helsetjeneste og i samfunnet for øvrig.

Hovedformålet er å utdanne leger som kan arbeide i primær- og spesialisthelsetjenesten. Utdanningen kvalifiserer også for andre legestillinger innen forskning, administrasjon, ledelse og forvaltning.

Som profesjonell yrkesutøver er legen engasjert i den enkelte pasientens velferd og tar samtidig hensyn til samfunnets behov.

I tillegg til å utrede, diagnostisere, behandle og følge opp sykdom hos den enkelte pasient, har legen en viktig rolle i å forebygge sykdom og fremme god helse i befolkningen, samt bidra til nytenkning som løser helserelaterte utfordringer i samfunnet. Legen anvender sin medisinske kunnskap, sine kliniske ferdigheter og profesjonelle holdninger til å bidra til gode og trygge, pasientsentrerte helsetjenester. Legen sikrer kvalitet i helsetjenesten gjennom

Commented [UiOmedfak1]: Denne tittelen er ikke helt åpenbar – om det gjelder formålet med forskriften eller formålet med utdanningen (fra innholdet er det åpenbart det siste) – ville nok ha tydeliggjort dette også i overskriften

Avsnittet fremstår rotete – det ligger ingen åpenbar disposisjon til grunn.

- Hva man utdannes til
- Hvor man er når man er nyutdannet kontra en med masse erfaring

Hva det innebærer å være lege og hvilke holdninger, ferdigheter etc. som er nødvendige for å være en god lege

Commented [UiOmedfak2]: Dette er unødvendig begrensende – mange vil ikke tenke på sin stilling som en «legestilling» i disse kategoriene. Kategoriene er også ganske begrenset da dette synes å være veldig rettet mot det offentlige. Det er en rekke leger som jobber i konsulentfirma, ulike oppstartsfirmas etc., og de passer dårlig inn her

Commented [UiOmedfak3]: Vi mener at dette perspektivet bør løftes ytterligere, for eksempel ved å legge til på slutten av setningen «... og globale prioriteringer slik de er beskrevet i FNs bærekraftsmål»

forskningsbasert praksis og en kritisk og vitenskapelig tilnærming.

Kandidaten skal etter endt utdanningen kunne håndtere komplekse faglige spørsmål. Medisinsk ekspertise er grunnleggende for legeyrket. I tillegg til omfattende medisinsk ekspertise kreves inngående kompetanse i kommunikasjon, ledelse, samarbeid, folkehelse og samfunnsmedisin, forskning, formidling og akademisk tilnærming og profesjonalitet. Kandidaten skal i tillegg kunne kommunisere på en måte som tar hensyn til pasientens oppfatninger, bekymringer og forventninger, og være i stand til å etablere trygge relasjoner til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Gjennom klinisk ledelse tar legen ansvar for god pasientbehandling. Legen arbeider effektivt sammen med andre helseprofesjoner og samarbeidspartnere med et felles mål om å yte god helsehjelp. Kandidaten skal kunne utøve legeyrket på en forsvarlig, reflektert og omsorgsfull måte, og ha grunnlag for videre spesialisering, forskning og livslang læring. Legerollen krever høy grad av selvstendighet, integritet, samarbeidsevne og etisk standard.

Kompetanseområder

Medisinutdanningen er fordelt under følgende kompetanseområder:

- I. Medisinsk ekspertise
- II. Kommunikasjon
- III. Ledelse
- IV. Samarbeid
- V. Folkehelse og samfunnsmedisin
- VI. Forskning, formidling og akademisk tilnærming
- VII. Profesjonalitet

Kompetanseområdene som er nevnt nedenfor, gjenspeiler legens sju roller, som er utviklet og anvendt internasjonalt. Kjernekompetansen for en nyutdannet lege er medisinsk ekspertise. De andre kompetanseområdene er nødvendige for å fungere som lege.

Læringsutbyttebeskrivelser

En læringsutbyttebeskrivelse er en beskrivelse av hva en person vet, kan og er i stand til å gjøre som et resultat av en læringsprosess. I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene § 2 er det angitt 12 felles læringsutbyttebeskrivelser som skal inkluderes i retningslinjen. Disse er markert med stjerne.

I. Medisinsk ekspertise

Kunnskap

Kandidaten

Commented [UiOmedfak4]: Til hva?

Commented [UiOmedfak5]: Hva er hensikten med denne setningen? Og kan et «komplekst faglig spørsmål» her oversettes med et utfordrende pasientkasus? Eller tenker man mer teoretisk?

Commented [UiOmedfak6]: Her ville vi lagt til at dette også utgjør den store majoriteten av medisinutdanningen.

Commented [UiOmedfak7]: Kompetanse i akademisk tilnærming? Her bør man skille mellom prosess og produkt. Hva med vitenskapelighet?

Commented [UiOmedfak8]: Foreslår å fjerne dette da det ikke tilfører noe nytt. Eventuelt utdypet litt mer i listen over, for eksempel «kommunikasjon med pasienter, pårørende og annet helsepersonell»

Commented [UiOmedfak9]: Å være lege

Commented [UiOmedfak10]: Det er vel riktigere å skrive at dette dokumentet introduserer denne inndelingen. Og er det rimelig å blande sammen de to ordene «kompetanseområder» og «roller»? Uansett – det speiler på ingen måte de fire utdanningene i Norge eller i noen vi kjenner til i utlandet (og er kanskje en bedre inndeling for yrkesutøveren enn for utdanningen)

Commented [UiOmedfak11]: Vitenskapelighet?

Commented [UiOmedfak12]: Hatt inn noe som sier at disse utgjør en liten minoritet i utdanningen.

Commented [UiOmedfak13]: Trengs begge disse? Å kunne noe kan både vise til et kunnskapsmål og et ferdighetsmål

Commented [UiOmedfak14]: Skrive her: «kandidaten/den nyutdannede legen har kunnskap om» og så kutte de tre første ordene fra alle punktene under

1. er i kunnskapsfronten innen alle vanlige sykdommer og symptomer, deres forekomst og årsaker, og utredning, prognose og behandling
2. har **avansert** kunnskap om menneskets oppbygning, utvikling og funksjoner
3. har **avansert** kunnskap om grunnleggende biologiske mekanismer og hvordan menneskets funksjoner reguleres, med spesiell vekt på det som har betydning for utvikling av sykdom eller skade
4. har **avansert** kunnskap om forholdet mellom struktur og funksjon for molekyler, celler, vev, organer og organsystemer
5. har **inngående** kunnskap om forekomst av sjeldne sykdommer med eksempler på utredning, diagnose og behandling
6. har **inngående** kunnskap om det friske mennesket i alle aldre, fra unnfangelse til død
7. har **inngående** kunnskap om menneskets fysiske, psykiske og sosiale egenskaper
8. har **inngående** kunnskap om hvordan kosthold og fysisk aktivitet påvirker helse og sykdom
9. har **inngående** kunnskap om betydningen av arv og miljø for helse og utvikling av sykdom eller skade
10. *har inngående kunnskap om barn og unge og ivaretar deres behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre deres medvirkning og rettigheter
11. har **inngående** kunnskap om de viktigste arbeidsoppgavene og ansvarsområdene for de medisinske spesialitetene
12. har **inngående** kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for digitale løsninger og teknologi i helsetjenesten
13. har **inngående** kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med psykiske lidelser, demens og psykisk utviklingshemming, samt lovverk for bruk av tvang

Ferdighet

Kandidaten

1. kan gjennomføre en medisinsk konsultasjon, med sykehistorie, klinisk undersøkelse, vurdering og journalføring
2. kan analysere pasienters situasjon og planlegge oppfølging og henvise til videre undersøkelser og behandling
3. kan gjennomføre diagnostikk og initial behandling av livstruende og akuttmedisinske tilstander

Commented [UiOmedfak15]: Et kollegium kan kanskje sies å være i kunnskapsfronten, men ingen enkeltpersoner er i kunnskapsfronten. Dette handler vel om å være faglig oppdatert.

Commented [UiOmedfak16]: Mener man her menneskekroppens funksjoner?

Commented [UiOmedfak17]: Hvorfor er forekomst (epidemiologi) det viktigste?

Commented [UiOmedfak18]: Bør komme tidligere

Commented [UiOmedfak19]: Hva betyr dette?

Commented [UiOmedfak20]: Slå sammen #8 og #9, Alternativt droppe – dette handler jo i stor grad om årsaker til sykdom og er dekket av #1 og #3

Commented [UiOmedfak21]: Dette er en ferdighet

Commented [UiOmedfak22]: Hvordan kobles dette til den medisinske ekspertisen? – at man er klar over forskrifter og lover som regulerer elektronisk kommunikasjon, at man har forsvarlig informasjonshåndtering, informasjonsskyt, informasjonssikkerhet, mye av dette hører vel inn under kommunikasjon?

Commented [UiOmedfak23]: Burde omformuleres til en ferdighet – vurdere samtykkekompetanse hos pasienter [...]

Commented [UiOmedfak24]: Hva ligger i dette punktet som ikke finnes i de andre lub-ene? (Særlig Generell kompetanse #1)

Commented [UiOmedfak25]: Synes vi må ha med identifisere her også ellers er dette bare et spesialtilfelle av #4 (under), og tilfører lite

4. kan identifisere og vurdere medisinske problemstillinger, gjennomføre diagnostikk og behandling; og vurdere behandlingseffekt, prognose og risiko for komplikasjoner
5. kan gjennomføre funksjonsvurdering og igangsette rehabilitering og andre mestringsfremmende tiltak
6. kan gjennomføre kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter selvstendig eller under veiledning, jfr. nasjonale lister

Commented [UiOmedfak26]: Dekkes av #1. Uansett uheldig å vise til noe annet utenfor lub-ene. Bør tas bort.

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan analysere kliniske situasjoner og ta beslutninger på grunnlag av forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens preferanser og behov
2. kan analysere hvordan grunnleggende naturvitenskapelige prinsipper anvendes i klinisk praksis
3. kan analysere og forholde seg kritisk til medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling, og kan gjennomføre tiltak for å begrense dette
4. har innsikt i sine oppgaver som behandler, sakkyndig og forvalter av samfunnets ressurser, og gjenkjenner og håndterer interessenmotsetninger
5. *har digital kompetanse og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ og systemnivå

Commented [UiOmedfak27]: Hva betyr dette?

Commented [UiOmedfak28]: Punktet bør løftet vekk fra disse spesifikke begrepene – dette handler jo egentlig om definisjon av å være syk kontra frisk, og at det er gjenstand for ulike synspunkter og er en alltid pågående diskusjon, samt at det påvirkes av kulturelle forhold, teknologisk utvikling etc.

Commented [UiOmedfak29]: Å ha innsikt i noe behøver ikke å si at man er sitt ansvar bevisst. Burde man ikke forvalte ansvaret og ikke innsikten? Kunne vært omformulert og flyttet under «profesjonalitet».

Commented [UiOmedfak30]: Hvorfor er dette en medisinsk ekspertise?

Commented [UiOmedfak31]: Veldig spesifikke læringsutbytter under dette kompetanseområdet – bør skrives på et mer overordnet nivå, og gjerne slås sammen med andre kompetanseområder.

II. Kommunikasjon

Kunnskap

Kandidaten

1. *har inngående kunnskap om relasjonsbygging og kommunikasjon som gjør kandidater i stand til å forstå og håndtere situasjoner med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere

Ferdighet

Kandidaten

1. *kan kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert bruk av digitale hjelpemidler og tolk

2. kan anvende sin kunnskap til å håndtere kommuniserekasjon om krevende temaer, som for eksempel eksistensielle tema og seksualitet
3. kan anvende pasientsentrert metode for kommunikasjon, der pasientens bekymringer, forventninger og oppfatninger vektlegges
4. *kan gjennomføre veiledning av pasienter, pårørende, studenter og relevant personell som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser
5. kan anvende en kultursensitiv tilnærming og tilpasse språk og atferd til hver enkelt pasient ut fra blant annet alder, kjønn og kulturell bakgrunn
6. kan reflektere over egen kommunikasjon og framtoning
7. kan anvende faglig kunnskap til å utforme henvisninger, epikriser og Sakkyndighetserklæringer

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan kommunisere muntlig, skriftlig og digitalt om helsefaglige problemstillinger med medarbeidere, samarbeidspartnere og allmennheten
2. kan ta beslutninger sammen med pasienter og pårørende og anvende verktøy for samvalg
3. kan formidle et kortfattet og strukturert sammendrag av en pasients situasjon

Commented [UiOmedfak32]: Rammeverkets format impliserer at ferdigheter er anvendelse av kunnskaper. Overflødig å gjenta dette eksplisitt.

Commented [UiOmedfak33]: Hvorfor skal man spesifisere en spesifikk metode? Foreslår å fjerne. At man skal lytte til pasienten mener vi er implisitt i det som står i #1 (kommuniserer med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte) og en forutsetning for en rekke av ferdighetene under medisinsk kompetanse

Commented [UiOmedfak34]: Dette er dekket av #1 og en åpenbar forutsetning for å kunne ta opp en anamnese på en god måte – kan fjernes

Commented [UiOmedfak35]: Generell kompetanse

Commented [UiOmedfak36]: Dette er dekket av generell kompetanse #1

Commented [UiOmedfak37]: Digital kommunikasjon er en underkategori av de to andre kategoriene. Både dokumenter i papirform og i digital form er varianter av skriftlig kommunikasjon. Om man formidler et videoopptak av forelesningen eller snakker direkte i et auditorium, er begge varianter av muntlig kommunikasjon. Innholdet i dette punktet er vel også dekket av i hvert fall ferdigheter #1 og #7 over og medisinsk ekspertise/ferdighet #1?

Commented [UiOmedfak38]: Dekket under medisinsk ekspertise.

III. Ledelse

Kunnskap

Kandidaten

1. har **bred** kunnskap om de viktigste prinsippene for ledelse på ulike nivå i helsetjenesten
2. har **bred** kunnskap om grunnleggende prinsipper for prioritering i helsetjenesten
3. har **bred** kunnskap om helsetjenesten som system og om dens organisering på ulike nivå

Ferdighet

Kandidaten

1. kan **anvende kunnskap om ledelsesprinsipper til å** utøve klinisk ledelse med beslutningstaking og samarbeid med andre profesjoner og yrkesgrupper i relevante medisinske situasjoner
2. kan **anvende relevant kunnskap til å** ta lederskap i og **håndtere en akuttmedisinsk situasjon** og selv bli ledet i relevante situasjoner

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan reflektere over **ulike lederstiler** og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper og team

IV. Samarbeid

Kunnskap

Kandidaten

1. har **bred** kunnskap om kompetanse**a**, arbeidsoppgaver**ne** og ansvarsområde**ne** hos samarbeidende profesjoner
2. har **bred** kunnskap om **modeller** for samarbeid og samhandling i helsetjenesten

Ferdighet

Commented [UiOmedfak39]: Foreslår å slå sammen kommunikasjon, ledelse og samarbeid

Commented [UiOmedfak40]: Foreslår å samle disse tre punktene til ett: «har kunnskap om organisering av helsetjenesten, og prinsipper for ledelse og prioritering i helsetjenesten»

Commented [UiOmedfak41]: At de skal kunne håndtere akuttmedisinske situasjoner er skrevet inn under medisinsk ekspertise, så lederskap og bli ledet er vel det som er vesentlig her?

Commented [UiOmedfak42]: Egne ferdigheter er vel tilstrekkelig her, eventuelt sett opp mot ulike lederstiler (snu det rundt)

Commented [UiOmedfak43]: Foreslår å slå sammen kommunikasjon, ledelse og samarbeid.

Commented [UiOmedfak44]: Uklart hva som ligger i dette

Kandidaten

1. kan anvende egen profesjonskompetanse i samspill med egen og andre profesjonsutøvere, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere
2. *kan samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling
3. kan reflektere over egen og andres rolle i tverrprofesjonelt samarbeid og tverrprofesjonelle team og bidra til god samhandling

Commented [UiOmedfak45]: Profesjonskompetanse er under «profesjonalitet» langt på vei omtalt som kjennskap til lover og regler. Heller skrive noe mer om profesjonskompetanse under profesjonalitet. Tverrfaglig samarbeid er dekket annet sted, og samspillet med pasienter og pårørende er også dekket annet sted. Dette er også et underlig punkt hvis man betrakter det kontrafaktisk – hvis legen ikke skal anvende sine legespesifikke kunnskaper og ferdigheter ved samspill med andre personer i jobbsammenheng – da er vel heller ikke vedkommende en lege?

Commented [UiOmedfak46]: Flytte til generell kompetanse. Overlapp mot ledelse.

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter på en respektfull måte i møte med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere

Commented [UiOmedfak47]: Er ikke dette det samme som under kommunikasjon?

V. Folkehelse og samfunnsmedisin

Kunnskap

Kandidaten

1. har ~~inngående~~ kunnskap om grunnleggende faktorer som bidrar til god helse og forebygger sykdom
2. har ~~inngående~~ kunnskap om helse- og velferdstjenestenes organisering, verdier og normer
3. *har ~~bred~~ kunnskap om sammenhengen mellom helsemessige og sosiale problemer
4. har kunnskap om utviklingen av sykdomsforekomst og sykdomsbyrde nasjonalt og globalt, samt hvilke utfordringer dette skaper for helsetjenesten
5. *kjenner til samers rettigheter, og har kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk

Commented [UiOmedfak48]: Når man skal kunne analysere og iverksette ulike typer forebyggende og helsefremmende arbeid #1 under ferdigheter, så er dette punktet dekket.

Commented [UiOmedfak49]: Overlapp lub under ledelse

Commented [UiOmedfak50]: Mye overlapp mot #2 under generell kompetanse

Ferdighet

Kandidaten

1. kan analysere og iverksette ulike typer forebyggende og helsefremmende arbeid på individ-, gruppe- og samfunnsnivå for alle aldersgrupper, med særlig fokus på barn og ungdom

Commented [UiOmedfak51]: Er denne spesifikasjonen nødvendig – det står alle aldersgrupper

2. kan analysere medisinske, økonomiske og etiske forhold og foreta avveininger mellom disse ved prioriteringer i klinisk og samfunnsmedisinsk arbeid
3. *kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse og bidra til verdige pasientforløp
4. *har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk i sin tjenesteutøvelse
5. *kan identifisere og følge opp mennesker med sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, samt kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov
6. kan ~~anvende faglig kunnskap til å~~ iverksette smitteverntiltak og utføre legens melde- og varslingsplikter
7. kan ~~anvende faglig kunnskap til å~~ skrive sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet, melding om yrkesskade/-sykdom og gjennomføre annet sakkyndighetsarbeid vedrørende trygd og sosiale ytelser

Commented [UiOmedfak52]: Hva skiller dette fra ledelsespunktet om prioritering?

Commented [UiOmedfak53]: Ikke at dette er uviktig, men hvorfor skal akkurat dette området av folkehelse beskrives i dette overordnede dokumentet? Foreslår å ta ut punktet om smittevern og flyttet det om melde- og varslingsplikt til et kommunikasjonspunkt (det gjelder heller ikke bare smittevern)

Commented [UiOmedfak54]: Dette rommer alle de foranstående eksemplene. Det er også delvis overlappende med kommunikasjon

Generell kompetanse

Kandidaten

1. *kan anvende kunnskap om inkludering, likestilling og diskriminering slik at likeverdige helse- og velferdstjenester for alle grupper i samfunnet sikres, uavhengig av sosiokulturell bakgrunn, kjønn, alder, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk
2. kan reflektere kritisk rundt sentrale nasjonale og globale helsemessige og sosiale utfordringer
3. *kan identifisere og analysere sammenhengene mellom helse, funksjon, utdanning, arbeid og levekår, og kan anvende dette i sin tjenesteutøvelse, både overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet, for å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering

Commented [UiOmedfak55]: Disse spesifikasjonene innskrenker dette punktet unødvendig – man kan alltid finne karakteristika som ikke dekkes av en slik liste (for eksempel intelligens, preferanse på behandlerens kjønn)

Commented [UiOmedfak56]: Foreslår å endre til en mer aktiv og handlingsrettet formulering «kan svare på befolkningens behov, både lokalt og globalt, ved å drive påvirkningsarbeid for systemendring på en sosialt ansvarlig og bærekraftig måte».

VI. Forskning, formidling og akademisk tilnærming

Kunnskap

Kandidaten

1. har ~~inngående~~ kunnskap om vitenskapelige metoder innen det medisinske fagområdet
2. har ~~bred~~ kunnskap om metoder for formidling

Commented [UiOmedfak57]: Hva menes her - kanaler? Ville ha flyttet dette til en ferdighet og skrevet for eksempel: «kan formidle vitenskapelige funn på en klar og tydelig måte til personer med og uten fagkompetanse». For øvrig er det i stor grad dekket av ferdighet #2

Ferdighet

Kandidaten

1. kan gjennomføre et selvstendig, avgrenset forsknings- eller utviklingsprosjekt under veiledning i tråd med gjeldende forskningsetiske normer
2. *kan dokumentere og formidle sin faglige kunnskap til allmennheten, pasienter og helsepersonell
3. kan kritisk vurdere kvalitet og resultater i ulike typer studier og annen faglig informasjon
4. *kan analysere og forholde seg kritisk til ny kunnskap og foreta faglige vurderinger i tråd med kunnskapsbasen og nyere forskning

Commented [UiOmedfak58]: Å finne frem til kunnskap er ikke beskrevet her (selv om vi mener det er implisitt i #1 under å sette seg inn i eksisterende kunnskap på området). For de aller fleste leger vil kunnskapsinnhenting være noe man har langt mer bruk for enn å gjennomføre egen forskning. Kunne evt vært lagt til som et punkt: «kan formulere presise faglige spørsmål og gjennomføre effektive søk etter forskningsbasert informasjon»

Commented [UiOmedfak59]: Dette ville vi plassert under generell kompetanse og i stedet for «kvalitet og resultater» skrevet «metoder, resultater og troverdighet»

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan anvende en vitenskapelig tilnærming i sin tjenesteutøvelse
2. kan analysere nytten av diagnostiske metoder i form av sensitivitet, spesifisitet, positiv prediktiv verdi og negativ prediktiv verdi
3. *kan bidra til nyttenkning og innovasjonsprosesser og bidra til tjenesteinnovasjon og systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring

Commented [UiOmedfak60]: Kanskje det burde være et eget punkt om forskningsetikk her. F.eks.: «kan identifisere og analysere etisk utfordrende aspekter ved forskningsprosjekter som er relevante for utøvelsen av legeyrket»

Commented [UiOmedfak61]: Hva skiller dette punktet fra punktet om kunnskapsbasert praksis under «Medisinsk ekspertise»?

Commented [UiOmedfak62]: Dette er en unødvendig spesifisering (og er ikke generell kompetanse) – og det er også tett knyttet opp mot ferdighet #3 og medisinsk ekspertise/generell kompetanse #3

Commented [UiOmedfak63]: Dette passer bedre under profesjonalitet – dette handler ikke om forskning, men å anvende den kunnskapen vi allerede har

VII. Profesjonalitet

Kunnskap

Kandidaten

1. har bred kunnskap om relevant gjeldende lovverk og profesjonsetiske retningslinjer
2. *har bred kunnskap om risikovurdering og forebygging av uønskede hendelser og kunnskap om metoder for å følge opp dette systematisk
3. har kunnskap om pasient- og brukerrollen og utviklingen av denne

Commented [UiOmedfak64]: Flytte dette til ferdighet og skrevet noe ala: «Utføre jobben som lege i henhold til relevant lovverk og profesjonsetiske retningslinjer»

Ferdighet

Kandidaten

1. *kan vurdere risiko for uønskede hendelser og bidra til forbedringsarbeid og pasientsikkerhet
2. kan anvende sentrale nasjonale faglige retningslinjer og lokale prosedyrer

Commented [UiOmedfak65]: For snevert – for de fleste problemstillinger finnes ikke dette. Inngå i et mer overordnet lub.

- kan anvende kunnskap om personvern og taushetsplikt slik at dette blir ivaretatt på en forsvarlig måte i tjenesteutøvelsen
- kan ~~anvende sine kunnskaper og ferdigheter for å~~ ivareta egen helse

Commented [UiOmedfak66]: De skal vel ikke anvende kunnskapen om taushetsplikt, de skal vel overholde taushetsplikten og ivareta personvernet.

Commented [UiOmedfak67]: Legge til «og støtte kollegaer i vanskelige situasjoner»?

Generell kompetanse

Kandidaten

- har kunnskap om verdier, atferd og relasjoner som skaper tillit til legen hos enkeltpasienter og i samfunnet
- *kan identifisere, håndtere, analysere og reflektere over faglige og etiske problemstillinger i sin tjenesteutøvelse, samt uprofesjonell eller uetisk atferd hos andre leger og annet helsepersonell
- kan reflektere over og være bevisst grensene for egen faglige kompetanse, kan søke veiledning og ta hensyn til tilbakemeldinger
- har kunnskap om hvordan arbeidsmiljø og arbeidsoppgaver kan påvirke egen og andres helse

Commented [UiOmedfak68]: Gjentakelse fra kommunikasjon, kunnskap #5

Commented [UiOmedfak69]: Formulert som en kunnskap. Foreslås fjernet – dekket av ferdighet #4 og folkehelse/ferdighet #1

Studiets oppbygging

Fullført studium består av 360 studiepoeng og gir graden cand. med. Profesjonsstudiet i medisin er et seksårig integrert studieløp. Studiet er satt sammen av medisinske basalfag, parakliniske, kliniske og samfunnsmedisinske fag. Klinisk undervisning er en integrert del av studiet. Studiets oppbygging sikrer sammenheng og progresjon mellom fagområdene, sammenheng mellom teori og praksis, og sammenheng mellom studieårene på en måte som understøtter læringsutbyttebeskrivelsene. Det skal være en progresjon i studentenes kompetanse i løpet av studiet, fra det grunnleggende til en helhetlig og bred, sammensatt kompetanse ved avsluttet studium.

Kandidaten kan utføre kliniske undersøkelser og skal ha praktiske ferdigheter som er nødvendig for å fungere som lege. Lærestedene har ansvar for å utvikle og oppdatere nasjonale lister over nødvendige kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter som underbygger læringsutbyttebeskrivelsene.

Praksisstudier

Det anbefales at praksisstudier foregår i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som integrerte deler av studieløpet. Omfang av praksis skal være minimum 24 uker. Det anbefales minst 10 uker praksis i primærhelsetjenesten. Studentene skal i løpet av studietiden delta i arbeid i reelle situasjoner på alle nivå, inkludert sykehus, fastlege, legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp døgnetenhet, helsestasjon, sykehjem og NAV.

Commented [UiOmedfak70]: Ikke gjennomførbart innenfor vedtatt og forskriftsfestet retningslinje

Commented [UiOmedfak71]: Mener man at KAD, helsestasjoner, sykehjem og NAV har nok personer med veiledningskompetanse til å ha alle medisinstudenter i Norge i praksis fra og med forskriftsfesting av denne retningslinjen? En ting er å jobbe mot dette, en annen ting er å implementere dette for alle medisinstudenter i Norge nå – det er vi ikke i nærheten av å klare gitt gjeldende rammebetingelser.