

VIDERE- OG ETTERUTDANNING VED ET VENDEPUNKT

“Kongressvedtaket” i Legemiddelindustrien (LMI) og avtalen mellom LMI og Helse Sør-Øst RHF på vegne av alle norske helseforetak er nå effektivt. Vedtaket har bred politisk støtte ut fra forventningen om at dette tiltaket vil redusere sosiale og økonomiske bindinger mellom leger og leverandører av medikamenter og medisinsk utstyr. Det er også politisk enighet om at videre- og etterutdanning av leger er minst like viktig i spesialisthelsetjenesten som i andre kunnskapsbaserte virksomheter. Det gjenstående dilemma er hvordan finansieringen av nødvendig faglig oppdatering skal skje. LMI har tydelig uttalt at deltagelse på tredjeparts kongresser i utlandet må betraktes som en del av legers videre- og etterutdanning, og at det bør være arbeidsgiveren som betaler for dette (1).

Problemet med finansieringen er tatt opp i en interpellasjon i Stortinget av Sonja I. Sjøli. Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen var i sitt svar tydelig på at arbeidsgiverne i enda større grad enn tidligere må ta ansvar for nødvendig kompetanseheving. Hun fremholdt at foretakene må vurdere hvordan midler og ressurser til kompetanseutvikling brukes på best mulig måte. Statsråden ga eksempler på generelle virkemidler som brukes i videre- og etterutdanning av leger, men ga ingen åpning for finansiering av deltagelse ved internasjonale kongresser ut over bruk av de øremerkede midlene som settes av i tariffoppgjørene og som disponeres gjennom Legeforeningens utdanningsfond (2). Hennes svar indikerer at det er arbeidsgiver som definerer hva som er nødvendig faglig oppdatering, og som i hovedsak bestemmer hvordan denne skal foregå. Mange vil nok oppleve en slik fortolkning som et inngrep i vår faglige autonomi.



I europeisk sammenheng er det et betydelig politisk press for å utvikle et system for autorisering som kan brukes som et kvalitetsstempel på utøvende legespesialister. UEMS-kardiologiseksjonen er godt i gang med utformingen av kravene for å bli godkjent spesialist med “*the European Diploma General Cardiology*” (3). Dette bygger på en trinnvis prosess bestående av flere elementer der teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter, tilstrekkelig erfaring og evaluering av personlig egnethet står sentralt. Utdanningen skjer lokalt, men med et overgripende internettbasert system for registrering og kontroll av at elementene gjennomføres og er underlagt adekvat veiledning. Etter hvert er det en intensjon om at systemet også skal brukes som ledd i resertifisering av europeiske spesialister. Hvorvidt dette systemet blir tatt i bruk i Norge, gjenstår å se. Vi er kjent med at spesialitetskomiteen i hjertemedisin har lagt frem et forslag til revisjon av kravene til spesialistutdanningen som ligger tett opp mot kravene i *Core Curriculum for the General Cardiologist* i regi av ESC (4). De medisinske fakultetene har i økende grad vist interesse for dette som sentrale aktører i spesialistutdanningen i tillegg til at de allerede i navnet er arrangører av de fleste kurs dagens spesialistutdanning baseres på. Når det gjelder spørsmålet om regodkjenning av norske legespesialister er dette en ordning som er gjort obligatorisk kun for spesialister i allmenntilleggsmedisin. I spesialisthelsetjenesten er diskusjonen omkring dette så vidt begynt. Internasjonalt er slik regodkjenning ofte basert på deltagelse i forhåndsgodkjente CME-kurs (5). De siste årene har det vært en økende skepsis til slike kurs, dels fordi profesjonelle kursarrangører har overtatt en stor del av denne aktiviteten. Dette oppfattes som problematisk fordi integriteten til kursarran-

gørene i forhold til økonomisk påvirkning fra farmasøytisk og medisinsk-teknisk industri trekkes i tvil. Denne kritikken gjelder også CME-kurs arrangert av faglige organisasjoner, ofte med bindingsfri støtte fra industriinteresser. Begrepet "unrestricted grant" oppfattes i økende grad som et noe utvannet begrep all den tid slike økonomiske bidrag ofte er begrenset til kurs der industrien har en betydelig egeninteresse (6).

Når det gjelder oppdatering om nye medikamenter og behandlingsmuligheter, har vi i flere tiår vært fortrolig med industriens mange treffpunkter: lunsj-møter på arbeidsplassen, dedikerte kvelds- og week-endmøter og i økende grad internettbasert kommunikasjon og oppdatering. Denne formen for faglig oppdatering synes ikke å være gjenstand for bekymring fra LMI og merkelig nok heller ikke fra arbeidsgiverne (7). Kravet for å delta på slike møter er at møtene skal være avtalt, med kjent program og med arbeidsgivers godkjenning. Om denne etablerte aktiviteten støtter intensjonene om å redusere mulighetene for sosiale og økonomiske bindinger mellom industrien og legespesialistene er tvilsomt. Vi ser ut til å gå i ring der "kongressvedtaket" bare er et

uttrykk for en endring i den kulturelle forståelse av aktørenes rolle, behov for offentlig styring og strammere økonomiske rammer. Fra et faglig ståsted er det meget uheldig om isolerte møtepunkter med industrien blir stående igjen som det eneste praktisk tilgjengelige alternativ for å få presentert medisinske nyvinninger. Kunnskap må bygges slik at integritet og beste praksis er sikret. Sterk integritet og høy faglig kompetanse er grunnlaget for våre pasienters tillit.

1. Skymoen LR og Bekkemellem. Kronikk Dagens Medisin 03/2012.
2. Stortinget, Interpellasjon nr. 9 (2011 - 2012)
3. UEMS CS; Union Européenne des Médecins Spécialites, Cardiology Section
4. <http://www.escardio.org/education/core-syllabus/Documents/esc-core-curriculum.pdf>
5. Mer om CME (Continuing Medical Education) finnes på www.ebac-cme.org
6. Steinman MA, Landefeld CS og Baron RB. Industry support of CME - Are We at the Tipping Point? N Engl J Med. 2012;366,1069-71.
7. Sivertesen, ØS. Tolker kongressvedtak ulikt. Dagens Medisin 03/2012.

Stein Samstad