

Landets regionale arbeids- (og miljø)medisinske avdelinger  
v/ Avdelingsleder Jan Haanes,  
Arbeids- og miljømedisinsk avdeling,  
UNN HF, PB 16  
9038 Tromsø

Kunnskapsdepartementet

Tromsø, 01.03.19

## **HØRINGSUTTALELSE:**

### **Utkast til nasjonal faglig retningslinje for medisinstudiet**

Det vises til invitasjon om å avgi høringsuttalelse innen 03.03.19. Etter telefonisk avtale med Rethos sendes høringsuttalelse i fritekst på e-post, utenom den elektroniske løsning.

#### **Beskrivelse av de som sammen avgir denne høringsuttalelse**

Hver helseregion har en arbeids- (og miljø)medisinsk avdeling på universitetssykehusene, i tillegg er det en avdeling ved sykehuset Telemark. Avdelingene arbeider med sammenhenger mellom påvirkninger i arbeid, øvrig miljø og helse. Hovedoppgavene er pasient-/sakkynndigutredninger, undervisning, rådgivning/veiledning og forskning. Det aller meste av undervisningen i arbeids- (og miljø)medisin på medisinstudiene ved UiO, UiB, NTNU og UiT gis av fagpersoner som (også) er ansatt ved de arbeids- (og miljø)medisinske avdelingene. Det betyr at denne høringsuttalelse representerer langt på vei landets arbeids- (og miljø)medisinske fagmiljø på sykehus og universitetsnivå.

#### **Arbeidshelse og økonomi**

Arbeids- og sosialdepartementet nedsatte en ekspertgruppe som i 2018 leverte rapporten «Hva bør skje med BHT? – En fremtidsrettet bedriftshelsetjeneste med fokus på kjerneoppgaver». Av denne framgår: "beregninger viser at om lag 40% av norske yrkesaktive med langtidsfravær oppgir arbeidsforhold som helt eller delvis årsak til sykefraværet". Videre: "I Norge har SINTEF, med en konservativ tilnærming, beregnet samfunnskostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader til 30 milliarder norske kroner årlig". Tall fra Oslo Economics, som det også refereres til i rapporten, anslår kostnader knyttet til ikke optimale arbeidsmiljøforhold i Norge til 75 milliarder kroner per år. I rapporten konkluderer ekspertgruppa med "det er derfor solid dokumentasjon for at godt arbeidsmiljøarbeid genererer betydelige gevinster for samfunnet gjennom bedre helse, økt produksjon og produktivitet". Så godt som alle leger med pasientkontakt spiller en viktig rolle mhp. sykemelding, arbeidsuførhet og øvrige medisinske dimensjoner i forholdet helse-arbeid. Det er derfor viktig at alle kommende leger får en god faglig basis i forhold til helse-arbeid.

#### **Overordnede kommentarer**

1. Vi vurderer at utkastet vil gi et meget godt grunnlag for både gode medisinstudier i Norge og sikring av en nødvendig overordnet felles nasjonal plattform.
2. På mange måter er retningslinjene framtidsette mhp. viktige aspekter som medikalisering, kulturelle forhold, respekt, roller og faglighet.
3. Det er delt inn i 7 kompetanseområder. Dokumentet angir ikke noen form for vektig av kompetanseområdene i forhold til hverandre. Skal kompetanseområdene II-VII få større plass på medisinstudiene enn i dag, uten at studielengde skal økes, vil det trolig være nødvendig å redusere omfanget av faktakunnskap i kompetanseområde I. Vi forstår at det

ikke kan angis noen presis vektig mellom kompetanseområdene, men en bør vurdere å formulere noe som gir en viss retning. I motsatt fall kan resultatet bli betydelige forskjeller mellom ulike studieopplegg, f.eks. en variant med rimelig balansert vektlegging av alle kompetanseområder og en variant med uttalt hovedfokus på kompetanseområde I og kun små elementer fra de øvrige.

4. Dokumentet bruker begreper som «avansert kunnskap», «inngående kjennskap», «kan anvende», «kan reflektere», «kan analysere». Begrepene er ikke definert i dokumentet, eller annet tilhørende dokument vi har kunnet finne. Slike begreper er definert i andre pedagogiske sammenhenger, men vi mener at det kan være nyttig om de defineres i tilslutning til retningslinjene.

### Medisinsk ekspertise

1. I kunnskap 5 angis «inngående kjennskap til sjeldne sykdommer». Gitt at en må begrense mengden faktakunnskap på studiet, mener vi at en bør ha en mer beskjeden ambisjon, f.eks. formulert som «har kunnskap om forekomst av sjeldne sykdommer med eksempler på utredning, diagnose og behandling».

### Folkehelse og samfunnsmedisin

Vi mener at det er riktig at dette kompetanseområdet har fått en såpass sentral plass i retningslinjen.

