



DEN NORSKE
LEGEFORENING

UTREDNING AV LEGESPESIALISTERS ETTERUTDANNING



Innhold

1. Innledning	4
2. Rapporten	5
3. Mandat.....	6
4. Arbeidsform.....	7
5. Definisjoner	8
6. Historikk.....	9
6.1 Den norske legeforening.....	9
6.2 Stortingets behandling av saken om obligatorisk etterutdanning for leger	10
6.3 Nasjonalt Råds behandling av saken om obligatorisk etterutdanning for leger.....	11
6.4 Legeforeningens policydokument 1999.....	12
6.5 Nordisk legeråd 2000	12
6.6 LEIF	13
7. Allmenntilrettelagt.....	14
7.1 Beskrivelse og krav	14
7.2 Historie og utvikling.....	15
7.3 Dagens status	16
7.4 Fastlegestillingen	16
8. Internasjonale forhold i etterutdanningen for leger	16
8.1 Innledning.....	16
8.2 Europa	17
8.3 EACCME	18
8.4 EU og UEMS.....	18
8.5 Yrkesdirektivet	18
8.6 Oversikt.....	19
8.7 Eksempler	21
8.8 Nordiske land.....	21
9. Virker etterutdanning?.....	23
10. Muligheter og rettigheter i Norge	25
10.1 Lover	25

10.2	<i>Spesialistutdanningen av leger</i>	25
10.3	<i>Andre styringsdokumenter</i>	26
10.4	<i>Avtaleverket</i>	27
11.	Avtalespesialistene	30
12.	Legeforeningens utdanningsfond	32
12.1	<i>Bakgrunn</i>	32
12.2	<i>Utdanningsfond II</i>	32
12.3	<i>Utdanningsfond III</i>	32
12.4	<i>Statistikk</i>	33
13.	Kartlegging av tilbud og behov	33
13.1	<i>Spørreundersøkelsen</i>	33
13.2	<i>Svarene i spørreundersøkelsen</i>	33
13.3	<i>Argumentene for i spørreundersøkelsen</i>	34
13.4	<i>Argumentene mot i spørreundersøkelsen</i>	35
14.	Legekårsundersøkelsene	35
15.	Andre yrkesgrupper og profesjoner	35
15.1	<i>Advokater</i>	36
15.2	<i>Revisorer og regnskapsførere</i>	36
15.3	<i>Yrkessjåfører</i>	36
15.4	<i>Jordmødre</i>	36
15.5	<i>Tannleger</i>	37
15.6	<i>Psykologer</i>	37
15.7	<i>Veterinærer</i>	38
16.	Legers etterutdanning: Åtte aktører – åtte hensyn	38
17.	Obligatorisk etterutdanning – argumenter for og mot	38
17.1	<i>Argumenter for</i>	39
17.2	<i>Argumenter mot</i>	39
17.3	<i>Eksempel på en modell for kravene i obligatorisk etterutdanning</i>	40
18.	Organisering og alternativer	41
18.1	<i>Forankring</i>	41
18.2	<i>Tre alternativer</i>	41
19.	Økonomi og finansiering	42

20.	Drøfting	42
20.1	<i>Bakgrunn</i>	42
20.2	<i>Argumentene.....</i>	42
20.3	<i>Alternativ I Obligatorisk etterutdanning uten regodkjenning - avtafestet.....</i>	43
20.4	<i>Alternativ II Obligatorisk etterutdanning uten regodkjenning – avtafestet og kombinert med krav til utdanningsinstitusjonene</i>	44
20.5	<i>Alternativ III Obligatorisk etterutdanning med regodkjenning.</i>	45
21.	Anbefaling	47

1. Innledning

”Medisinske sannheter er ferskvarer med begrenset holdbarhet”

(Ukjent opphav)

Legespesialistenes kontinuerlige etterutdanning er av vital betydning for standarden på kommende spesialister, på vår medisinske praksis, for faglig utvikling og for pasientsikkerheten. Den overordnede begrunnelsen for etterutdanning er knyttet til pasientsikkerhet og økt kvalitet på helsetjenestene.

Det er viktig å være sikker på hva man vet og ikke vet, og konsekvensene av å forveksle tro og viten kan få dramatiske følger, som den medisinske historien har mange eksempler på. Legevitenskapen og de medisinske fagenes rivende utvikling er i seg selv et viktig argument for nødvendigheten av å holde seg faglig à jour, samtidig som produksjonen av ny kunnskap skjer i et høyere tempo enn de fleste av oss alene kan følge med i (1). Det sies ofte at halvparten av medisinsk kunnskap er utdatert innen fem år (2). Samtidig tar det flere år å omsette ny kunnskap til praksis, og ofte er det vanskelig å få implementert nye retningslinjer og ny kunnskap.

Men etterutdanning er også viktig for å drive faget fremover, utvikle nye undersøkelsesmetoder og behandlingsmåter, og ta i bruk slike metoder (implementering). Helsevesenet i Norge har generelt et høyt faglig nivå, og på enkelte områder er vi internasjonalt ledende. En viktig årsak til dette er legers etterutdanning med aktiv deltagelse på blant annet kurs, seminarer og kongresser; nasjonale og ikke minst internasjonale.

Etterutdanning er altså viktig både for at leger skal holde seg faglig à jour, og for å utvikle faget videre.

Etterutdanning er beskrevet som utdanning for å opprettholde og videreutvikle kunnskap innen et felt man allerede er utdannet i. Når faget endres og ny kunnskap kommer til må man tilegne seg denne. Innen de medisinske fag er dette en kontinuerlig prosess, og for leger kan man med rette snakke om livslang læring. Fagene utvikler seg stadig og i raskere takt. Etterutdanning er derfor enda viktigere nå enn tidligere.

Dagens rammebetingelser viser seg å være utilstrekkelige når det gjelder å sikre like rettigheter og reelle muligheter for etterutdanning. I tillegg er det flere eksempler på arbeidsgivere med mangelfull forståelse for eller bevissthet om nødvendigheten av kontinuerlig etterutdanning, samt manglende kunnskap om hva etterutdanning for leger i praksis innebærer. Foretaksreformen har medført økende vektlegging på ”produksjon” og mindre vekt på faglig innhold og utvikling. Insentiver til langsiktig investering i kompetanse er blitt utydelige og mindre forpliktende. Legemiddelindustrien har hatt en viktig rolle i finansiering av legers internasjonale kongress- og kursdeltagelse, men dette opphørte med virkning fra 1.1.2012. Legeforeningens utdanningsfond har fått trangere økonomi.

Samlet sett har dette ført til synkende deltagelse i etterutdanningsaktiviteter.

Samtidig har myndighetene overtatt ansvaret for godkjenning av spesialister. Legeforeningen har ikke lenger godkjennende myndighet etter delegasjon fra helsemyndighetene, men er fortsatt helsemyndighetenes rådgiver på området. Det er signaler om at helsemyndighetene kommer til å interessere seg mer også i spesialistenes etterutdanning.

Disse forhold danner bakteppet for Legeforeningens initiativ om ”å utrede alle sider ved legespesialistenes etterutdanning”.

2. Rapporten

Innledningsvis tar rapporten for seg den historiske bakgrunn og utvikling vedrørende spørsmålene om obligatorisk etterutdanning og regodkjenning, og viser at temaene obligatorisk etterutdanning og tidsbegrenset spesialistgodkjenning har vært debattert flere ganger helt siden 1950-tallet. Disse debattene har stort sett foregått internt i Legeforeningen, men også politikere og departement har drøftet spørsmålene. Hver gang det har vært drøftet har det endt med at spørsmålet er blitt lagt til side eller at tanken om regodkjenning og obligatorisk etterutdanning er blitt forkastet.

Det har vært laget flere utredninger om disse spørsmålene, både i regi av Legeforeningen og fra myndighetshold. Fra 1959 til 2012 har det i Legeforeningen vært debattert i minst 12 forskjellige sammenhenger, og det har vært skrevet fire rapporter eller utredninger om tematikken. I perioden 1975 til 2012 har det vært fire offentlige rapporter eller drøftelser, fem hvis vi tar med dokumentet om spesialistutdanningen fra de fire universitetene (74), som kom i 2012.

De fleste anbefalingene er ikke blitt fulgt opp – kanskje først og fremst av økonomiske årsaker.

Det mest håndfaste resultatet er det frivillige registreringssystemet LEIF, som i utgangspunktet er et godt verktøy for den enkelte lege til å planlegge og dokumentere etterutdanning, og som ville ha egnet seg som et ledelsesverktøy, samt kunne vært brukt i forbindelse med den årlige rapporten fra utdanningsinstitusjonene til Legeforeningens spesialitetskomiteer (SERUS-rapporteringen). Dessverre har ikke dette systemet fått særlig stor oppslutning blant legespesialistene.

Obligatorisk etterutdanning og regodkjenning er et tema som fortsatt vekker engasjement og debatt, dette har arbeidsgruppen merket i alle de sammenhenger vårt arbeid i en eller annen form har vært presentert. Den nettbaserte spørreundersøkelsen vi sendte til lederne av de fagmedisinske foreningene og til lederne av spesialitetskomiteene våren 2012, hadde høy svarprosent og ga mye respons, og det er mange som har ønsket å høre om arbeidet og delta i debatter underveis. I løpet av arbeidet med rapporten er det vårt inntrykk at det nå er langt flere som er positive både til obligatorisk etterutdanning og til regodkjenning.

Bakgrunnen for de fleste debattene og utredningene de siste ti-årene har vært økende bekymring over stadig strammere rammevilkår for legespesialistenes etterutdanning, og en manglende oppmerksomhet om dette i ledelsestenkningen.

Rapporten beskriver også internasjonale forhold med vekt på våre nærmeste nordiske naboland, i tillegg til å vise hvordan disse spørsmålene er håndtert av andre helseprofesjoner og i enkelte sammenlignbare sektorer i arbeidslivet.

Det er flere områder arbeidsgruppen hverken har hatt ressurser eller kapasitet til å utrede nærmere. Dette gjelder særlig juridiske og finansielle forhold, først og fremst knyttet til spørsmålet om regodkjenning. Dersom det skal innføres regodkjenning, må det utferdiges en juridisk betenkning og økonomiske beregninger må utarbeides.

Det er liten tvil ut fra lovverket, styringsdokumentene og avtaleverket om at arbeidsgiver har ansvar for at de ansatte vedlikeholder og utvikler sin kompetanse. Problemet er at

mulighetene og rettighetene er forskjellige fra foretak til foretak, og med store variasjoner også internt i de enkelte foretak helt ned på avdelingsnivå.

En årsak til ulikhetene er at helseforetakene mangler klare retningslinjer og planer for hvordan kompetanseutviklingen skal ivaretas. Viktige faktorer er at etterutdanning ikke er klart definert som et ledelsesansvar, slik at etterutdanning taper i konkurransen når budsjettene er stramme og produksjonskravene har økt.

Legeforeningens president Hege Gjessing påpeker i Tidsskrift for Den norske legeforening at kompleksiteten og den raske utviklingen i medisin medfører at samarbeid og teamarbeid er nødvendig, slik at ”Ansvar for den faglige utvikling kan ikke lenger ligge på den enkelte lege”(3). Dette er en viktig påpekning som gjenspeiles i rapportens tema og konklusjon: Legespesialistenes faglige oppdatering og faglige utvikling skjer ikke i et vakuum. Vedlikehold og utvikling av vår medisinske kompetanse skjer i et fagmiljø, både på arbeidsplassene, på kurs, kongresser og i andre faglige sammenhenger. Ansvar for dette må være både et individ- og systemansvar med gjensidige forpliktelser.

Vår anbefaling er å styrke rettighetene og pliktene i avtaleverket og innføre obligatorisk etterutdanning med faglig definerte krav til etterutdanningsaktiviteter. Alle utdanningsavdelinger må dokumentere etterutdanningsstatus for overlegene. En forutsetning for å kunne utdanne nye spesialister må være at avdelingens overleger har oppfylt kravene til obligatorisk etterutdanning. Arbeidsgruppen er delt når det gjelder videre anbefaling med tanke på regodkjenning, som det fremgår av siste kapittel.

3. Mandat

I møte 18.3.11 vedtok sentralstyret å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede legespesialistenes etterutdanning med følgende mandat:

Det nedsettes en arbeidsgruppe til å utrede alle sider ved legespesialistenes etterutdanning. Det forutsettes en oversikt over internasjonal utvikling, en kartlegging av legespesialistenes nåværende muligheter og rettigheter til nødvendig etterutdanning. Ved hjelp av de fagmedisinske foreninger bør det gjøres en vurdering av det faglige behov for etterutdanningstilbud, volum og type aktivitet i den enkelte spesialitet.

Arbeidsgruppen bes utrede en eventuell regodkjenningsordnings form og innhold, og vurdere fordeler og ulemper ved obligatorisk etterutdanning med regodkjenning.

I sentralstyrets vedtak er begrunnelsen den internasjonale utviklingen med blant annet tendens til resertifiseringsordninger. Dessuten vil den pågående utredningen om spesialistutdanningen som Helsedirektoratet er i ferd med, også berøre spørsmål om etterutdanning og regodkjenning.

26.09.11 vedtok sentralstyret arbeidsgruppens sammensetning etter forslag fra Norsk overlegeforening, Praktiserende spesialisters landsforening, Norsk indremedisinsk forening, Norsk psykiatrisk forening, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk forening for medisinsk biokjemi og Spesialitetsrådet.

Oppnevnelsen skjedde 26.09.11 med følgende sammensetning:

- Morten S. Selle, Norsk psykiatrisk forening
- Kristin Bjørnland, Spesialitetsrådet
- Yngve Figenschau, Norsk forening for medisinsk biokjemi
- Christian Hall, Norsk indremedisinsk forening
- Hans Høvik, Norsk forening for allmennmedisin
- Kjell Vikenes, Norsk overlegeforening
- Karin Stang Volden, Praktiserende spesialisters landsforening

Morten S. Selle ble engasjert som prosjektleder, og har ledet arbeidet.

Spesialrådgiver Einar Skoglund har vært Legeforeningens representant og har fungert som sekretær. I tillegg har konsulent Marit Gustavsén fra Legeforeningens sekretariat gitt oss hjelp og viktige innspill underveis.

Kjell Vikenes gikk ut av arbeidsgruppen i forbindelse med at han gikk ut av Sentralstyret 31.12.12 grunnet overgang til administrativt arbeid.

4. Arbeidsform

Gruppen har hatt ti arbeidsmøter i tillegg til drøftinger via e-post.

Arbeidsgruppen har hatt møter med blant andre Avdeling for jus og arbeidsliv i Legeforeningen, Legeforeningens forskningsinstitutt ved Olaf Aasland og Tannlegeforeningen. Vi har hatt kontakt med representanter for den svenske og for den finske legeforening.

Medlemmer av arbeidsgruppen har deltatt på følgende møter, enten på eget initiativ eller etter invitasjon, og holdt innlegg om tematikken og deltatt i debatter:

31.01.12 Ledelsen av de fagmedisinske foreningene (FaMe)

14.03.12 Stockholm Sveriges läkareförbund sammen med bl.a. Sosialstyrelsen

27.3.12 Legeforeningens konferanse for fagmedisinske foreninger

23.4.12 Sentralstyremøte.

26.4.12 Overlegeforeningens vårmøte i Trondhjem.

4.5.12 Seminar for ledere/medlemmer av spesialitetskomiteene.

23.5.12. Landsstyret.

24.10.12 Norsk kirurgisk forenings høstmøte

07.12.12 Sentralstyret

15.01.13 Barnelegeforeningens avdelingsoverlegemøte i Stavanger

17.01.13 Seminar for de fagmedisinske foreningene og spesialitetskomiteene

07.02.13 Det nasjonale barneendokrinologiske møtet

5. Definisjoner

Spesialisters etterutdanning er den utdanning som de tilegner seg etter å ha gjennomgått grunnutdanning og spesialistutdanning (videreutdanning). Den norske legeforening har fra 1999 definert etterutdanning som ”den livslange læring legespesialister gjennomfører for å holde seg oppdatert på den medisinske utviklingen og for å videreutvikle spesialistkompetansen”(4). En annen definisjon er i følge Nordisk Legeråd (2000): ”... de formelle og uformelle aktiviteter en yrkesaktiv lege deltar i for å opprettholde og utvikle sin kompetanse utfra eget og virksomhetens behov”(5).

I følge Kunnskapsdepartementet er etterutdanning:

”Opplæring som ikke er formelt kompetansegivende på grunnskolenivå eller innenfor videregående opplæring, fagskoleutdanning eller høyere utdanning. Begrepet omfatter et vidt spekter av opplæringstiltak som varierer både i lengde, omfang og når det gjelder dokumentasjonstyper.”(6).

I Hovedavtalen mellom Spekter og Akademikerne defineres etterutdanning slik:

”Med etterutdanning menes vedlikehold av kompetanse som er nødvendig for de oppgaver arbeidstakeren har, mens videreutdanning omfatter kvalifisering for nye og mer kvalifiserte oppgaver i virksomheten.” (7). Denne definisjonen avgrenser etterutdanning til kun vedlikehold av kunnskaper, ferdigheter osv. - som en del av kompetansebegrepet.

I engelsk terminologi brukes uttrykket *continuing medical education (CME)*, som vanligvis avgrenses til læring innenfor det medisinske fagområdet. I tillegg brukes begrepet *continuing professional development (CPD)* som, i tillegg til det medisinske fagfelt, tar med kompetanseutvikling innen områder som ledelse, kommunikasjon, etikk, selvutvikling med mer. Disse begrepene er forholdsvis omfattende, særlig begrepet CPD.

Internasjonalt brukes også andre benevelser for det vi har valgt å kalle obligatorisk etterutdanning. *Mandatory continuing education (MCE)* innebærer en vedvarende utdanning (*CPE, continuing professional education og CME*) i form av kurs og utdanningsprogrammer som gir nødvendig antall poeng eller timer (“CME-poeng”) for å kunne opprettholde spesialistgodkjenning eller ansettelse som spesialist.

Det er vanlig å skille mellom formell og uformell etterutdanning. Planlagt og organisert etterutdanning, f.eks. ved deltagelse på kongresser, kurs og seminarer som er godkjent på forhånd, i vår sammenheng av Legeforeningen, som et tellende kurs og som gir et visst antall timer eller poeng, kommer inn under formell etterutdanning. Et kurs som Legeforeningen har godkjent for etterutdanning er en forutsetning for å motta støtte fra et av Legeforeningens utdanningsfond. Uformell utdanning er det som skjer i det daglige i møtet mellom kollegaer og pasienter, på morgenmøter, gjennom litteraturlæsning osv. Det er vanskelig å kvantifisere og spesifikt dokumentere deltagelsen i slik uformell læring, som er en form for praksisbasert læring. Selv om dette er en vesentlig og viktig læringsform, er det ikke vanlig å innlemme dette i en formalisert ordning, med unntak av visse typer litteraturlæsning.

I denne rapporten begrenser vi oss til det som inngår i begrepet *continuing medical education (CME)*, altså forskjellige former for og elementer i en formell etterutdanning, da det er dette vi oppfatter at mandatet vårt dreier seg om.

I vår sammenheng brukes ordet regodkjenning som er et etablert begrep i forbindelse med spesialiteten allmennmedisin. Synonymer til dette er regodkjenning og vedlikehold av spesialistgodkjenningen.

6. Historikk

6.1 *Den norske legeforening*

Antagelig vil de fleste leger dele oppfatningen av at vi har en selvsagt etisk plikt til å holde oss faglig oppdatert - dersom vi vil praktisere som leger. Den hippokratiske lege-ed (som norske leger ikke avlegger) tillegges gjerne en forpliktelse til å opprettholde høy kvalitet på vår yrkesutøvelse og til regelmessig å evaluere kvaliteten på vår gjerning. Imidlertid var det først i revisjonen av Legeforeningens etiske regler i 1961 at dette ble nedfelt skriftlig, som et krav om vedlikehold og fornying av kunnskaper, dvs. livslang læring. "En plikt for lægene til stadig å forbedre sine kunnskaper, og en forpliktelse til å gjøre pasienter og også kolleger delaktige i dem", som daværende generalsekretær Odd Bjercke formulerte det (8).

I Etiske regler for leger vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest i 2002, heter det i § 10: "En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem. En lege bør etter sin kompetanse bidra til utvikling og formidling av den medisinske viten."

På Legeforeningens landsmøte i 1959 kom det forslag om tidsbegrenset spesialistgodkjenning for å sikre at alle spesialister var tilstrekkelig oppdaterte. Daværende Helsedirektør Karl Evang var sympatisk innstilt til tanken, og omtalte en varig spesialistgodkjenning - gitt en gang for alle - som en "anakronisme fra middelalderens standssamfunn"(8). Hovedargumentet mot en tidsbegrenset godkjenning den gang i 1959 og hos det lovutvalget som leverte utkast til ny legelov i 1975, var at en spesialist som mistet godkjenningen ville likevel kunne fortsette som "allmennpraktiker". Dette ville ikke bidra til å heve kvaliteten på allmennpraktiserende leger, og i allmennpraksis ville vedkommende eks-spesialist i hvert fall ikke være kvalifisert.

Spørsmålene om obligatorisk etterutdanning ble debattert på Legeforeningens landsmøter i 1974, 1977 og i 1979. I 1977 ønsket ikke landsmøtet å innføre formaliserte krav om etterutdanning, mens i 1979 vedtok landsmøtet at Legeforeningen skulle kunne kalle tilbake spesialistgodkjenning dersom det var berettiget tvil om en leges "faglige kompetanse". Det var først i Lov om leger fra 1980 at spesialistutdanningen og -godkjenningen ble lovforankret, og spesialist ble en lovbeskyttet tittel (8).

I 1986 nedsatte Legeforeningen et arbeidsutvalg som skulle se nærmere på konsekvensene av en ordning med obligatorisk etterutdanning. Arbeidsutvalget konkluderte med å peke på klare fordeler for legene og samfunnet ved å innføre krav om obligatorisk etterutdanning for spesialister. Som en klar målsetting anbefalte utvalget at det ble fattet prinsipielt vedtak om å innføre obligatorisk etterutdanning innen alle spesialiteter innenfor en rimelig tidsramme. Det ble ansett som nødvendig med en tidsramme for gjennomføring for å kunne oppfylle de nødvendige forutsetninger før kravet kunne effektueres. Videre mente utvalget at praktiske og økonomiske betingelser måtte oppfylles før det kunne innføres obligatorisk etterutdanning i samtlige spesialiteter. Nødvendige rettigheter til deltakelse i etterutdanning, sikre permisjon med lønn, dekning av utgifter og evt. inntektstap måtte utvikles. Dessuten var det viktig at det ble etablert et faglig tilfredsstillende utdanningstilbud (9). Landsstyret 1987 fattet deretter følgende vedtak (10):

"Landsstyret finner ikke grunnlag for å innføre obligatorisk etterutdanning for spesialister som ensidig norsk tiltak på nåværende tidspunkt. Sentralstyret bes i samarbeid med

spesialitetskomiteer og spesialforeninger arbeide for å utvikle en faglig tilfredsstillende etterutdanning for spesialister. Sentralstyret bes avklare i forhandlinger med arbeidsgivere rettigheter til etterutdanning for spesialister og økonomiske forutsetninger for deltagelse i etterutdanning.”

I hvilken grad og på hvilke måter dette ble fulgt opp i senere forhandlinger er uklart, men lite er skjedd når det gjelder en videre utvikling av rettigheter til permisjon med lønn og finansiering av etterutdanningen.

Sist temaet om etterutdanning og regodkjenning ble diskutert i Legeforeningen var i en utredning om spesialistutdanningen som kom i 2007. Konklusjonen til prosjektgruppen bak utredningen var som følger (11):

”Legeforeningen har vært klar motstander av en påtvunget regodkjenningsordning. Den anses ikke å representere noen reell kvalitetsforbedring, og den vil i tillegg føre til et meget omfattende administrativt arbeid. Internasjonalt er det bare enkelte eksempler på slik regodkjenningsordning, og det synes ikke som ordningene er under utvidelse. Innføring av tvungen regodkjenningsordning i Norge vil føre til en rekke juridiske problemer, i tillegg til store vansker med å forholde seg til leger med spesialistgodkjenning fra utlandet. Prosjektgruppen har vurdert dette spørsmålet. Vi ser ingen grunn til å ta dette tema opp til noen fornyet behandling. Det synes å være bred enighet innenfor Legeforeningen at det ikke er noen grunn til å endre på standpunktene. ”

Konklusjonen var uendret i den ferdigstilte rapporten etter Legeforeningens høringsrunde og behandling i Legeforeningens organisasjonsorganer (12).

Fem år etter synes det ikke lenger å være en slik bred enighet, og argumentene er mer nyanserte.

Spesialitetsrådet har også vært opptatt av denne tematikken, og skriver i sitt PM for 2009 (13): ”Det er på det nåværende tidspunkt ikke aktuelt å innføre obligatoriske etterutdanning og regodkjenning for andre spesialiteter enn allmennmedisin i Norge.” Men Spesialitetsrådet er oppmerksom på internasjonale forhold og anbefaler derfor at det norske medisinske miljø ”følger nøye med i den utvikling som skjer på dette feltet i Europa.”

6.2 Stortingets behandling av saken om obligatorisk etterutdanning for leger

I Stortingsmelding nr 24 (1996–97) ”Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste” (14) foreslo Sosial- og helsedepartementet at det burde stilles formelle krav til etterutdanning og regodkjenning av alle legespesialister, på linje med kravene som stilles til spesialistene i allmennmedisin.

Forslaget var begrunnet med kvalitetssikring av legespesialistene og å gi ”(...)den enkelte mulighet til personlig fagutvikling”.

Under stortingsbehandlingen støttet flertallet forslaget i St meld 24 om formelle krav til etterutdanning og regodkjenning. Et mindretall bestående av H, KrF og Frp mente at det var viktig å innføre formelle krav til etterutdanning, men reserverte seg mot et system med regodkjenning og ønsket at dette skulle utredes nærmere i samarbeid med fagmiljøene. Mindretallet var opptatt av at en slik ordning måtte inneholde en fleksibilitet med hensyn til den enkeltes egne utdanningsbehov.

Legeforeningen var allerede i gang med forberedelser for å kunne følge opp forslaget, og Stortingets behandling av forslaget ble bredt omtalt i Tidsskriftet (15, 16, 17).

6.3 *Nasjonalt Råds behandling av saken om obligatorisk etterutdanning for leger*

På bakgrunn av stortingsbehandlingen sendte Sosial- og helsedepartementet i 1999 en henvedelse til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) om å vurdere spesialist- og etterutdanningen, herunder spørsmålet om ”formelle krav til etterutdanning og regodkjenning av samtlige spesialister”.

Saken om etterutdanning ble behandlet i 1999 på tre av rådets møter. På møtet i november 1999 vedtok imidlertid NR at arbeidet med primærutdanningen av spesialister skulle prioriteres. Arbeidet med å utrede etterutdanningen og eventuell regodkjenning ble utsatt. NR uttalte at rådet ”vil i løpet av år 2001 komme tilbake til spørsmålet om formell regodkjenning”.

Beslutningen om å utsette behandlingen av etterutdanningen ble blant annet begrunnet med at spørsmålet om formell regodkjenning var under behandling i EU. Dessuten ble det vist til at det foregikk et utredningsarbeid om etterutdanning i Legeforeningen, og rådet ønsket å avvente resultatene av dette arbeidet.

Legeforeningen arbeidet parallelt med et system hvor spesialisten selv skulle utarbeide en plan for egen etterutdanning som ved hjelp av en kollega skulle evalueres etter legens og arbeidsgivers behov. Det ble i 2001 gjennomført et pilotprosjekt for spesialistene ved to sykehus og for avtalespesialister i ett fylke (LEIF-pilot). Evaluering av prosjektet i 2002 avdekket at etablering av en etterutdanningsplan ble opplevd som uvant. Den kollegabaserte evalueringen var vanskelig å få til i praksis, og finansiering av etterutdanningen var et hinder for gjennomføring.

Konklusjonen var likevel at pilotprosjektet viste at modellen fungerte, og det ble arbeidet videre med etablering av et internettbasert elektronisk system for registrering av etterutdanningsplaner og gjennomført etterutdanning.

Utredningen fra NR kom i 2002 og anbefalte en formalisert, dokumenterbar, individualisert og differensiert etterutdanning, men uten krav om formell regodkjenning (18). Ansvaret for etterutdanningen skulle fordeles mellom den enkelte lege, arbeidsgiver, Legeforeningen og staten. Etterutdanningen skulle være differensiert både med hensyn til behov og til type etterutdanningsaktivitet, den skulle være planlagt og evalueres fortløpende i form av rapportering til ”leder av virksomheten/veiledningskoordinator”. Det ble foreslått rett, men også plikt, til 8-15 dagers permisjon per år, og behovet ble anslått til 10 dager årlig.

Arbeidsgivers lovfestede ansvar ble vektlagt:

”Arbeidsgiveren har ansvar for å tilrettelegge arbeidsforholdene slik at legen kan opprettholde og videreutvikle den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å kunne utøve forsvarlig legevirksomhet. Arbeidsgiveren har et ansvar for å tilrettelegge for gode læringsmuligheter som motiverer og stimulerer til læring, som uttalt i Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-7: ”Eier av virksomhet som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.” ”

Nasjonalt Råd vektla myndighetenes økende interesse for legenes utdanning: ”Staten har i de senere år tatt et større ansvar for legers utdanning. Staten har et sentralt ansvar for grunnutdanningen av leger. Ved opprettelsen av NR har staten også tatt et større ansvar enn tidligere for videreutdanning til spesialist. Etterutdanning for akademiske grupper har historisk sett mer vært overlatt til yrkesorganisasjonene, men for den viktige gruppen lege-

spesialister har staten gjennom stortingsbehandlingen i 1997 også krevet en sikkerhet for at de godkjente spesialistene vedlikeholder og videreutvikler sine kunnskaper og ferdigheter. ”

(Vedlegg 1 Nasjonalt råds begrunnelse)

Det ble anslått i 2002 at for sykehusspesialistene ville de samlede kostnadene for etterutdanning bli 200–250 millioner kroner pr år. Rapporten nevner ikke tapte inntekter for sykehusene i forbindelse med spesialistenes fravær, kun lønnskostnadene ved at fraværet finner sted med full lønn. Tapt arbeid ble anslått til 150–200 millioner kroner, mens økning i utgifter til administrasjon, reise, opphold og kursavgifter utgjorde resterende, ca 50 millioner kroner.

Denne utgiftsøkningen antas å ha vært en viktig grunn til at Helse- og omsorgsdepartementet ikke ville følge opp forslaget fra NR. Den offisielle begrunnelsen var at tiden var kommet til at det var andre grupper enn legene som måtte prioriteres.

6.4 *Legeforeningens policydokument 1999*

Legeforeningens sentralstyre vedtok 19. oktober 1999 et policy-dokument om etterutdanning av legespesialister (4). I dokumentet blir det understreket at den enkelte lege har en etisk forpliktelse og et individuelt ansvar for egen etterutdanning, mens profesjonen (ved de fagmedisinske foreningene og spesialitetskomiteene) må være sentral i organisering, faglig innhold og oppfølging. Legeforeningen foreslo at en burde etablere et poengsystem med uttelling for etterutdanningsaktivitetene fremfor å etablere et omfattende byråkrati rundt et regodkjenningssystem. Et slikt poengsystem kunne fungere som en utvidet CV, der den enkelte lege kan dokumentere utførte etterutdanningsaktiviteter.

Hovedargumentet mot en formalisert ordning med regodkjenning var at det ikke eksisterte dokumentasjon på at det ga mer kvalifiserte leger eller mer tilfredse pasienter, hovedsakelig fordi legene allerede deltok aktivt i etterutdanning gjennom arbeidet og på fritiden.

Viktigheten av høy pedagogisk kvalitet på etterutdanningsaktivitetene ble understreket, samt at det økonomiske fundamentet for etterutdanning måtte sikres uavhengig av helsevesenets finansieringsmåter og avlønningssystemer.

6.5 *Nordisk legeråd 2000*

På nordisk nivå var konklusjonene hovedsakelig de samme. Nordisk legeråd vedtok 14. juni 2000 et policydokument om ”medisinsk etterutdanning i Norden” (5). Her påpekes det at lege-etikken også pålegger legene å bidra til andre legers (og annet helsepersonells) videre- og etterutdanning, ikke bare å sørge for sin egen. Det legges vekt på såkalt selvstyrt læring som en type voksenlæring. Det vil si at den enkelte selv, i samarbeid med kollegaer, definerer sine behov og frivillig gjennomfører nødvendig etterutdanning for å dekke disse behovene.

Nordisk legeråd advarte mot faren for at læringsutbyttet kunne bli underordnet i et system med registrering av etterutdanningsaktiviteter, og at det derfor var viktig at et slikt system tillot registrering også av mer uformelle læringsformer (studiebesøk, hospiteringer, gruppebasert læring med mer). Hensikten med egenregistrering var å dokumentere faktisk økt kompetanse hos den enkelte lege, ikke bare passiv deltagelse i etterutdanningsaktiviteter.

6.6 LEIF

Forarbeid

Etter drøftinger i 1995 og 1996 kom Legeforeningen i 1997 med en utredning (LEIF 1997 – Legers etterutdanning i fremtiden) ledet av overlege Elisabeth Søyland (19). Utredningen anbefalte obligatorisk etterutdanning og kom med et forslag til en regodkjenningsordning. I utredningen ble det lagt vekt på det pedagogiske ved påpekning av at egenaktivitet og flere forskjellige etterutdanningsaktiviteter er viktig for å sikre læring og økt kompetanse. Etterutdanning skulle ikke bare dreie seg om det rent faglige, det som i internasjonal terminologi kalles *continous medical education, CME*. Også *continous professional education, CPE*, som omhandler andre aspekter ved legerollen som for eksempel legen som samarbeidspartner, leder og veileder, ble trukket inn som viktige temaer i etterutdanning.

LEIF-pilot

Legeforeningen utredet nærmere muligheten for en mer formalisert etterutdanning, og i 2000 forelå en rapport som anbefalte en ordning som innebar at den enkelte spesialist utarbeidet en årlig etterutdanningsplan (jfr. utdanningsplaner for leger i spesialisering (LIS)) og selv registrerte etterutdanningsaktivitetene. Innholdet i etterutdanningsplanen skulle ta utgangspunkt i spesialistens egne behov og arbeidsgivers behov, planene skulle drøftes med arbeidsgiver og evalueres sammen med en kollega. De enkelte avdelingene og privatpraktiserende spesialister skulle rapportere årlig til spesialitetskomiteene som skulle vurdere etterutdanningen og gi tilbakemelding. Utpøvning av et slikt rapporterings- og registreringssystem for formalisert etterutdanning ble utført ved to sykehus og hos privatpraktiserende øyeleger i 2001–2002. Konklusjonene i denne LEIF-piloten (20) var at spesialistene var aktive med etterutdanning med kurs og kongresser som viktigste læringsaktiviteter. Nesten halvparten av etterutdanningen foregikk på fritiden. Finansiering var oppført som viktigste utfordringen for gjennomføring av etterutdanning. 25 % av utgiftene ble dekket av spesialistene selv. Deretter var permisjonsmuligheter og familiære hensyn oppgitt som viktige momenter.

Fordelen med slik planlagt og evaluert etterutdanning ble i pilotprosjektet oppgitt å være effektivisering av etterutdanningen med styrket faglig utbytte. Til dette kom redusert tidsbruk og kostnader både for den enkelte spesialist og for avdelingen. Det ble stipulert et behov for 100–150 millioner kroner fra myndighetene/arbeidsgiver for fullfinansiering av etterutdanningen.

LEIF-prosjekt

Legeforeningen startet deretter opp prosjektet Legers utdanning i fremtiden (LEIF). Hensikten var å understreke viktigheten av etterutdanning og å bidra til en målrettet etterutdanning ut fra den enkelte spesialists arbeidssituasjon og behov. Ordningen skulle dokumentere den enkeltes vedvarende og pågående etterutdanning som dessuten skulle planlegges og evalueres. Ordningen skulle føre til en ansvarliggjøring av arbeidsgiver og fungere som et system for kvalitet og ”kompetansebygging”.

Lansering av LEIF

LEIF ble lansert i 2007 og er Legeforeningens nettbaserte tjeneste for planlegging, registrering og evaluering av legers videre - og etterutdanning (21). Til grunn for LEIF - prosjektet la Legeforeningen en bevisstgjøring om en målrettet, behovstilpasset og langsiktig plan for etterutdanning basert på fleksibilitet og frivillighet, og uten regodkjenning.

Etterutdanningsaktiviteter som tilegning av praktiske ferdigheter, undervisning, hospitering, kurs/kongresser, forskning, *CPD (Continuing Professional Development)* som omfatter

ledelse, kommunikasjon, etikk mm) registrerer legen selv i LEIF. En viktig faktor i LEIF-systemet er kollegaevaluering, slik det også er anbefalt av The European Union of Medical Specialists (UEMS: Union Européenne des Médecins Spécialistes) og Nasjonalt Råd. En kollega med samme spesialitet skal delta både i planleggingsprosessen og i evalueringen ved årets slutt, når ny plan legges for kommende års etterutdanning. Det skal gjøre systemet mer objektivt og det er en fordel å bruke en kollega fra samme spesialitet som kjenner faget og de mulighetene som finnes. Dokumentasjon og rapportering til spesialitetskomiteen og utdanningsutvalget er videre en viktig forutsetning. Også de privatpraktiserende er oppfordret til å bruke LEIF som en måte å stimulere til allsidig faglig utvikling og dokumentasjon, og at det eventuelt skal kunne brukes som et fortrinn ved søknad om hjemmel. Rapportering skal skje direkte til spesialitetskomiteene, og Privatpraktiserende spesialisters landsforening (PSL) har vært positive til LEIF.

Målsetningen for LEIF er:

- Bevisstgjøring om etterutdanningens betydning
- Legge til rette for at legen kan holde seg oppdatert i forhold til egen arbeidssituasjon
- Mer målrettet etterutdanning
- System for planlegging og evaluering
- Dokumentere etterutdanningsaktivitet
- Ansvarliggjøre arbeidsgiver
- System for kontinuerlig kvalitets- og kompetansebygging

LEIF i dag

I 2008 var det ca. 400 brukere og i 2010 var det i overkant av 300 registrerte brukere, men vi vet ikke så mye om hvor aktiv den enkelte bruker er.

Per 13. november 2012 var det 1400 registrerte brukere av etterutdanningssystemet LEIF. Sannsynligvis utgjør allmennlegene majoriteten av brukerne fordi deres spesialitet har et formalisert etterutdanningskrav, og allmennlegene holder oversikt over sine etterutdanningsaktiviteter ved hjelp av registrering i LEIF-systemet.

Når LEIF ikke er blitt benyttet av et større antall spesialister, kan det i stor grad skyldes at arbeidsgiversiden og ledelsen ikke etterspør informasjon om hvordan ansatte spesialister holder seg faglig à jour. LEIF kunne vært et godt ledelsesverktøy og som kunne vært benyttet for å kvalitetssikre det faglige nivå i virksomheten. Hvorfor det ikke er blitt slik er det ikke mulig å vurdere med sikkerhet, men en mulig antagelse er at arbeidsgiver kanskje har vært bekymret for krav om permisjon til etterutdanningsaktiviteter og ønsker om dekning av utgifter. I tillegg synes det som om legespesialistene selv ikke har sett behov for å strukturere og dokumentere sin etterutdanning gjennom registrering i LEIF.

(Vedlegg 2)

7. Allmennmedisin

7.1 Beskrivelse og krav

Spesialiteten allmennmedisin er i denne sammenhengen viktig å se nærmere på, da dette er den eneste spesialiteten i Norge som har en etablert ordning med obligatorisk etterutdanning og tidsbegrenset spesialistgodkjenning. Allmennmedisin er i Norge en spesialitet fra 1984. Spesialist i allmennmedisin er en allmennlege som har oppfylt kravene for spesialistutdanning i allmennmedisin. Spesialistutdanningen tar minst fem år, gjennomsnittlig utdanningstid er

cirka åtte år. Man mister spesialistgodkjenningen etter fem år dersom man ikke gjennomfører etterutdanningskravene og søker om regodkjenning hvert femte år. I spesialistreglene i allmennmedisin brukes begrepet resertifisering.

Kravene til etterutdanningsaktiviteter i femårsperioden kan oppsummeres slik:

- 1 år allmennmedisinsk tjeneste i perioden
- 300 poeng: Emnekurs, minst 100 poeng
- Praksisbesøk
- Smågruppe /Etterutdanningsgruppe
- Valgfrie aktiviteter: Hospitering på sykehus, veiledningsvirksomhet, forskning, kvalitetsprosjekter med mer

I Norge er godkjenningen basert på gjennomføring av utdanningsaktiviteter, men ingen eksamen. I tillegg til at man må være i klinisk allmennpraksis, må man gjennomføre kurs eller andre etterutdanningsaktiviteter i minst to-tre uker per år.

Programmet for spesialistutdanning og resertifisering i allmennmedisin innebærer mangfoldighet i hvordan man lærer og utvikler sin kompetanse. Allmennmedisin læres og utvikles i egen allmennpraksis, i tillegg til de utdanningsaktivitetene fagfeltet har, slik som kurs, deltagelse i etterutdanningsgrupper, praksisbesøk hos kolleger og hos spesialister, hospitering på sykehus og i poliklinikker med videre. Se forøvrig målbeskrivelsen og spesialistreglene i allmennmedisin for en detaljert oversikt over innholdet.

(Vedlegg 3 Regler for resertifisering i allmennmedisin)

7.2 Historie og utvikling

Det norske systemet med obligatorisk etterutdanning og resertifisering i spesialiteten allmennmedisin er unikt i internasjonal sammenheng. Systemet har vakt interesse fra mange andre land, spesielt Sverige og Danmark, men så vidt vi vet er det lite som tyder på at de skal innføre liknende system.

Fra 1970-tallet ble det innført en tittel som Allmennpraktiker Dnlf, med kompetansekrav knyttet til godkjenning. Allmennlegene som utviklet utdanningssystemet la vekt på at spesialistutdanningen i allmennmedisin i stor grad måtte være desentralisert, med veiledningsgrupper i alle fylker, slik at spesialistutdanningen kunne gjennomføres uansett hvor man bor i Norge.

Stort sett er systemet beholdt slik det var fra starten. Systemet baserer seg på at den enkelte allmennlege selv tar ansvar for, og i stor grad finansierer sin egen utdanning. De senere årene er det innført obligatorisk krav til å gjennomføre akuttmedisinkurs, minimum 15-timers kurs både i videreutdanningen, og før hver resertifisering.

En konsekvens av at det er legene selv og legeforeningen som organiserer og driver systemet er at myndighetene ikke har påtatt seg noe ansvar for dette, hverken organisatorisk eller for finansiering av systemet. Allmennlegeforeningen ønsker seg et system hvor også myndighetene tar ansvar for dette, med innføring av obligatorisk spesialistutdanning og etterutdanning.

Det utløses ingen sanksjoner for leger som ikke tar spesialistutdanning i allmennmedisin, unntatt det økonomiske ved at de ikke får spesialisttakster. Leger som har gjennomført

spesialistutdanning, men som unnlater å regodkjenne seg, mister spesialistgodkjenningen etter fem år. Hvis de senere vil ha tilbake sin spesialistgodkjenning må de gjennomføre etterutdanningskravene. Helfo registrerer alle spesialister, med tidsbegrensing, og godkjenningen utløper hvis den ikke fornyes i løpet av fem år.

7.3 *Dagens status*

Det er ca. 5000 allmennleger/fastleger i Norge, ca. 60 % av disse er godkjente spesialister i allmennmedisin. Det er ikke et krav om spesialistutdanning i allmennmedisin for å arbeide som allmennlege og fastlege. De fleste allmennleger ønsker likevel å gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin, men noen allmennleger har aldri kommet i gang med spesialistutdanning. Disse enkelte argumenterer gjerne med at det er for tidkrevende og dyrt å gjennomføre spesialistutdanningen. Et incitament for å gjennomføre utdanningen er at man som spesialist får høyere takster/refusjon i henhold til normaltariffen i allmennpraksis. De siste årene er det godkjent ca. 150–200 nye spesialister i allmennmedisin hvert år, og det er ca. 500 som resertifiserer sin spesialistgodkjenning hvert år. Legeforeningen har vedtatt å arbeide for at det blir et krav om å være spesialist i allmennmedisin for å være fastlege.

7.4 *Fastlegeordningen*

Høsten 2012 ble det vedtatt en revidert forskrift for fastlegeordningen (22). Denne omtaler hovedsakelig kommunens og fastlegenes plikter overfor innbyggerne, og er innskjerpet når det gjelder krav om tilgjengelighet. Forhold knyttet til spesialistutdanning og etterutdanning kommenteres ikke i forskriften. I de offentlige dokumenter knyttet til samhandlingsreformen er det omtalt krav til økt kompetanse hos allmennlegene for å overta oppgaver som tidligere har vært håndtert av sykehus og spesialisthelsetjeneste. Det foreligger ingen grundig utredning av dette, men det beskrives eksempler på store sykdomsgrupper som i større grad bør behandles i førstelinjetjenesten, f.eks. diabetes, obstruktive lungesykdommer og nyresykdommer/nyresvikt. Det planlegges distriktsmedisinske sentre som i stor grad skal bemannes med allmennleger, og man antar at dette vil stille krav til etterutdanning i tillegg til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det er Allmennlegeforeningens syn at systemet med obligatorisk etterutdanning i allmennmedisin er egnet for å møte disse utfordringene. Innholdet i spesialistutdanningen må hele tiden revideres i takt med den medisinske og teknologiske utvikling, og de behov allmennlegene har for å kunne følge opp og behandle de som skal håndteres i førstelinjetjenesten.

8. Internasjonale forhold i etterutdanningen for leger

8.1 *Innledning*

Det er vanskelig å få en tilfredsstillende oversikt over forskjellige lands ordninger, og det er komplisert å sammenligne landene imellom (23, 24). Dette skyldes flere forhold, blant annet forskjellige måter å organisere helsevesenet på, forskjellige finansieringssystemer og -ordninger for helsevesenet (helsevesenet kan være offentlig finansiert, ha en forsikringsbasert finansieringssystem, det eksisterer private alternativer og det kan være blandingsformer), forskjellige måter å regulere spesialistgodkjenninger på og forskjell i hvilke instanser som har formelt og praktisk ansvar for spesialistutdanningene. Internasjonalt er det i tillegg varierende terminologi i bruk, og dels brukes begrepene overlappende: *re-credentialing system*, *re-accreditation*, *re-licensure*, *re-certification* og *re-validation*.

Storbritannia har fra 3. desember 2012 innført en obligatorisk ordning som inkluderer *revalidation* (25). Denne ordningen er noe helt annet enn det som denne rapporten omhandler, men tas med for å belyse de forskjellige begrepene. Dette er et omfattende system som ikke dreier seg om opprettholdelse av spesialistgodkjenning, men som skal være en kvalitetssjekk av om en lege er generelt skikket og følger etablerte profesjonelle standarder. Alle leger må gjennom en *revalidation* hvert femte år for å opprettholde *license to practice*. Hver lege rapporterer til en *responsible officer* (som selv er lege) som avgir en anbefaling til General medical council om revalidering. Dette forutsetter en årlig evalueringsprosess med blant annet rapportering av CPD-aktiviteter, samt tilbakemeldinger fra pasienter og kollegaer. Det er ingen spesifikke krav til mengde eller type CPD-aktiviteter. Ordningen er stipulert til å koste rundt 1 milliard NOK per år. Hvem som har tatt initiativet til å innføre obligatoriske ordninger varierer fra land til land. Det kan være myndighetene, profesjonene selv eller pasientgrupper- og organisasjoner.

Mandatory continous education, MCE er et nærliggende valg for myndigheter og/eller profesjonene selv for å møte kravet fra pasientene om faglig oppdaterte spesialister, og for å kunne dokumentere at samfunnet tilbyr (og tilbys!) oppdaterte og faglig kompetente spesialister. Også internasjonalt finnes de samme bekymringene som i Norge over stramme budsjetter, endrede finansieringsordninger, økte krav til effektivitet og produksjon som ofte kan gå på bekostning av faglig innhold og faglig utvikling. Dette medfører at *continous professional development (CPD)*, som inkluderer *continous medical education (CME)* nedprioriteres av legene, sykehusledelsen, sykehuseierne og av helsemyndighetene.

Den farmakologiske industrien og profesjonelle "utdanningsfirmaer" har i en rekke land i varierende grad plass i etterutdanningen av leger, og de fleste profesjonsforeninger er opptatt av å begrense denne innflytelsen på CME-programmene. En del av internasjonal litteratur bærer preg av dette, en problemstilling som er lite aktuell i Norge. I Norge er det hovedsakelig fagmiljøene og universitetene som er arrangerer kurs, og det er ingen tradisjon for bruk av profesjonelle aktører.

Den ferskeste og mest komplette oversikten over internasjonale forhold er utarbeidet av britiske General Medical Council i 2011 (26).

8.2 Europa

Spørsmålet om formell regodkjenning har vært grundig og langvarig behandlet i EU-systemet helt fra 1990-tallet. EU-parlamentet gikk opprinnelig inn for kravet om regodkjenning, men EU-kommisjonen frarådet det. I forliksprosedyren vant kommisjonens syn frem, og EU avviste derfor våren 2001 kravet om formell regodkjenning av legespesialister.

Denne beslutningen var i samsvar med uttalelser fra de sentrale europeiske legeforeningene Permanent Committee of European Doctors (CPME) og European Union of Medical Specialists (UEMS) fra 2001. Organisasjonene CPME og UEMS understrekte også betydningen av individuell etterutdanning fremfor en standardisert etterutdanning. CPME uttalte 22.09.2001 (27): "Modern learning methods are many and diverse. Some degree of formalisation and, in particular documentation of CME/CDP is necessary (...) Individual competence development plans, regularly reviewed are recommended for this purpose".

8.3 EACCME

The European Accreditation Council for CME (EACCME®) ble etablert av UEMS i 1999 som svar på en økende tendens til innføring av obligatorisk etterutdanning i europeiske land, for å kunne godkjenne kurs som kunne gi CME-poeng på tvers av landegrensene innenfor EU-området. Dette åpnet for godkjenning og utveksling av CME-poeng mellom alle europeiske land.

8.4 EU og UEMS

I *UEMS*-erklæringen fra 20.10.2001 (28) legges det vekt på dokumentasjon av etterutdanning, og på betydningen av å bruke kollegaer til å identifisere behov og evaluere den enkelte spesialists etterutdanning: "Each doctor should be able to verify their involvement in CPD. This can readily be achieved via a personal portfolio in which all relevant information is gathered. Ideally this would include a documented overview of the doctor's clinical activities followed by an assessment of CPD needs and proposed CPD programme (...) peer-review and formative assessment, in which the doctor meets with a colleague to discuss and evaluate their CPD programme."

I 2006 kom et fellesdokument fra CPME, UEMS, EU og diverse europeiske organisasjoner med en konsensusuttalelse som setter CME i sammenheng med "improving healthcare" (29). I dokumentet understrekes nødvendigheten av å øremerke ressurser til dette; både pedagogiske, tidsmessige og ikke minst finansielle. Her blir det påpekt viktigheten av kontinuerlig evaluering av læringsutbyttet og -behovet, gjort i samarbeid mellom kolleger, og av viktigheten av fortløpende dokumentasjon.

8.5 Yrkesdirektivet

EU-direktivet om gjensidig anerkjennelse av yrkeskvalifikasjoner (*The recognition of professional qualifications, Directive 2005/36*) (30) betyr at det er et fritt arbeidsmarked i Europa for leger. Dette såkalte Yrkesdirektivet skal revideres og EU-kommisjonen har derfor sendt det på høring til medlemslandene i EU og diverse yrkesorganisasjoner. Høringsrunden startet i slutten av 2011 og er nå avsluttet. Forslaget er til behandling i EU-parlamentet og vil ventelig tre i kraft i 2014. I revisjonen er det et forslag om at det enkelte medlemsland hvert femte år skal offentliggjøre en rapport til EU-kommisjonen om nasjonal status for *continuing professional development* (CPD), med vekt blant annet på implementering og evaluering av CPD. Noen av høringssvarene inneholder forslag om obligatorisk CPD, både for leger og for flere andre typer helsepersonell. Enkelte høringssvar går inn for formalisert regodkjenning. Majoriteten av høringssvarene mener at hvert enkelt medlemsland selv skal bestemme nasjonale ordninger.

Det reviderte forslaget som foreligger i januar 2013 inneholder følgende formulering (31): "By [5 years after the entry into force of the directive], Member States shall introduce schemes for mandatory continuing education and training for doctors of medicine, medical specialists, nurses responsible for general care, dental practitioners, specialised dental practitioners, midwives and pharmacists."

Dersom forslaget går gjennom med mindre justeringer, vil første rapportering skje i 2019. Rapporteringskravet vil ventelig medføre at medlemsstatene vil måtte utvikle mer forpliktende nasjonale systemer for CPD, muligens i retning av obligatoriske ordninger med eller uten regodkjenning, hvis de ikke allerede har det.

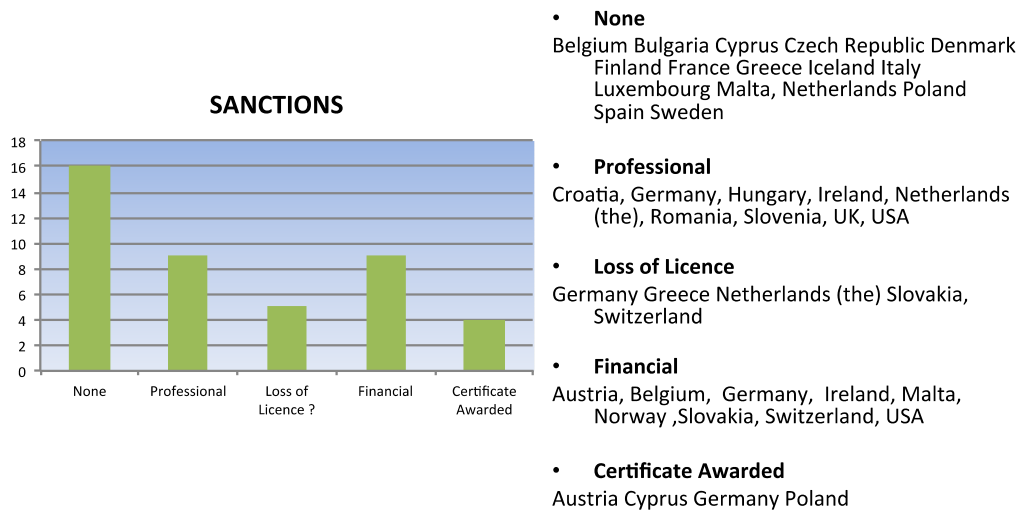
8.6 Oversikt

WHO har gjort en kartlegging av europeiske land (32): “The groups and schemes responsible for regulating physicians among countries reflect differing contextual factors. Professional self-regulation predominates, sometimes entirely independent of government and other times subject to government oversight or involvement. Consensus seems to be widespread that self-regulation is more willingly accepted, reducing the incentive for opportunistic behaviour and non-compliance.”

Land med frivillig deltagelse i CME/CPD	Land m obligatorisk CME/CPD
Belgia Bulgaria Danmark Estland Finland Hellas (<i>privatpraktiserende</i>) Luxemburg Island Spania Malta Portugal Norge (<i>for spesialister</i>) Sverige	Kypros Frankrike Italia Norge (<i>allmenleger</i>) Polen Hellas (<i>offentlig ansatte</i>) Slovakia Slovenia Sveits Tjekkia Tyskland (<i>sykehusleger</i>) Østerrike Ungarn Polen Land med sertifisering Nederland Storbritannia Irland Kroatia Romania

6

Sanctions



7

I følge en oversikt fra UEMS (33) har ca halvparten av medlemslandene obligatorisk etterutdanning og 30 % (6-7 land) har en eller annen form for regodkjenningsordning, (se tabellene). Opplysningene her må leses med varsomhet da det ofte ikke er tatt tilstrekkelig høyde for nasjonale definisjoner og organiseringer. Eksempelvis går det frem at Norge har en lovpålagt obligatorisk ordning med etterutdanning. Misforståelsen skyldes vårt unntak med allmennmedisin som er den eneste norske spesialiteten med obligatorisk etterutdanning og tidsbegrenset godkjenning.

En oversikt gjort i 2008 oppgir at 17 av 26 europeiske land har en eller annen form for obligatorisk etterutdanning (CPD), og åtte av disse landene har sanksjoner dersom kravene ikke oppfylles (34).

I hvilken grad CME-aktiviteter og -poeng anerkjennes og kan brukes på tvers av landegrensene varierer fra land til land. F eks godkjenner Italia at inntil 50 % av CME-poengene opptjenes i andre land.

Enn så lenge tillater flertallet av de europeiske landene i varierende grad en eller annen form for finansiell støtte fra farmasøytiske selskaper til CME-aktiviteter.

UEMS har anbefalinger og erfaringer når det gjelder poengsystem med tanke på europeisk harmonisering (35), og det er eksempler på at internasjonale spesialitetsforeninger har utarbeidet forslag til innhold i etterutdanningen (36).

8.7 Eksempler

Nederland

Nederland bruker uttrykket re-registrering (23). Siden 2006 gjelder kravet for alle praktiserende spesialister. For å bli re - registrert i helsedepartementets register må man i løp av fem år ha 40 timer CME - aktiviteter, i tillegg til minimum 16 timer klinisk arbeid pr uke årlig. Hvis man ikke fyller disse kravene mister man registreringen som spesialist, dvs. kan ikke lenger utføre spesifikke spesialistoppgaver og må arbeide under en spesialists supervisjon. I arbeidskontrakten inngår at mister man spesialistregistreringen så mister man stillingen.

Tyskland

Spesialister som arbeider på poliklinikker hvor pasientene har en sykeforsikring (som ca 90 % av befolkningen har), må ta et visst antall CME - poeng over en fem års-periode. Hvis man ikke gjør det får man etter ett år 20 % mindre refusjon, året etter 30 % mindre refusjon og deretter mister man refusjon, selv om man fortsatt beholder spesialistgodkjenningen (33, 26). Også for sykehusspesialister er det obligatorisk etterutdanning med CME, men ingen spesifikke sanksjoner hvis man ikke tar de aktuelle CME. Imidlertid arbeider de fleste også ved poliklinikker som er beskrevet ovenfor.

Italia

I følge oversikt fra UEMS (37) innførte Italia i 2002 en lovpålagt *mandatory CME* som administreres av det italienske helsedepartementet. Denne obligatoriske etterutdanningen gjelder alt helsepersonell, ikke bare leger. Det er ikke innført noen klar form for formelle sanksjoner for de som ikke oppfyller kravene. Men enkelte institusjoner har inkludert CME som et kriterium ved ansettelser og forfremmelser.

8.8 Nordiske land

Danmark

Danske spesialister har avtale om minst 10 dager kurspermisjon pr år. De får permisjon med lønn, og arbeidsgiver dekker kurs- og reiseutgifter (38). Ca 50 % av legene tar ut mellom 6-10 dager, mens 25 % tar henholdsvis mindre enn 5 dager eller mer enn 11 dager. I Danmark er det ikke obligatorisk med etterutdanning, og situasjonen beskrives slik av Praktiserende lægers organisation (39):

”De alment praktiserende læger bruger i gennemsnit årligt ca. 12 dage i dagtiden og ca. 12 aftener på efteruddannelse. Op imod 90 % af alle praktiserende læger deltager i ordningen og 95 % af lægerne får tilskud fra Efteruddannelsesfonden. Der bruges skønsmæssigt årligt 200-225 mio. kr. på efteruddannelse af de praktiserende læger, hvoraf ca. 40 mio. kr. stammer fra Efteruddannelsesfonden, 40-50 mio. kr. fra medicinalindustrien og 119-136 mio. kr. fra lægernes eget driftsbudget i praksis. I de senere år har der været tendens til, at medicinalindustriens andel af finansieringen af lægernes efteruddannelse har været faldende til fordel for lægernes egenfinansiering/Efteruddannelsesfond.”

For sykehusspesialistene var situasjonen slik i 2008 (40):

”Fra Overlægeforeningens undersøgelse af overlægers arbejdsvilkår i 2008 ved vi, at alle overlæger i Danmark deltager i kurser, kongresser og faglige møder. Næsten halvdelen bruger mellem 6-10 dage om året, mens en fjerdedel bruger henholdsvis 3-5 og 11-20 dage. Næsten alle overlæger angav, at de i høj grad eller nogen grad har mulighed for at deltage i de

etteruddannelsesaktiviteter, som de har behov for, og at halvdelen af disse er finansieret af deres afdeling.”

Og i 2011 (41):

”Efteruddannelse – ofte uden løn

95 pct. havde deltaget i efteruddannelsesaktiviteter inden for det sidste år. Fordelingen af deltagelsen i aktiviteterne over antallet af dage kan ses i tabel der viser, at størstedelen bruger 3-20 dage om året.

Deltagelse i efteruddannelsesaktiviteter i form af antal dage pr. år, pct.					
	1-2 dage	3-5 dage	6-10 dage	11-20 dage	> 20 dage
2011	7	24	38	21	4
2008	8	21	40	24	5

83 pct. havde i nogen eller høj grad mulighed for at deltage i efteruddannelsesaktiviteter efter behov. 46 pct. fik den fulde udgift til aktiviteterne finansieret af egen afdeling. Ulønnede efteruddannelsesdage forekom hos 48 pct., og 7 pct. brugte flere end seks ulønnede dage om året.”

I høringsuttalelsen til EUs forslag til revisjon av Yrkesdirektivet skriver den danske legeforening vedrørende spesialisters etterutdanning:

”Det er Lægeforeningens holdning, at læger er forpligtede til kontinuerligt at opdatere deres kompetencer, således at patienterne til enhver tid modtager en moderne og evidensbaseret undersøgelse og behandling. Lægeforeningen finder, at denne forpligtelse for læger dog bør forankres nationalt, og at der ikke er behov for yderligere at specificere denne forpligtelse i direktivet.”

Til det endelige direktivudkast har Lægeforeningen bemærket "at Lægeforeningen går ud fra, at procedure for efteruddannelse fortsat er nationalt forankret."

Kommentarerne er udtryk for, at den danske lægeforening ikke ønsker indført systemer med indsamling af CME point eller lign. som kendes fra en del andre EU lande.”

(H. Nielsen, Lægeforeningen. Personlig meddelelse)

Sverige

De svenske legeorganisasjonene ønsker ikke å telle poeng. Hovedargumentet deres mot en slik ordning er at det ikke er dokumentert effekt på legenes faglige praksis (42). Undersøkelser fra Sverige (43) viser at det de siste 10–15 år har vært synkende etterutdanningsaktivitet blant spesialistene; deltagelse i ekstern etterutdanning har sunket med 20 % fra 2005 til 2010. Årsakene er nedskjæringer, finansiering og økende produktivitetskrav. Den synkende aktiviteten er størst blant allmennlegene, geriaterne og psykiaterne. Dels skyldes dette finansiering, men også manglende permisjonsmuligheter. Særlig innen psykiatri arbeider mange ved små enheter som gjør det vanskelig å ta ut permisjon. Også når det gjelder avdelingsintern etterutdanning er det økende andel leger som oppgir at de ikke har deltatt i dette, fra 16 % i 2005 til 42 % i 2010. Den farmasøytiske industri støtter fremdeles deltagelse på internasjonale kongresser, men tendensen er at arbeidsgiver betaler mer og industrien mindre. Inntrykket som formidles er at helsemyndighetene ved Sosialstyrelsen toer sine hender og skyver ansvaret over på arbeidsgiver og mener at etterutdanning burde være en integrert del av virksomheten. Arbeidsgiver ønsker heller ikke poengordning fordi det etter

deres mening vil virke fordyrende. Legene derimot ønsker et regelverk fra myndighetene for å sikre at alle uansett geografi har like muligheter til etterutdanning.

Industristøtten til kongresser og møter blir mindre og vil antagelig opphøre helt. Det er signaler som tyder på at arbeidsgiver ser at det er en negativ utvikling med redusert deltagelse i etterutdanning. I tillegg er helsemyndigheter og andre offentlige instanser som driver med faglige retningslinjer bekymret over at slike retningslinjer ikke følges opp, noe som i følge den svenske legeforeningen skyldes at det er verken tid eller rom for dette. På denne bakgrunn har blant annet det svenske legemiddelverket tatt initiativ til at disse spørsmålene tas opp med arbeidsgiver og legene.

For enkelte fag og avdelinger som er ISO-sertifisert, først og fremst laboratoriefag, er det aktuelt å ha med som ledd i egenkontrollsystemet at det dokumenteres hvordan avdelingen arbeider med etterutdanning.

Läkarförbundet arbeider med en etterutdanningsrangering. Etterutdanningsstatus for hver avdeling og hvert sykehus skal offentliggjøres. Dette vil gjøre det mulig å sammenligne institusjonene, noe som kan virke rekrutterende. Det vil være særlig viktig for de sykehus og de fag som mangler spesialister. Det vil også virke rekrutterende på AT (turnuskandidater). Videre ønsker Läkarförbundet en modell med etterutdanningsinspeksjoner og det er i gang et pilotprosjekt om dette.

Finland

The Association for Medical Continuous Professional Development in Finland (Pro Medico, www.promedico.fi) er det organet som utferdiger den finske legeforeningens løpende utdanningsplaner for faglig utvikling ("CPD-kalenderen"), og er engasjert i utviklingsprosjekter sammen med medisinske foreninger og helseorganisasjoner. Det er en generell bestemmelse i den finske helsepersonelloven om at legen skal gis nødvendig anledning til faglige oppdatering, slik at finske leger har en lovfestet rett til deltagelse i etterutdanningsaktiviteter. Den finske legeforeningen mener at legene bør bruke minimum ti dager per år til dette.

I følge den finske legeforeningen deltar ca. 90 % av finske spesialister i etterutdanning, i gjennomsnitt 8 dager per år.

Finland har ingen regodkjenningskrav per i dag, og regjeringen har ingen planer om å introdusere dette. Hverken de finske autorisasjonsmyndighetene, det finske helsedepartementet eller den finske legeforeningen ser noe behov for regodkjennning per i dag. Likevel er den fagmedisinske foreningen innstilt på at det på sikt kan komme et krav om dette fra EU-nivå, i kjølvannet av revisjonen av Yrkesdirektivet (Hannu Halil, personlig meddelelse, 7.11.12).

9. Virker etterutdanning?

Flere studier og kunnskapsoppsummeringer viser effekt av forskjellige typer etterutdanningsaktiviteter (44, 45). En Cochrane-oversikt fra 2009 (46) konkluderer slik: ” Etterutdanningstiltak som kurs, konferanser, arbeidsgrupper eller seminarer kan føre til forbedring av profesjonell praksis og en bedring i helserelaterte utfall for pasienten. Oppdateringen inkluderer 81 studier med mer enn 11 000 praktikere innenfor helsetjenesten. Effekten varierte mellom studiene, men stort sett var det snakk om små effekter. Effekten økes trolig når man benytter didaktiske og interaktive undervisningsmetoder, når undervisningen retter seg mot å endre utfall som oppfattes som alvorlige og mot atferd som

består av enklere handlingsmønstre. Det er ikke sannsynlig at denne form for etterutdanning alene kan endre en utøvers profesjonelle praksis i en kompleks organisatorisk sammenheng.”(vår oversettelse).

Flere artikler påpeker viktigheten av pedagogikken, ikke uventet viser det seg at aktive læringsformer gir mer utbytte en passive. En oversiktsartikkel i JAMA 1999 (47) viser effektforskjeller mellom typer av etterutdanningsaktiviteter:

” This review reported that physicians and CME providers were engaged in learning activities extending beyond the conventional lecture hall. Computer-aided instruction on patient-related problems, reading materials, and visits to practice sites from health care professionals who were trained to improve physician performance were described as positive CME interventions because they prepared physicians for change and further learning. (...) The factors identified in these studies that are most effective include assessment of learning needs, a necessary precursor to effective CME; interaction among physician-learners with opportunities to practice the skills learned and sequenced and multifaceted educational activities. Continuing medical education strategies that enable and reinforce change are more likely than other more traditional, passive activities to influence behavior. Physician-learners and CME providers should design and select strategies to optimize improvement of both physician performance and health care outcomes.”

En oversiktsartikkel fra 2007 om effekt av CME på kunnskap konkluderer med at etterutdanning gir en positiv effekt, særlig bruk av multimedia (48).

De studiene vi har gått gjennom viser ikke store effekter av etterutdanning, men konklusjonene er allikevel positive. Studiene gir støtte til å anbefale aktive og praksisnære etterutdanningsaktiviteter, i tillegg til at læringsutbyttet øker når den enkelte selv er med og definerer sine behov.

Når man skal vurdere effekt av etterutdanning er det for snevert utelukkende å måle endringer i praksis, ferdigheter og kunnskap. Etterutdanning har også globale effekter som er vanskeligere å måle. En viktig effekt av etterutdanning er at etterutdanning vedlikeholder kunnskaper og ferdigheter, det vil si at etterutdanningen bidrar til forsvarlig praksis. En annen viktig effekt er styrket faglig tillit, som er viktig for å gi god behandling (49).

Andre effekter som er vanskelig å måle er de uformelle faglige diskusjonene som deltagelse på kurs og kongresser gir anledning til, i tillegg til muligheten for å etablere faglig samarbeid både om forskning og om konkret pasientbehandling.

I følge noen forfattere er det ikke vist at deltagelsen i CPD- programmer eller – aktiviteter øker dersom det gjøres obligatorisk. Studier viser at den viktigste motivasjonen for deltagelse i etterutdanning er faglig interesse, og ikke andre motiver som f eks finansielle. Andre viktige faktorer for deltagelse i etterutdanning er arbeidsplassens holdning til og kultur for etterutdanning, noe som må være ledelsesforankret.

For en grundigere gjennomgang av disse og andre relevante studier vises til den britiske boken *The Good CPD Guide* av Janet Grant (49).

Det finnes lite litteratur om effekten av regodkjenning, og det er vanskelig å generalisere funnene og konklusjonene på grunn av forskjellige definisjoner, organisering av spesialiststruktur, forskjellige juridiske forhold osv. Men i følge en rapport fra WHO (31) er det evidens som tyder på at *recertification* i USA ”is effective in improving clinical outcomes and the quality of care”.

10. Muligheter og rettigheter i Norge

10.1 *Lover*

Det er en rekke lover og bestemmelser som direkte og indirekte har en betydning for spesialisters virke og som berører etterutdanning. De viktigste overordnede lovene og paragrafer er:

Helsepersonelloven (Lov om helsepersonell m.v.) (50): **§ 4. Forsvarlighet:** "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig."

Spesialisthelsetjenesteloven (51): **§ 3-10: Opplæring, etterutdanning og videreutdanning** "Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig."

Lov om helsetjenesten i kommunene (52): **§ 6-2: Videre- og etterutdanning:** "Kommunen skal sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til at helsepersonell i privat virksomhet innen dens helsetjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Helsepersonell innen kommunenes helsetjeneste plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like. Departementet kan gi nærmere forskrifter om videre- og etterutdanning av helsepersonell."

Disse paragrafene omtaler plikt og ansvar på forskjellig måte. Forsvarlighetskravet innebærer en individuell plikt til å være faglig oppdatert og kvalifisert til å utføre arbeidet. Samtidig har arbeidsgiver en sørge-for plikt, altså et ansvar for at den enkelte får nødvendig etterutdanning for å kunne oppfylle forsvarlighetskravet.

10.2 *Spesialistutdanningen av leger*

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-10 regulerer ansvaret for opplæring, etterutdanning og videreutdanning. Utdanning av helsepersonell, herunder legespesialister, er en av fire lovpålagte kjerneoppgaver for sykehusene. En viktig oppgave for legespesialister er dermed å utdanne nye spesialister, og det er de regionale helseforetakene som har ansvar for spesialistutdanning innen sin region, jfr. spesialisthelsetjenestelovens § 3-5 (51).

For å få en god spesialistutdanning er det viktig at lærerne, dvs. de ferdige spesialistene er faglig oppdaterte. Dette er det tatt hensyn til i flere av bestemmelsene som regulerer legenes spesialistutdanning hvor etterutdanning nevnes i forskjellige sammenhenger. Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger ble vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet 2. juli 2009 (53). Her går det frem at Legeforeningens 44 spesialitetskomiteer har som oppgave blant annet å:

"Overvåke virksomheten ved utdanningsinstitusjonene, herunder veiledningsordning, utdanningsvirksomhet og utdanningsprogram." I tillegg skal de (kursivert av red.):

"Vurdere tiltak for kvalitetssikring av videre- og etterutdanningen, herunder ferdighetskrav, obligatoriske kurs med prøver, spesialistprøver m.v., samt holdningsskapende sider ved utdanningen."

Det partssammensatte spesialitetsrådet, med medlemmer blant annet fra helsemyndighetene, har også en viktig funksjon i denne sammenhengen:

”Som rådgivende organ for Den norske legeforenings sentralstyre i spørsmål som gjelder legers videre- og *etterutdanning*, oppnevner sentralstyret spesialitetsrådet. (...) Spesialitetsrådet skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og *etterutdanning* av spesialister.”

I vurderingene av utdanningsinstitusjonene er etterutdanning et viktig punkt:

”§ 8. Godkjenning av utdanningsinstitusjoner.(...) Alle godkjente utdanningsinstitusjoner skal hvert år sende vedkommende spesialitetskomité rapport over avdelingens utdanningsvirksomhet relatert til spesialistreglene, (...) Avdelingen skal også rapportere om spesialistenes *etterutdanning*. (...) Det påhviler spesialitetskomiteene til enhver tid å overvåke forholdene ved de godkjente utdanningsinstitusjoner, eventuelt ved besøk på avdelingene, og eventuelt fremme forslag om endring i godkjenning av utdanningsinstitusjoner i den enkelte spesialitet. (...)”

Hver godkjent utdanningsavdeling skal ha et utdanningsutvalg hvor både over- og underordnede leger er representert (54). “Utdanningsutvalget skal på vegne av avdelingsledelsen utarbeide en utdanningsplan for avdelingen i henhold til spesialitetens målbeskrivelse. (...) Utdanningsutvalget skal også bidra til å stimulere til *etterutdanning* av legespesialister og koordinere avdelingens etterutdanningsvirksomhet.”

Utdanningsutvalgets oppgaver i forbindelse med etterutdanningen av legespesialistene ved en utdanningsinstitusjon er med i Legeforeningens dokument ”Utdanningsutvalgets oppgaver i videre- og etterutdanningen av leger” (54).

10.3 Andre styringsdokumenter

I tillegg til de fire helselovene er det andre dokumenter som gir føringer og oppdrag til helseforetakenes virksomhet. Regjeringens Nasjonal helse – og omsorgsplan 2011–2015 er det førende redskapet for politisk og faglig styring i perioden (55). Her understrekes betydningen av forskning og kunnskap, men etterutdanning er ikke spesifikt nevnt: ”Det framholdes at trygge og effektive tjenester forutsetter at forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap.”

De regionale helseforetakene får årlig prioriterte og konkretiserte bestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet. I disse oppdragsdokumentene er kompetanse og etterutdanning tatt med i noen sammenhenger.

Fra Oppdragsdokumentene for 2012 til Helse Vest RHF (56):

”Det regionale helseforetaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende blir gjennomført på en god måte, og at disse oppgåvene gir grunnlag for en god og forsvarleg pasientbehandling. Videre skal det regionale helseforetaket sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten.”

I kapittel 6.2 Kvalitetsforbedring Overordnede mål finner vi følgende utsagn:

”Tjenestene som tilbys er av god kvalitet, trygge og sikre.”

”Bedre behandlingsresultat, økt overlevelse og mindre variasjon mellom sykehus.”

”Tjenestene preges av god lærings- og forbedringskultur.”

”Ledelsen på alle nivå legger til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.”

”Ledelsen på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.”

”Nasjonale faglige retningslinjer er tatt i bruk.”

”Utdanning av helsepersonell Overordnede mål:

Riktig kompetanse, tilstrekkelig helsepersonell, god utvikling og utnyttelse av personellressursene.

Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støtter opp under samhandlingsreformen.

Nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. ”

I oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst til OUS (57) heter det: ”(...) nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene”. I følge Helse Sør - Øst skal den enkelte medarbeider ”ha mulighet til å utvikle sin kompetanse (kunnskaper, ferdigheter, holdninger, motivasjon og atferd) til beste for pasienten, Helse Sør-Øst og seg selv. ” ”Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor uansett hva som vedtas av gode mål, strategier og faglig omstilling.”

Under overskriften ”Kunnskapsutvikling og god praksis” heter det: ”God kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for god pasientbehandling av høy kvalitet God kunnskapshåndtering og god praksis er nødvendig for å gi gode og likeverdige helsetjenester, som er fremtidsrettede og kunnskapsbaserte, preget av åpenhet og involvering, respekt og forutsigbarhet. Og det må legges til rette for at foretakenes ansatte kan tuftes behandling og omsorg for pasientene på den beste kunnskapen, integrert med klinikernes og brukernes erfaringer og preferanser. Forskningsbasert kunnskap må kunne benyttes i alle deler av RHFets virksomhet der det er relevant og også formidles til pasientene som et grunnlag for reell medvirkning i utforming av eget behandlingsopplegg.”

Kort oppsummert er det altså slik at Oppdragsdokumentene understreker at ledelsen på alle nivåer skal sørge for at de ansatte til enhver tid har den nødvendige kompetansen og videreutvikler denne.

10.4 Avtaleverket

Etterutdanning er inkludert i Hovedavtalen under overskriften Kompetanseutvikling (7). Hovedavtalen er opptatt av kompetanse og peker på tre sentrale argumenter for aktiv etterutdanning. Det første som nevnes er at etterutdanning er viktig for institusjonenes konkurranseevne, deretter påpekes at det er nødvendig for implementering av ny kunnskap og til slutt nevnes hensynet til ”fremtiden”. Fagutvikling inngår antagelig i dette. Det konkluderes med at kostnadene til etterutdanning er arbeidsgivers ansvar. Hovedavtalens definisjon av etterutdanning avviker noe fra Legeforeningens, hvor videreutdanning betyr kvalifisering for nye oppgaver, mens etterutdanning i Hovedavtalen forstås som vedlikehold

av kompetanse nødvendig for arbeidsoppgavene. Det innebærer en mer statisk form for etterutdanning enn i Legeforeningens begrep. Videreutdanning er i Legeforeningens terminologi forbeholdt spesialistutdanningen.

Hovedavtalen § 44, kompetanseutvikling, lyder:

«Spekter og Akademikerne erkjenner den store betydning økt utdanning har for den enkelte, virksomhetens utvikling og samfunnet. Dette gjelder både allmennutdanning, videreutdanning, yrkesutdanning, voksenopplæring, etterutdanning og omskolering.

Partene vil derfor understreke det verdifulle i at arbeidstakerne stimuleres til å øke sine kunnskaper og styrke sin kompetanse, og at virksomheten legger stor vekt på planmessig opplæring av sine ansatte ved eksterne eller interne tilbud.

Etter- og videreutdanning er et særlig viktig virkemiddel i utviklingen av virksomhetens konkurranseevne. I alle ledd i verdikjeden er aktuell kompetanse en forutsetning for at virksomheten skal kunne ta imot og nyttiggjøre seg ny viten. Utviklingen av kompetanse gjennom etter- og videreutdanning må bygge på virksomhetens nåværende og fremtidige behov. Dette må ta utgangspunkt i målene til virksomheten.

Med etterutdanning menes vedlikehold av kompetanse som er nødvendig for de oppgaver arbeidstakeren har, mens videreutdanning omfatter kvalifisering for nye og mer kvalifiserte oppgaver i virksomheten.

Det er virksomhetens ansvar å kartlegge og analysere kompetansebehov med bakgrunn i virksomhetens forretningsidé, mål og strategi. Gjennomføringen av dette arbeidet bør skje i samarbeid mellom partene.

På bakgrunn av kartleggingen planlegges og gjennomføres det kompetansehevende tiltak.

Virksomheten og den enkelte har hver for seg og i fellesskap et ansvar for å ivareta kompetanseutviklingen.

Kostnadene til etter- og videreutdanning i samsvar med virksomhetens behov er arbeidsgivers ansvar.”

I A2 – delen av overenskomsten mellom Spekter og Legeforeningen (58) finner vi i § 4.1 følgende bestemmelse som berører etterutdanning:

”Partene er enige om at helseforetakene skal legge til rette for at den enkelte lege skal kunne gjennomføre en kontinuerlig kompetanseutvikling, bl.a. gjennom deltagelse i for eksempel fagutvikling, undervisning, veiledning, faglige møter og forskning. Den enkelte lege er forpliktet til å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse. (...)

Arbeidsgiver skal sørge for at det ved den enkelte avdeling utarbeides kompetanseplaner, jfr Hovedavtalens § 44.”

Høsten 2011 ble det avsagt en dom i Arbeidsretten (59) som gir en nærmere fortolkning av denne paragrafen, selv om dommen gjelder leger i spesialisering. Tvisten dreide seg om dekning av egenandelen på kr 500,- som utdanningsfond III har innført. Legeforeningen mente at helseforetakene forpliktet til å dekke utgiftene til obligatoriske kurs for leger i spesialisering i den utstrekning de ikke ble dekket på annen måte. I følge dommen er spesialistutdanningen “ikke et resultat av sykehusenes vurdering av eget behov for å etter- og videreutdanne egne medarbeidere. Selv om sykehusene åpenbart nyter godt av at legene i spesialisering fullfører kursene og dermed hever sin kompetanse, er det ikke av den grunn naturlig å karakterisere dette som «etter- og videreutdanning i samsvar med virksomhetens behov». Utdanning av leger i spesialisering kan således etter Arbeidsrettens syn ikke anses å være «etter- og videreutdanning i samsvar med virksomhetens behov»”.

Retten påpeker at dekning av kostnader ved deltakelse på nødvendige kurs for leger i spesialisering er tariffregulert, blant annet gjennom arbeidsgivers bidrag til utdanningsfond III etter overenskomstens A2-del. Konklusjonen er at i henhold til overenskomstens del A2 bidrar arbeidsgiver til utdanningsfond III og gir tjenestefri med lønn. Dette betyr at eventuelle rettigheter utover dette, må fremgå av den enkelte B-del.

Imidlertid er det meget varierende hvordan dette kommer til uttrykk i de enkelte foretak i de lokale avtalene (60, 61, 62). Når det gjelder konkurranseaspektet er det mindre enn halvparten av foretakene som direkte kobler kompetanse og individuelle lønnstillegg. En rekke foretak setter en grense for hvor mye etterutdanning den enkelte spesialist kan få, noen foretak gjør terskelen høyere ved at man må bytte vakt for å kunne delta på kurs og lignende. Under halvparten av de lokale avtalene har med at permisjon skal innvilges med lønn, de fleste andre har dette som en mulighet i form av en kan-bestemmelse. Som oftest er det avdelingens budsjett og hvor mye som eventuelt er øremerket legegruppen som gir begrensningen. Alle de lokale avtalene tar med at det skal tas hensyn til både den enkeltes og avdelingens behov. Kun noen få har med at det skal utarbeides planer eller mål for kompetanseutvikling, f.eks. i medarbeidersamtaler. Enkelte begrenser det til ”nødvendige” kurs, som åpner for muligheten for divergerende oppfatninger av hva som er nødvendige kurs, særlig der hvor faglige hensyn overstyrer av rene driftsmessige hensyn, og hvor kanskje faget ikke er tilstrekkelig representert i ledelsen.

Den ulike praksisen mellom helseforetakene medfører risiko for en skjevfordeling med hensyn til faglig oppdaterte legespesialister, i strid med rettferdighetsprinsippet i helsetjenesten.

Følgende grovopptelling viser de lokale avtalenes ulikheter når det gjelder permisjon til kursdeltagelse og andre etterutdanningsaktiviteter:

23 HF og 3 private:

- Ikke nevnt: 4
- Kan få perm med lønn: 11
- Skal få perm med lønn: 8
- Utgifter blir dekket inkludert kost: 7
- Utgifter dekkes: 4
- Utgifter kan dekkes: 3
- Angitt maks 10 d/2 uker: 9
- Over 10 dager går til fratrekk i utdanningsperm: 2
- Må bytte vakt: 4
- Avsatt beløp per årsverk: 2
- Kompetanseutviklingsplaner/-mål: 5
- Kobling kompetanse og individuelle lønnstillegg: 9

Overlegepermisjon

Legeforeningen inngikk i 1953 en avtale med daværende Kommunenes sentralforbund (KS) om normaltilsetningsvilkår for overleger med fast lønn og begrenset rett til privat praksis på sykehuset. Den gjaldt til å begynne med bare kirurger, indremedisinere og radiologer. Den inneholdt også bestemmelser om retten til en sammenhengende permisjon (med lønn) i fire måneder for videreutdanning og faglig ajourhold hvert femte år. Den moderne medisin var på det tidspunktet i sin begynnelse, og ervervelse av ny kompetanse fra det store utland var kritisk viktig. Formålet med permisjonen var derfor blant annet at overlegene skulle kunne hospitere ved annet sykehus i inn- eller utland og lære seg ny metodikk og teknikk.

Permisjonsordningen er nå godt etablert for alle overleger ved offentlige sykehus og sykehus med en driftsavtale. Foretakene setter av penger i sine budsjetter til dette formålet hvert år. Det skal foreligge en utdanningsplan for permisjonen. Innholdet i denne kan være besøk på andre sykehus/hospitering som nevnt over, men også mer forskningsrettede oppgaver, kvalitetsforbedringsprosjekter, faglig oppdatering m.m.

Den sentrale avtalen mellom Legeforeningen og Spekter er en minimumsavtale hvor overleger, dvs. legespesialister, har krav på utdanningspermisjon med lønn i minimum fire måneder per fem års periode. Sykehuset har dermed en plikt til å innvilge permisjon senest etter fire år og åtte måneder. Dette er også i samsvar med etablert praksis. Legen bør imidlertid fremsette ønske om permisjon i god tid slik at sykehuset kan få tak i vikar. Enkelte sykehus har også i tillegg til lønn en type reisestipend for bruk ved hospitering.

Et hovedformål med bestemmelsen er å vedlikeholde og videreutvikle spesialistkompetansen. Ansettelsestid som legespesialist/overlege ved annet helseforetak eller ved sykehus med driftsavtale med helseforetak teller med ved beregningen. Dette innebærer at ansettelsestid i et Virke-sykehus vil telle med, men at ansettelsestid i privat praksis som ikke er sykehus ikke teller med.

Flere sykehus har i dag en avtale om at overleger kan delta på relevante kurs/konferanser inntil to uker per år. Det er ikke vanlig å knytte det til overlegepermisjonen som i utgangspunktet skal være en sammenhengende permisjon hvert femte år, og rettet mot en langt større grad av faglig fordypning. Det skal gi anledning til å gjennomføre konkret faglig utvikling, forsknings- eller utviklingsprosjekter.

Også avtalespesialistene har en avtalefestet rett til overlegepermisjon. Denne retten blir imidlertid lite benyttet, fordi det er vanskelig å få vikar.

Resultater fra Legekårsundersøkelsen i 2008 (63) viser at overleger unnlater å ta ut utdanningspermisjonen på grunn av lojalitet til arbeidsplassen, det vil si at bemanningsproblemer gjør at utdanningspermisjonen ikke tas ut. Kvinnelige overleger rapporterer oftere enn mannlige overleger at det er vanskelig å rekruttere vikar, samt opplevd motstand fra ledelsen til å innvilge utdanningspermisjonen.

11. Avtalespesialistene

Spesialister i avtalehjemler utenfor sykehus arbeider enten alene eller i gruppepraksis med leger i andre spesialiteter eller med flere spesialister innen samme spesialitet. Det er også spesialister i arbeidsfellesskap med fastleger. De store faggruppene i avtalepraksis er psykiatri, øre-nese-hals, øye, gynekologi og indremedisin. Rundt de største byene er volumet av konsultasjoner større i avtalepraksis enn ved poliklinikkene. Antallet yrkesaktive avtalespesialister ligger stabilt rundt 1100.

Avtaleverket som avtalespesialistene forholder seg til er Rammeavtalen (64). Om opplæring, kunnskaps-, og kompetanseutvikling sier § 7 i avtalen: "Legen er ansvarlig for å overholde de krav til faglig oppdatering av egne og ansattes kunnskaper, som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10. RHF skal legge til rette for faglig utvikling og samspill og for at egne helseforetak opptrer inkluderende overfor legene". "Legen skal, på oppfordring fra lokalt HF, delta i faglig utvikling og samspill med det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet i den grad RHF finner det hensiktsmessig i forhold til spesialistpraksisen. Legen skal på forespørsel gis adgang til faglige bibliotek, samt mulighet til å delta i opplæringsvirksomhet så som kurs, seminarer og lignende.". "Partene skal samarbeide om å legge forholdene til rette for at legen kan drive opplæring og veiledning av helsepersonell i egen praksis." (...) "Partene skal arbeide for at spesialistutdanning skal kunne skje i avtalepraksis".

De regionale helseforetakene har til nå i liten grad etterspurt informasjon fra avtalespesialistene om hvilken faglig aktivitet man deltar i og hvor mye tid dette innebærer per år. Avtalespesialister har rett til fravær for faglig oppdatering, her menes utdanningspermisjon tilsvarende overlegepermisjon, etter § 9.5. Det er en forutsetning for å ta ut fravær i inntil seks måneder at man har vært i praksis i minst fem år og at man skaffer vikar. Å skaffe vikar viser seg å være vanskelig, og resultatet er at utdanningspermisjon ikke blir tatt ut. Det er i avtalepraksis ingen lønnskompensasjon knyttet til permisjon. Vikar må hentes fra kolleger i sykehusstillinger. Selv om en sykehusspesialist ønsker å vikariere for en avtalespesialist, viser det seg å være vanskelig å få fri fra avdelingen.

For avtalespesialistene er fravær til kurs gjennom året uproblematisk i forhold til avtalen, så lenge det foregår "behandlende virksomhet" i praksisen, etter "individuell driftsavtale", i minst 44 uker årlig. Det er ellers hensyn å ta i forhold til løpende forpliktelser og inntekts tap ved fravær.

Forskning i avtalepraksis innebærer ofte et samarbeid med universitet eller kolleger i et helseforetak og er faglig stimulerende. Praktiserende spesialisters landsforenings forskningsstipend ser ut til å øke motivasjonen til å forske i praksis.

Avtalespesialistene har tradisjonelt vært aktive innen de fagmedisinske foreningene. For mange er det faglige, løpende samarbeidet med sykehuskolleger, som man tidligere har arbeidet med, svært godt. Mange arbeider sammen om organisering av faglige kurs og holder foredrag. Det er et inntrykk at mange deltar jevnlig på internasjonale kongresser.

LEIF er blitt brukt av mange avtalespesialister for å planlegge, dokumentere og evaluere etterutdanningsaktiviteter. Det synes som om bruken av LEIF har avtatt de siste årene. Det finnes ikke tall for hvor stor andel av avtalespesialistene som ikke eller i liten grad deltar i faglige aktiviteter.

Noen utfordringer for avtalespesialistenes etterutdanning:

- Spesialister som sitter alene i praksis kan ha et særlig stort behov for etterutdanning. Er man alene kan det for enkelte være krevende at praksisen blir stående uten leger mens man er på kurs.
- Inntekts tap ved fravær fra praksis.
- Det er vanskelig å få vikar.
- Dersom en fremtidig obligatorisk etterutdanning i form og innhold blir tilpasset til behovet hos sykehusspesialister først og fremst, vil det kunne være problematisk for

- avtalespesialistene å finne egnede, tellende kurs.
- Skal man utdanne leger i spesialisering i avtalepraksis, slik det legges til rette for, må spesialisten være kvalifisert til oppgaven og utvikle denne kvalifikasjonen over tid.
- Driftsavtalen og næringsgrunnlaget er direkte knyttet til det å inneha spesialistgodkjenningen

Hva med spesialister som driver helt privat? En samlet oversikt over hvordan disse spesialistene i dag holder seg faglig oppdatert mangler. En orienterende ringerunde til kolleger ved flere private medisinske sentre og til to private sykehus bekrefter inntrykket av at disse kollegene stort sett er på kurs en til to uker per år. Betingelsene for fri til kurs varierer.

12. Legeforeningens utdanningsfond

12.1 Bakgrunn

På 1960- og -70-tallet ble Legeforeningens forskjellige fond etablert og fra 1974 finansiert ved at avsetninger til fondet ble en del av forhandlingene mellom Legeforeningen og staten om Normaltariffen, ved at fondene fikk midler i stedet for økning av takstene. Både fond II og III er beregnet på både leger i spesialisering (videreutdanning) og på ferdige spesialisters etterutdanning.

12.2 Utdanningsfond II

Utdanningsfond II ble etablert som et ledd i forhandlingene om overgang til driftstilskuddsordning høsten 1983 med en avsetning på 8 millioner kroner for 1984. Staten var innforstått med at dette svarte til 12 millioner kroner per år ettersom avtalen først trådte i kraft per 1.4. 1984. Fondet skulle støtte privatpraktiserende og kommunalt ansatte legers videre- og etterutdanning, først og fremst ved å jevne ut for reise- og oppholdsutgifter til godkjente kurs.

Etter flere år med underskudd er fondet i 2012 under kontroll, om enn med svakere ytelser enn før. I 2012 fikk fondet økt tilskuddet fra staten med 30 %. For 2012/2013 utgjør tilskuddet 33.8 millioner kroner. For spesialister (utenom spesialister i allmennmedisin) ble det pr 1.9.12 utbetalt i snitt 3398,- kroner per søknad for kurs i Norge, og 11 484,- kroner pr søknad for kurs utenlands.

For spesialister dekkes legitimerede utgifter til reise og overnatting for inntil fire kurs per år, hvorav ett kurs kan være et internasjonalt kurs. Overnattingssatsene er maks 950,- kroner per natt for innenlandske kurs, og inntil 1100,- kroner for kurs i utlandet. For internasjonale kurs er det en øvre grense for støtte på kroner 20 000 per år. På grunn av den negative økonomiske utviklingen for fondet ble det i desember 2011 innført egenandel på 500,- kroner og det blir ikke lenger utbetalt diettenger.

Kursavgifter dekkes ikke for spesialister.

12.3 Utdanningsfond III

Ved forhandlingene i 1987 foreslo Legeforeningen etablering av et Utdanningsfond III, som med samme funksjon som Utdanningsfond II hadde for leger utenfor sykehus, skulle yte tilskudd til reise og opphold for sykehuslegene under videre- og etterutdanningskurs. Staten gikk med på kravet året etter. Fondet ble skapt ved reduksjon av avsetningene til SOP.

I løpet av forhandlingene i 1993 kom partene til enighet om en netto reduksjon av refusjonsvolumet på 230 millioner kr, hvorav ca. 60 millioner kr ble belastet fondsavsetningene. I senere år har avsetningene til fondene igjen økt i takt med de forhandlede rammer for takstøkninger. Dessuten har Utdanningsfond III etter forhandlinger mellom Legeforeningen og NAVO fått tilført midler også fra sykehusene.

Spesialister kan få dekket legitimerede utgifter til reise og overnatting med inntil kroner 10 000 per år enten det er innenlandske kurs eller internasjonale kurs. Det er ingen begrensninger på antall kurs. Satsene er inntil 950,- kroner per natt for innenlandske kurs, og inntil 1100,- kroner for kurs i utlandet. Allerede i 2009 ble det innført en egenandel på 500,- kroner.

Kursavgifter dekkes ikke.

12.4 Statistikk

I 2003 brukte Legeforeningen i overkant av 100 millioner kr til utdanningsformål og 34 millioner kr til kvalitetssikringsformål.

På grunn av økte utgifter ble det innført en egenandel på 500 kr i 2009 for fond III, og en makssats på 10 000 kr for spesialistene. Fond III har ikke fått økt tilskuddet, som også i 2012/2013 er på 25 millioner kroner via Normaltariffen. Total inntekt i 2011 var på 46,7 millioner kroner. For spesialister var det pr 1.9.12 i snitt utbetalt kr 3601,- kroner pr søknad for kurs i Norge og 6505,- kroner for kurs i utlandet. Se vedlegg 4 for utfyllende statistikk.

(Vedlegg 4)

13. Kartlegging av tilbud og behov

13.1 Spørreundersøkelsen

I løpet av mars og april 2012 utarbeidet gruppen en web-basert spørreundersøkelse (Questback). Av praktiske grunner ble det besluttet å sende spørreundersøkelsen til alle spesialitetskomiteene og de fagmedisinske foreningene, som har god oversikt over eksisterende etterutdanningstilbud og som har en viktig rolle i etterutdanningsspørsmål. Hensikten var å kartlegge etterutdanningstilbudet, få en vurdering av behov, deltagelse, hindringer og kartlegge holdningene til obligatorisk etterutdanning, samt om det er ønskelig med utredning av en regodkjenningsordning.

Spørreundersøkelsen viste stort engasjement for disse spørsmålene. Svarene viser at de enkelte fag er aktive i å arrangere nasjonale og lokale kurs, møter og kongresser, slik at 85 % av de viktigste faste nasjonale etterutdanningstilbudene arrangeres av de fagmedisinske foreningene (f eks faste høstmøter og lignende). Dette er viktige kurs og faglige møter som i følge svarene alle spesialistene burde delta på. I gjennomsnitt varer disse kursene to til tre dager.

(Vedlegg 5)

13.2 Svarene i spørreundersøkelsen

Alle fagene oppgir at det eksisterer viktige faste internasjonale kurs og kongresser som alle spesialistene burde delta i.

På spørsmål om viktigheten av forskjellige aktuelle etterutdanningsaktiviteter for å sikre god kvalitet rangeres faglitteratur øverst, fulgt av internasjonale kongresser og deretter nasjonale kurs.

Mulighetene for deltagelse er varierende. Selv om muligheten for å delta på nasjonale kurs er størst, så angir hele 35 % at muligheten for å delta på nasjonale kurs er ”sånn passe”. Deltagelse på internasjonale kongresser kommer på sjette plass, og en fjerdedel angir at mulighetene er ”dårlige”.

De viktigste hindringene for deltagelse både på nasjonale og internasjonale kurs er finansieringen, deretter tid og så permisjonsmulighetene. (60 % angir økonomi, 45 % tid). Tid går igjen som en viktig faktor, og er hovedhindringen for lesing av faglitteratur og for de øvrige aktivitetene.

Det er entydig tilbakemelding på at det er fagmiljøene som skal ha ansvaret for etterutdanningsaktivitetene, men også universitetene oppgis som viktige. En del svarer helseforetakene – kanskje uttrykk for et ønske om å ansvarliggjøre arbeidsgiver?

På spørsmål om man ønsker en ordning med obligatorisk etterutdanning med regodkjenning svarer 68 % ja, og 78 % ønsker at Legeforeningen skal arbeide videre med å ta et initiativ til dette.

Sammenlignes svarene fra denne undersøkelsen med svarene fra LEIF-piloten i 2002 (20) er finansiering fortsatt et viktig hinder for etterutdanning, mens tid synes å være et voksende problem.

13.3 Argumentene for i spørreundersøkelsen

De viktigste argumentene for å innføre en obligatorisk ordning er i stikkords form som følger:

- Kvalitetssikring av spesialistene og faget, for å kunne gjøre jobben, vaktkompetanse
- Kvalitetskontroll og pasientsikkerhet
- Dokumentasjonskrav og dokumenterbarhet
- Pasientens/befolkningens tillit
- Sikre at alle oppdateres; de som aldri gjør det; solopraksis, mindre sykehus, små kommuner
- Harmonisere praksis ved forskjellige avdelinger
- Sikre faglig bredde
- Motvirke avvikende/”sære” fagmiljøer
- Øke faglig og kollegial kontakt, nasjonalt og internasjonalt
- Bevisstgjøre den raske faglige utviklingen
- Synliggjøre fagets høye kompetansekrav
- Fagets omdømme
- Rekrutterende
- Bedre utdanning av leger i spesialisering (LIS)
- Synliggjøre hvor mye tid som kreves for å holde seg oppdatert
- Sikre mulighetene: tid, permisjoner og økonomi
- Sikre at arbeidsgiver innser viktigheten av faglig oppdatering
- Sikre at arbeidsgiver prioriterer faglig oppdatering
- Økt forutsigbarhet – planlegging av drift
- Lønnsforhandlinger

13.4 Argumentene mot i spørreundersøkelsen

De viktigste argumentene *mot*:

- Tid (egen og arbeidsgivers)
- Småbarnsfamilier
- Økt arbeidsbelastning
- Kostnadene
- Eldre spesialisters motstand
- Tvangstrøye for ledende fagpersoner
- Mistillit
- Byråkratisering (innebærer stress, manglende/begrenset faglig innhold, banaliserende)
- Økt belastning for arbeidsgiver, for kollegaer, for pasientene
- Økt behov for permisjoner og stillinger
- Økte undervisningsbyrder for små fag (-miljøer)
- Alle driver med det allerede
- Unødvendig for små oversiktlige fag

14. Legekårsundersøkelsene

Legekårsundersøkelsen er en spørreundersøkelse som fra 1994 regelmessig har fulgt opp representative legekohorter for å kartlegge forhold som er viktig blant annet for legers rollefungering, jobbstress og psykisk helse (63). Resultatene viser at det ble brukt mindre tid på kurs og kongresser i 2004 sammenlignet med 1993 (65). Det kommer klart frem at det er sammenheng mellom faglig oppdatering og jobbtilfredshet (66). I 2008 svarte 21 % av overlegene at de ikke var faglig oppdaterte i sitt daglige virke. Samtidig brukte overlegene i gjennomsnitt mer enn tre timer ukentlig av fritiden til faglig oppdatering og kompetanseutvikling.

På spørsmålet ”Mener du at du klarer å tilegne deg den informasjonen som er nødvendig for å være faglig oppdatert i ditt daglige virke?” er det cirka en tredjedel av norske leger som svarer nei i disse undersøkelsene. Denne andelen synes å holde seg over tid. Hvorvidt dette skyldes strukturelle eller individuelle forhold gir ikke Legekårsundersøkelsen grunnlag for å vurdere.

Dersom bemanningssituasjonen hadde tillatt det, ville overlegene i større grad ha benyttet seg av overlegepermisjonene, er et gjennomgående svar.

