
Er seleksjonsmedisinsk praksis i Norge lovstridig?

DEBATT

VILHELM F. KOEFOED

v@koefoed.no

Vilhelm F. Koefoed er kommandør i Forsvarets sanitet og overlege ved Norsk senter for maritim medisin med arbeidsoppgaver innen seleksjonsmedisin, forskning og synsundersøkelser, primært fargesynsvurdering av sjøfolk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ny likestillings- og diskrimineringslov ble vedtatt i 2017. Den setter nye krav til seleksjonsmedisinsk praksis.

For en rekke yrkesgrupper foreligger det helsekrav. Disse er utformet for å sikre at personellet har den kompetansen som kreves for å utføre oppgavene med tilstrekkelig sikkerhet. Kravene kan i hovedsak inndeles i to kategorier: fravær av sykdommer som kan redusere tjenestekvalitet, og tilstrekkelig kompetanse (for eksempel syn og hørsel) for å utføre tjenesten.

I 2017 kom lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven) (1). Loven forbyr i utgangspunktet diskriminering på grunn av funksjonsnedsettelse. I § 9 er det likevel gitt anledning til «lovlig forskjellsbehandling» hvis det foreligger saklig grunn, som når «forskjellsbehandlingen er nødvendig for å oppnå formålet, og når det ikke er uforholdsmessig inngripende for dem som utsettes for forskjellsbehandlingen».

Helsekrav til arbeidstakere

Å utvikle riktige kriterier for seleksjon krever kunnskap om oppgavekrav, menneskets kapasiteter og metoder for å fastslå funksjonsnivå. Kompetansekravene bør utformes etter at det har vært utført en arbeidsanalyse der helsekravet er målt opp mot oppgavekravene. For et flertall av helsekravene har man ikke utført en slik arbeidsanalyse. Som regel er kravene fastsatt etter konsensus i en ekspertgruppe for så å bli moderert av oppdragsgiver. Oppdragsgiver kan være arbeidslivspartene eller

styrende politiske organer. I noen tilfeller etableres praksis gjennom rettsavgjørelser, imøtekommen av særinteresser (2), harmonisering med andre regelverk (3), ankesaker (4) eller etter ulykker (5).

Ved fastsettelse av helsekrav er det viktig å forholde seg til kravets formål, det å være skikket til oppgaven. I sjøveisreglene (6) står det følgende:

«Ethvert fartøy skal alltid holde ordentlig utkikk ved syn og hørsel så vel som ved alle tilgjengelige midler som er brukbare under de rådende omstendigheter og forhold for å kunne foreta en fullstendig vurdering av situasjonen og faren for sammenstøt.»

Dette kravet må anses som legitimt. Men hva som ligger i begrepet «holde ordentlig utkikk ved syn», hva som regnes som tilstrekkelig synsfunksjon, er aldri blitt utredet. Kravene i forskrift om helseundersøkelse på skip (7) er, etter min mening, mangelfullt begrunnet.

Til sammenligning ble førerkortforskriftens bestemmelse om krav til visus vedtatt i 1922 av veidirektøren samt øyelege Hjalman A. Schiøtz og øre-nese-hals-lege Vilhelm K. Uchermann (8). Ingen har, så vidt jeg vet, stilt spørsmål ved deres valg siden den gang, men det er innført nye tilleggskrav.

Evidens

Ideelt bør slike krav fastsettes med høyest mulig evidensgrad. Én metode er Delphi-teknikken der man søker å etablere konsensus i et panel av eksperter innenfor det aktuelle fagområdet (9). Panelet arbeider etter en strukturert plan under én ledelse, og deltagerne er gjerne anonymisert i forhold til hverandre. Metoden bygger på en oppfatning av at anbefalingene fra en slik gruppe vil ha høyere kvalitet enn fra en ustrukturert gruppe, som lett kan preges av sterke enkeltpersoner. Den vanligste metoden for regelverksutvikling er imidlertid å overlate oppgaven til enkeltpersoner eller grupper av eksperter uten å ha strukturerte metoder for arbeidet.

«Dagens seleksjonsmedisinske praksis er basert på 'kvalifisert gjetning av en såkalt ekspert', altså med veldig lav grad av evidens»

Kvaliteten på evidens kan diskuteres. En metode er å benytte GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (10) som klassifiserer graden av evidens i fire kategorier, fra høy til veldig lav.

Kunnskap om minimumskriteriene for helsekrav for yrkesutøvelse er imidlertid begrenset. I en oppsummerende Cochrane-rapport (11) konkluderes det for eksempel med at det ikke finnes gode studier som viser sammenheng mellom seleksjonsmedisinske synsundersøkelser og reduksjon i bilulykker. Alminnelig fornuft tilsier likevel at det må eksistere en sammenheng mellom synsfunksjon og arbeidsevne.

Min påstand er at dagens seleksjonsmedisinske praksis strengt tatt er basert på «kvalifisert gjetning av en såkalt ekspert», altså med veldig lav grad av evidens.

Myndighetene må ta ansvar

Oppfordringen er klar: Statlige myndigheter, særlig Forsvaret, som er en av de største seleksjonsmedisinske aktørene, må ta sitt ansvar for å utvikle et kunnskapsbasert seleksjonsmedisinsk regelverk som gir grunnlag for «lovlig forskjellsbehandling» innenfor sin virksomhet. Samarbeidet mellom de få kompetansemiljøene vi har, må utvikles. Bare på den måten kan vi ivareta kravene i likestillings- og diskrimineringsloven.

LITTERATUR

1. LOV-2017-06-16-51. Kulturdepartementet. Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51> Lest 15.11.2019.
2. GARD AS. Gard Enhanced PEME program for Filipino Seafarers is expanding. https://www.gard.no/ikbViewer/page/news-and-publications/news?p_document_id=2438903 Lest 15.11.2019.
3. Hægland L. 200 sjåførar med syn på ett øye mister lappen. NRK 19.8.2018. <https://www.nrk.no/norge/200-sjaforerer-med-syn-pa-ett-oye-mister-lappen-1.14156639> Lest 15.11.2019.
4. Samferdselsdepartementet. Yrkessjåførar med syn på eitt auge kan fortsette å jobbe som tungbilsjåførar. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/yrkessjaforar-med-syn-pa-eitt-auge-skal-fa-fortsette-a-jobbe-som-tungbilsjaforar/id2637829/> Lest 15.11.2019.
5. Mollon JD, Cavonius LR. The Lagerlunda collision and the introduction of color vision testing. *Surv Ophthalmol* 2012; 57: 178–94. [PubMed][CrossRef]
6. FOR-1975-12-01-5. Forskrift om forebygging av sammenstøt på sjøen (Sjøveisreglene). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1975-12-01-5> Lest 15.11.2019.
7. FOR-2014-06-05-805. Vedlegg til forskrift 5. juni 2014 nr. 805 om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-06-05-805> Lest 15.11.2019.
8. Johansen Ø. Øyelegekunstens historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
9. Balasubramanian R, Agarwal D. Delphi technique – A review. *International Journal of Public Health Dentistry* 2013; 3: 16–25.
10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924–6. [PubMed][CrossRef]
11. Desapriya E, Harjee R, Brubacher J et al. Vision screening of older drivers for preventing road traffic injuries and fatalities. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 2: CD006252. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 13. januar 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0622

Mottatt 2.10.2019, første revisjon innsendt 4.11.2019, godkjent 15.11.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.