1. I kunnskap punkt 1 er det angitt «grunnleggende faktorer». Vi ser ikke hva som eventuelt fjernes dersom en her stryker «grunnleggende», bortsett fra at det blir kortere og framstår enklere å forstå.
2. Vi støtter det vi oppfatter er intensjonene med punkt 7, under ferdigheter. Imidlertid mener vi teksten bør justeres. Vårt forslag til omformulering: «kan anvende faglig kunnskap ved vurdering av arbeidsevne, sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet, meldingsrutiner ved yrkesskade/-sykdom og gjennomføring av annet sakkyndighetsarbeid vedrørende arbeid, trygd og sosiale ytelser». Begrunnelser: a) Fokus på selve det å «skrive» sykemelding er en for passiv tilnærming til denne viktige oppgaven. Videre er en slik passivitet i konflikt med andre punkter i kompetanseområde V, bl.a. punkt 3 under generell kompetanse. Ved å erstatte «skrive» med «vurdering» og koble sykemelding og øvrige elementer i punktet opp mot «arbeidsevne» fås det et mer helhetlig fokus. Som redegjort for innledningsvis i dette hørings svar, er arbeidsinkludering, tilrettelegging og utnyttelse av (rest)arbeidsevne svært viktige for samfunnet. Her spiller legene en sentral rolle, som det er viktig å bringe videre til kommende leger. b) Formuleringen «melding om yrkesskade/-sykdom» kan gi inntrykk av legen skal melde dette. Det stemmer et godt stykke på vei, men ikke helt (ved skader må pasienten gi samtykke). I tillegg til legens melding, er det naturlig at legen også kan veilede pasienten om øvrige melderutiner. Med denne begrunnelse foreslår vi en lett omskrivning til «meldingsrutiner ved yrkesskade/-sykdom». c) Vi foreslår å ta inn ordet «arbeid» mot slutten av punktet. «Annet sakkyndighetsarbeid» inkluderer trygd, sosiale ytelser og arbeid. Eksempel som underbygger begrunnelsen for denne tilføyelsen er sakkyndighetsarbeid ved søknad om godkjenning av yrkessykdom/-skade, attester i forhold til å føre kjøretøy, dykking og en rekke andre seleksjonsmedisinske oppgaver som leger flest kommer i kontakt med.
3. Punkt 2 under generell kompetanse tar opp viktige forhold. Med den økende betydning kommende miljøutfordringer etter all sannsynlighet vil spille for helse, bør punktet også inkludere miljø. Vi foreslår her en formulering som både inkluderer miljø og som rommer hvordan helse, miljø og sosiale forhold samvirker og spiller/ kommer til å spille en stadig større rolle: «kan reflektere kritisk rundt sentrale nasjonale og globale utfordringer i forhold til helse, miljø og sosiale aspekter». Alternativt kan miljøutfordringene (særlig

globale) sett opp mot helse settes i annet/nytt punkt under kompetanseområde V. Disse utfordringene bør uansett adresseres spesifikt i et dokument som peker på forhold som er sentrale i framtidige legers kompetansebehov.

4. Punkt 3 under generell kompetanse inneholder mange viktige aspekter. Vi foreslår her en liten tilføyelse: «\*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 arbeids- og folkehelse, samt arbeidsinkludering». Både arbeids- og folkehelsedimensjonen er inne i de tre første ledd av setningen (jfr. identifisere og analysere, anvende i tjenesteutøvelse og individ/gruppe), da er det naturlig å ta begge med også i siste ledd (jfr. hensikt). Begrepene arbeidshelse og arbeidsinkludering har noe overlapp, men er såpass ulike at en ikke kan velge ett som dekkende for begge aspekter. Dersom en likevel må velge ett av disse begrepene, mener vi at arbeidshelse bør velges som det mest dekkende og relevante for et medisinstudium.

### **Forskning, formidling og akademisk tilnærming**

1. Vi foreslår at punkt 3 i ferdighet utvides med ett aspekt: «kan kritisk vurdere kvalitet, resultater og begrensninger i ulike typer studier og annen faglig informasjon». I tillegg til kvalitet og resultater er det viktig å være bevisst på hva ulike metoder i studier er i stand til å belyse og ikke.

### **Profesjonalitet**

1. Under ferdighet i punkt 4 angis «kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter for å ivareta egen helse». Vi er usikre på om det å ivareta legens egen helse er vesentlig nok til å ta med i et slikt overordnet dokument. Videre er vi usikre på om det slik det nå er formulert er dekkende for det som i så fall bør være hovedhensikten, nemlig å ivareta pasientsikkerheten. I så fall kan det omformuleres til f.eks. «kan vurdere når legen selv av hensyn til pasientsikkerhet bør oppsøke profesjonell hjelp og melde fra til overordnede».

Vennlig hilsen

Jan Haanes /s/

Avdelingsleder, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge  
Universitetslektor, faglig ansvarlig for undervisningen i arbeids- og miljømedisin på medisin ved UiT

Britt Grethe Randem /s/

Seksjonsleder, Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, Oslo universitetssykehus

Trude Fossum /s/

Avdelingsleder, Avdeling for arbeidsmedisin, Sykehuset Telemark

Siri Slåstad /s/

Avdelingsleder, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim

Marit Grønning /s/

Avdelingsdirektør, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Ole Jacob Møllerløkken /s/

Førsteamanuensis Arbeids- og miljømedisin,  
Fagområdeleder Samfunnsmedisin, arbeids- og miljømedisin og helseledelse  
v/ Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen