

KUNNSKAPSDEPARTEMENTET
Kirkegata 18
0153 OSLO

Deres ref.:
18/5476-1

Vår ref.:
2019/5138 - 50794/2019

Saksbehandler:
Gina Beate Holsen

Dato:
01.03.2019

Høringssvar - nasjonal retningslinje for medisineduceringen

Vi viser til invitasjon til høring datert 29. november 2018.

Som et helt overordnet innspill for alle profesjonsutdanninger gjelder at utdanningen skal sørge for at studentene etter endt utdanning ser seg og sin arbeidsinnsats som en del av en samlet helsetjeneste.

Den vanligste kritikk som rettes mot dagens helsevesen fra pasienter og brukere, er at de enkelte deler av tilbudet, selv om de isolert kan være utmerkede, altfor ofte ikke henger sammen. Med stadig økende spesialisering, blir dette stadig mer krevende å rette opp. Av de mange tiltak som skal bøte på dette, vil de grunnholdninger helsepersonell av alle profesjoner i grunntdanningen får om hvordan man skal samarbeide i tjenesten som helhet, og eget ansvar for å bidra til dette, være helt sentralt.

Studentene skal etter endt utdanning ikke bare samarbeide med medarbeidere og andre profesjoner i møte med enkeltpasienter eller innad i den enkelte avdeling eller annen enhet.

De må også se seg selv som en del av et samlet helsevesen.

Det betyr:

1. Å forstå og hele tiden tenke over hvordan egen utøvelse av yrket påvirker de øvrige deler av helsetjenesten sin mulighet til å løse sine oppgaver, og hvordan egen innsats skal være tilpasset helhetlige pasientforløp, ikke kun hensynet til drift innenfor eget fagområde eller organisatorisk enhet.
2. At egne ønsker når det gjelder organisering av helsetjenesten og arbeidsprosesser må sees i lys av hva som er den beste løsning for pasientforløp og helsevesenet som helhet, ikke kun den lille del av helsevesenet der den enkelte arbeider.

3. Å forstå at de IKT-systemer man skal bruke skal være en del av et samlet IKT-system, der man må velge de løsninger som for helsetjenesten samlet er best, noe som ikke nødvendigvis er optimalt for den enkelte medarbeider eller enhet.
4. At prioritering av eget fagområde eller avdeling/enhet må balanseres innenfor helsetjenestens samlede økonomiske rammer, og balanseres mot like legitime behov innenfor andre deler av helsetjenesten.

Generelle innspill

Kvalitet, pasientsikkerhet og forbedring/læring av feil, må være et gjennomgående tema i utdanningsløpene.

Dette krever fokus på forbedringsarbeid og innovasjon. Vi ønsker at studentene i større grad kan bidra til utvikling/forbedring av helsetjenesten gjennom å være «endringsagenter». Dette må også gjenspeiles i samarbeidet og avtaler mellom utdanningsinstitusjon og virksomhetene som praksisarena.

Basisforståelse for bruk av teknologi og digitalisering er i økende grad avgjørende for god oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med og involvering av praksisvirksomhetene er nødvendig for å konkretisere innhold i utdanningene knyttet til disse temaene.

De fleste kompetansekravene er generelle. Dette er langt på vei krav som bare kan oppfylles etter lengre tids erfaring, og selv da kan det være vanskelig på grunn av tidlig spesialisering. En bør vurdere færre krav, og samtidig presisere at utdanningen reflekterer et grunnlag for videre spesialisering.

Retningslinjene er skrevet på et relativt akademisk språk, med omfattende og oppdelte læringsmål. Mange av læringsmålene er ambisiøse og på linje med det en forventer av overleger. Eksempel: «er i kunnskapsfronten innen alle vanlige sykdommer og symptomer, deres forekomst og årsaker, og utredning, prognose og behandling».

Vi savner en mer presis formulering for eksempel under Medisinsk ekspertise og ferdighet. Forslag: «Kandidaten har de kunnskaper og praktiske ferdigheter som kreves for å starte i lege i spesialisering trinn 1 (LIS1) ved landets sykehus».

Spørsmål som Kunnskapsdepartementet ønsker svar på.

I hvilken grad vurderes utkast til retningslinje å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?

Utkastet til retningslinje for medisinerutdanningen anses i stor grad å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov. En bør likevel ta med seg at kompetanse innen teknologi er et viktig kompetansebehov som bør tydeliggjøres, jf. vår innledning. Vi savner også vektlegging av innovasjon og forskning.

I hvilken grad vurderes utkast til retningslinje å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Utkastet til retningslinje for medisinerutdanningen anses i stor grad å være i tråd med brukernes fremtidige kompetansebehov.

Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonenes behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning)?

Graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonenes behov synes å være passe.

Formålet med retningslinjen er å sikre at kandidater med samme utdanning får samme sluttkompetanse uavhengig hvilken utdanningsinstitusjon de er utdannet ved. Hvordan vurderes dette å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

Helse Vest mener det er positivt at læringsutbyttebeskrivelser for grunnutdanningen i medisin blir systematisert og harmonisert nasjonalt mellom de fire medisin fakultet på samme måte som man nå har harmonisert spesialistutdanningen for leger. Imidlertid ber vi om at man definerer hva som er nivået, og at det sees i forhold til forventningene og definisjonene i LIS-utdanningen (der brukes f.eks. begrepene læringsmål/ læringsaktiviteter). Forventningene til kunnskapsnivå bør defineres nærmere, og settes opp mot kravene til andre helseprofesjoner og til LIS-utdanningen. Hva er f.eks. forskjellen på inngående og avansert kunnskap og hvilke forventninger er det til bred kompetanse? Dessuten er det viktig å skille begrepene supervisjon og veiledning, slik det gjøres i spesialistutdanningen.

Noen endringsforslag:

Medisinsk ekspertise

Kunnskap

12. Har inngående kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet av informasjon og digitale og teknologiske løsninger i helsetjenesten.

13. Har inngående kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse, samt lovverk for bruk av tvang.

Ferdighet

4. Kan identifisere og vurdere medisinske og kirurgiske problemstillinger, gjennomføre diagnostikk og behandling; og vurdere behandlingseffekt, prognose og risiko for komplikasjoner.

Ledelse

Generell kompetanse

1. kan reflektere over ulike lederstiler, egen rolle som lege, og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper og team

Profesjonalitet

Generell kompetanse

3. Kan reflektere over og være bevisst grensene for egen faglige kompetanse, kan søke veiledning og ta hensyn til tilbakemeldinger: Denne er så viktig at vi foreslår at en flyttes til slutten av innledningskapittelet «Formål».

Vi foreslår følgende tekst i innledningskapittelet «Formål»:

Selv om læringsutbyttebeskrivelsene er formulert i sju punkter, er punktet om medisinsk ekspertise den grunnleggende forutsetningen for å fungere som lege. De øvrige seks læringsutbyttebeskrivelsene, skal således ikke utgjøre 6/7 av utdanningen, verken i timetall eller fordeling av ulike fag innen grunnutdanningen, men integreres i den teoretiske og praktiske utdanningen innen medisinsk ekspertise.

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. For at dette skal være mulig, må leger etter endt profesjonsstudium kunne reflektere over og være bevisst grensene for egen faglige kompetanse, og søke veiledning og ta hensyn til tilbakemeldinger. Den kliniske praksisen som nyutdannet lege vil foregå under supervisjon og veiledning, organisert i et utdanningsløp som kvalifiserer for mer selvstendig arbeid som lege.

Er det kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Ja, vi mener at høringsutkastet må tydeliggjøre praktisk anvendelse av etikk/etiske spørsmål, samt fremheve teknologi og innovasjon som integrerte deler av klinisk praksis.

Behandlingsresultat

Slik vi oppfatter utkastet skal kandidaten kunne forstå tilstander og situasjoner og iverksette tiltak og behandling. Det vi savner er et mer gjennomgående fokus på behandlingsresultat – det å slutføre prosessene – følge opp hvordan det går med pasienten. Det å forstå om og hvordan tiltak og behandlingen virket. Det å kunne reflektere over behandlingsprosesser og behandlingsresultat er igjen helt nødvendig for å kunne korrigere, justere og forbedre for å kunne oppfylle punkt 3 under Generell kompetanse i seksjon VI om Forskning side 8.

Palliasjon

Det burde formuleres tydeligere at det er et vesentlig krav til en lege å kunne sette den aktuelle medisinske problemstillingen inn i den enkelte pasients sosiale, psykiske og åndelig-eksistensielle kontekst – eller konkret sagt være i stand til å kunne vurdere om det er aktuelt å sette begrensninger i behandlingen, dokumentere pasientens preferanser ved alvorlige komplikasjoner knyttet til behandling/intervensjoner med høy risiko (såkalte forhåndsavtaler) – dette er utfordringer som våre fremtidige kollegaer vil stå i stadig større grad overfor, med stadig flere eldre og mer sårbare pasienter i fremtiden. Dette aspektet dukker muligens litt skjult opp, men vi synes at dette bør være definert som grunnleggende kompetanse. Det er ikke nok å nevne kun «overdiagnostikk og overbehandling», da disse begrepene er noe annet enn for eksempel «palliasjon» i videre forstand.

Kapittel V. Folkehelse og samfunnsmedisin

Forslag til to nye punkt, punkt 4 og 5.

4. Kan anvende kunnskap om helsetjenestens funksjon i e ulike nivåer som primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og analysere oppgavedeling mellom disse nivåene og foreslå oppfølgingstiltak for pasienten.

5. Kandidaten kan gjenkjenne og analysere helseutvikling relatert til et multikulturelt samfunn og sikre at nødvendig helsehjelp når alle kulturgrupper i samfunnet gjennom helseinformasjon og aktive helsetiltak.

Er det innhold som bør tas ut av høringsutkastet til retningslinje?

Nei.

Praksisstudier kan beskrives i retningslinjen, men skal da beskrives på et overordnet nivå. Detaljert beskrivelse av praksisstudiene skal skje ved den enkelte

utdanningsinstitusjon. Er retningslinjens beskrivelse av praksisstudier hensiktsmessig?

Ja, men klinisk praksis under supervisjon og veiledning er en svært viktig del av utdanningen av leger. Minimumskravet på 24 uker representerer ingen økning fra dagens praksis for medisinerstudentene ved Universitetet i Bergen. Vi støtter økning i primærhelsetjenesten til 10 uker (i dag er det 6), men bør ikke komme på bekostning av øvrig klinisk praksis. Vi er uenige at den kliniske praksisen skal foregå hos NAV. Studenter utplassert i klinisk praksis hos fastleger, vil kunne få innsikt i arbeidet opp mot NAV som en viktig del av fastlegenes virksomhet.

I hvilken grad er kravene i retningslinjen gjennomførbare innenfor rammene av en mastergradsutdanning/profesjonsutdanning?

Hele Vest støtter valg av de syv foreslåtte kompetanseområdene, men vi mener det bør komme tydeligere frem i beskrivelsene eller visuelt at det er kompetanseområde 1 (Medisinsk ekspertise) som er kjernekompetansen i utdanningen av leger. Vi mener at det i undervisning og opplæring er svært viktig at de seks andre kompetanseområdene blir godt integrert i den søylen «den medisinske ekspertise», slik at det ikke blir fremstår som løsrevne fagområder/emner som skal gjennomføres uavhengig av hverandre.

I hvilken grad vurderes utkastet til retningslinje å ivareta kompetanse om samiske brukes rett og behov for språklig og kulturelt tilrettelagte tjenester?

I stor grad.

Andre kommentarer

Vi tenker at det kunne vært sagt noe mer spesifikt om fokus på «livs-lang læring». Det å gi studentene kunnskap om gode verktøy og arbeidsmetoder for å kunne ivareta livs-lang læring.

kapittel I Medisinsk ekspertise

Punkt 1. Det bør tas med noe om forventet behandlingsresultat under kunnskap

Punkt 9. Det bør også tas med samspillet mellom miljø og fysiske egenskaper, for somatisk og psykisk-, og utvikling av psykiske lidelser, somatisk sykdom og skade.

Punkt 10. Det bør tas med unge og eldre.

kapittel II Kommunikasjon

Punkt 2. Punktet bør avsluttes med og bruk av tvang innen psykisk helsevern.

kapittel V Folkehelse og samfunnsmedisin

Under ferdighet punkt 1 bør man også ta med eldre.

Vennlig hilsen

Hilde Brit Christiansen
direktør medarbeider, organisasjon og teknologi

Baard-Christian Schem
fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og trenger ingen signatur
All elektronisk post sendes til post@helse-vest.no