I en artikkel fra 2007 om legers forhold til etterutdanning basert på funn fra Legekårsundersøkelsen, konkluderer forfatterne slik (65): ”The consistent findings of a correlation between reading and attending courses, subjective coping and job satisfaction gives good reasons for recommending a high level of CME-activities among doctors”.

15. Andre yrkesgrupper og profesjoner

Det er en rekke andre yrkesgrupper både innenfor og utenfor helsevesenet som er opptatt av etterutdanning. Noen har bransjestyrte krav, andre har lovpålagte krav. Vi tar her med eksempler som kan være med på å belyse legespesialisters situasjon.

15.1 Advokater

Alle aktive medlemmer i Advokatforeningen er pålagt å gjennomføre etterutdanning (67). Dette er en ordning foreningen selv har valgt å innføre som et offensivt tiltak for å sikre kvalitet i yrkesutøvelsen. Hovedvekten av etterutdanning skal legges på juridisk ajourføring og fordypning, samt emner knyttet til utøvelse av advokatvirksomhet.

Medlem med arbeidsgiveransvar har plikt til å påse at dets ansatte advokater og advokatfullmektiger som omfattes av ordningen, oppfyller kravet til etterutdanning. Kravet er 80 timer ila fem år. Deltagelse i faglig utredningsarbeid kan etter søknad til generalsekretæren godkjennes som etterutdanning. Kurstimene rapporteres inn til foreningen. Det medlem som ikke har oppfylt kravet til obligatorisk etterutdanning betaler en gradert avgift til Advokatforeningen fra kr 10 000 til kr 30 000 avhengig av hva som mangler, og eksklusjon dersom man ikke følger dette opp.

15.2 Revisorer og regnskapsførere

Revisorer som reviderer årsregnskap for revisjonspliktige foretak har lovpålagt plikt (68) til å gjennomføre etterutdanning i henhold til Revisorloven § 3-7 med følgende begrunnelse: "De store krav som stilles til revisors kompetanse, og dermed behovet for at revisor til enhver tid er faglig oppdatert". En revisor som ikke har vært oppdragsansvarlig de siste årene, må kunne dokumentere gjennomført etterutdanning fra det tidspunkt revisor påtar seg å revidere årsregnskap for revisjonspliktige. Kravet gjelder selv om revisor har hatt fravær fra yrket grunnet for eksempel permisjon. Kravet er 105 timer med nærmere definert innhold ila tre år. Det kreves at man til enhver tid kan dokumentere gjennomført etterutdanning. Eiendomsめglere er pålagt tilsvarende fra Finanstilsynet.

15.3 Yrkessjåfører

Yrkessjåførforskriften (69) ble innført i Norge i september 2008 og inneholder krav om 35 timers etterutdanning for alle yrkessjåfører hvert femte år.

Når det gjelder helsepersonell er det økende oppmerksomhet omkring eventuell obligatorisk etterutdanning:

15.4 Jordmødre

Faglig etisk Utvalg i Jordmorforeningen la i 2010 frem et forslag om obligatorisk og systematisk etterutdanning av jordmødre (70); de ønsker å være i forkant av et eventuelt krav om etterutdanning. I 2011 ble det vedtatt at foreningen skal arbeide for innføring av en plan for obligatorisk etterutdanning. Planen innebærer at hver enkelt praktiserende jordmor må gjennomføre et obligatorisk opplæringsprogram av en ukes varighet hvert femte år. I tillegg skal det årlig gjennomføres minimum to dager med opplæring knyttet til akutte situasjoner og selvvalgt kompetanseheving knyttet til den stilling den enkelte har.

Intensjonen med en slik obligatorisk etterutdanningsplan er a den skal gjelde både for den enkelte jordmor, og for arbeidsgiver med hensyn til tilrettelegging og finansiering.

Et av tiltakene foreningen vil jobbe for er at kravet til etterutdanning for jordmødre blir lov- eller forskriftsfestet. Utgiftene til obligatorisk etterutdanning skal ikke måtte dekkes av den enkelte jordmor.

15.5 Tannleger

Obligatorisk etterutdanning har vært diskutert av tannlegene i en årrekke (71). Alt i 1986 viste en spørreundersøkelse at nesten halvparten av tannlegene var positive til obligatorisk etterutdanning. Den gang ble det konkludert med at det ikke var aktuelt å gå inn for obligatorisk etterutdanning. I stedet ble det påbegynt et arbeid med å systematisere etterutdanningstilbudet. Dette resulterte i etableringen av Tannlegeforeningens Systematiske Etterutdanning (TSE) fra 2000, og etter hvert egne retningslinjer for tannlegers etterutdanning. Norsk tannlegeforening (NTF) anbefaler at aktive medlemmer gjennomfører 150 timer etterutdanning i løpet av fem år. NTF har tilrettelagt et registreringssystem på foreningens nettsted. I 2011 vedtok NTF prinsippet om obligatorisk etterutdanning for medlemmene. Foreløpig er det ingen krav til klinisk virksomhet da en del av kursene er såkalte "arbeidskurs" som innebærer kliniske aktiviteter.

Sanksjonsmulighet er å ta tannlegen ut av registeret over tannleger som har oppfylt kravene. Dette register er ment å kunne brukes som informasjon for pasientene.

Foreningen anfører tre viktige argumenter for denne ordningen: behov for å sikre at alle tannleger oppdaterer seg, som gjør at man står sterkere ved klagesaker når tannlegen kan vise til gjennomført etterutdanning, og for å komme myndighetene i forkjøpet med hensyn til krav om obligatorisk etterutdanning. Helsetilsynet har signalisert at det vil være aktuelt å sjekke etterutdanningsstatusen til tannlegen ved klagesaker.

Etterutdanningen finansieres i hovedsak av pasientene i det de økte utgiftene vil budsjetteres inn i tariffberegningene.

15.6 Psykologer

Godkjenning som psykologspesialist gis av Norsk Psykologforening, og bare for fem år av gangen. Å bli psykologspesialist er ikke en offentlig godkjent status. Dette er derfor et eksempel på bransjegodkjent spesialisttittel. Det er to spesialiteter: klinisk psykologi og i organisasjonspsykologi.

Psykologforeningen stiller krav om 96 timer etterutdanning, vedlikeholdsaktiviteter, hvert femte år for spesialistene (72). Dersom en spesialist ikke gjennomfører nødvendige vedlikeholdskurs, vil godkjenning som spesialist bortfalle. Følgende aktiviteter kan falle inn under begrepet vedlikeholdsaktiviteter:

- kongresser, konferanser, workshops, faglige seminarer, kurs
- kollegabaserte studiesirkler og veiledningsgrupper
- veiledning
- egne kurs og egen forelesningsvirksomhet
- hospitering og utveksling
- publikasjoner
- samarbeid med høyt kvalifiserte fagmiljøer og kompetansesentra
- utveksling av behandlingsmodeller
- arbeid med terapiforskning og effektstudier

Den enkelte spesialist sender søknad om fornying direkte til Psykologforeningens sekretariat.

For tiden vurderer helsemyndighetene om utdanningen av psykologspesialister skal bli offentlig godkjent, og Helsedirektoratet har foreløpig anbefalt offentlig godkjenning av to spesialiteter, "klinisk voksen" og "klinisk barn og unge".

Psykologforeningen vil antagelig fremme et forslag om en ny spesialiststruktur med fire eller seks spesialiteter i klinisk psykologi, og fortsatt krav om vedlikehold. Dersom spesialitetene

blir offentlige og myndighetsgodkjente, vil Psykologforeningen anbefale at vedlikeholdskravet blir opprettholdt.

15.7 Veterinærer

Veterinærene har åtte spesialiteter, og spesialistbetegnelsen er en beskyttet tittel. Spesialistgodkjenningen meddeles av Mattilsynet for fem år, og man må søke om fornying (73). Kravet er minimum 15 dager såkalt kvalifiserende kurs, at man har arbeidet klinisk og publisering av fagartikkel eller informasjonsmateriell.

I tillegg har Veterinærforeningen utarbeidet anbefalinger for sine medlemmer om minimumsnivå for årlig etterutdanning uavhengig av spesialiststatus.

16. Legers etterutdanning: Åtte aktører – åtte hensyn

Pasientene er selvsagt den viktigste aktøren. Hensikten med etterutdanning for spesialister er økt pasientsikkerhet og økt kvalitet på den medisinske utredning og behandling.

I tillegg til pasientene er det minst åtte ulike aktører som har en viktig rolle når det gjelder legespesialistenes etterutdanning. De forskjellige aktørene har forskjellige interesser og motiver i denne sammenhengen, som dels kan være motsetningsfylte.

Arbeidsgiver ønsker kompetente og effektive leger med høy ”produksjon”, samtidig som det er viktig å ha kontroll over utgifter. Tilsynsmyndighetene vil ha god helsetjeneste for befolkningen, og etterspør rapporter og dokumentasjon som kan tallfeste og kvantifisere tjenestene. Departementet, som eier av helsevesenet, vil ikke bevilge mer penger enn høyst nødvendig og krever stram budsjettstyring. Samtidig ønsker helsemyndighetene større kontroll over og innsikt i legenes spesialistutdanning og kompetanse, jfr utredningen som pågår i Helsedirektoratet om spesialitetsstrukturen som et uttrykk for dette. Legeforeningens rolle er å fremme legenes sak, samtidig legger foreningen vekt på å ivareta samfunnsansvaret og å opptre som en troverdig og ansvarlig aktør i helsepolitikken. Legene ønsker høyest mulig faglig kvalitet og faglig utvikling, og mener det i første rekke er et offentlig ansvar å legge forholdene til rette for det. Universitetene ønsker en større plass i spesialistutdanningen. Dette fremkommer i rapporten ”De medisinske fakultetenes innspill til fremtidens spesialistutdanning av leger” fra april 2012 (74). Der går det frem at dekanene for de fire universitetene går inn for en regodkjenning av spesialister hvert femte år, basert på dokumentert oppdatering av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse samt et minimumskrav til klinisk praksis. Noen nærmere begrunnelse for dette standpunktet fremlegges ikke.

Internasjonalt ser vi at også kommersielle interesser vil ha innpass. Dette gjelder både den farmasøytiske industri og den ekspansive utdanningsindustrien, som er aktive tilbydere av CME-kurs i en rekke land (75).

Det vi kan fristes til å kalle den niende aktør – pasientene – forsvinner lett i dette sammensatte bildet.

17. Obligatorisk etterutdanning – argumenter for og mot

Obligatorisk etterutdanning innebærer at det kreves av en legespesialist at vedkommende skal holde seg faglig oppdatert på den medisinske utviklingen samt videreutvikle spesialist-

kompetansen, vanligvis ved at det er krav om et visst antall utdanningsaktiviteter som skal gjennomføres i en nærmere definert tidsramme. Både i litteratur om temaet, i uttalelser fra andre lands legeforeninger og fra Quest-undersøkelsen anføres en rekke argumenter for og så vel som mot etablering av en obligatorisk ordning for etterutdanning. De viktigste argumentene er samlet i det følgende.

17.1 Argumenter for

Blant hovedargumentene for obligatorisk etterutdanning er at det sikrer at alle legespesialister fortløpende etterutdanner seg, inkludert legespesialister som av forskjellige årsaker ikke gjør dette. En ordning med obligatorisk etterutdanning vil styrke legespesialistenes rettigheter til etterutdanning.

Både fra myndigheter, offentligheten og fra pasienter er det økende krav og forventninger til dokumenterbarhet av legers faglige kvalifikasjoner og kompetanse. Disse kravene vil oppfylles av en ordning med obligatorisk etterutdanning.

Et annet sentralt argument er at en ordning med obligatorisk etterutdanning vil bidra til mer effektiv og optimal behandling av pasienter ved at det blant annet blir lettere å implementere felles faglige retningslinjer og prosedyrer. Planleggingen av legers obligatoriske etterutdanning vil gi økt forutsigbarhet i driften av avdelingene, forenkle budsjetteringen og samlet sett legge til rette for mer effektiv sykehusdrift. Videre vil systematisk etterutdanning kunne forsterke den enkelte leges faglige motivasjon og derigjennom bidra til å motvirke utbrenthet (66), samt bidra til faglig utvikling og stimulere rekruttering til aktuelle fagområder. Obligatorisk etterutdanning av alle overlegene ved en utdanningsavdeling vil være med på å sikre økt kvalitet på spesialistutdanningen.

Som tidligere beskrevet har andre sammenlignbare profesjoner innført obligatorisk etterutdanning, motivert av lignende årsaker.

Likhets- og rettferdighetsprinsippet er også viktig. Det vil si at uansett hvor i Norge man arbeider, så har man den samme plikten og retten til etterutdanning. For pasientene betyr det at uansett hvor man bor, vil man ha samme tilgang til dokumentert faglig oppdaterte spesialister. Distriktshensyn hører også med her, fordi obligatorisk etterutdanning vil komme små sykehus til gode ved at også deres spesialister oppnår like god etterutdanning som overlegene ved større sykehus.

Den økende migrasjonen av leger frembringer også et argument til støtte for en obligatorisk ordning, ikke minst siden migrasjonen gir variasjoner i spesialistenes kompetanser. Dette aktualiserer behovet for nasjonal harmonisering ved hjelp av obligatorisk etterutdanning. Allmennmedisin har god erfaring med at internasjonale spesialistløp som er kortere enn i Norge, oppnår samme standard og får et faglig innhold svarende til norske behov i løpet av en fem års periode med norske krav til fornyelse av spesialiteten.

17.2 Argumenter mot

De fremste innvendingene i det medisinske fagmiljøet mot en obligatorisk ordning er risikoen for at alt ansvar, både praktisk og finansielt, belastes den enkelte lege. I tillegg til dette er det bekymringer om hvorvidt ordningen vil lede til økt byråkratisering, med ytterligere rapportering og kontroll samt tap av faglig autonomi som resultat. Vi kan dessuten registrere betenkeligheter knyttet til telling av utdanningspoeng og -aktiviteter (CME-poeng), og om dette kan føre til et uheldig og ensidig fokus på å oppfylle poengkravene på bekostning av

innholdet. En slik byråkratisk øvelse vil ikke føre til det ønskede kvalitetsmessige løftet for etterutdanningen.

Et mye brukt argument mot etablering av en obligatorisk ordning er hvordan en slik ordning skal finansieres.

Videre er det uavklart hva konsekvensene blir hvis en lege ikke oppfyller kravene.

17.3 Eksempel på en modell for kravene i obligatorisk etterutdanning

De land og yrker som har innført en eller annen form for obligatoriske krav har valgt en modell med en fem års syklus. Dette virker fornuftig med dagens rivende kunnskapsutvikling som gjør at mange hevder med en spissformulering, at dagens medisinske kunnskap har fem års holdbarhet (2).

Basert på eksempler hentet fra andre land kan en mal for innholdet i en obligatorisk ordning inneholde at spesialisten i løpet av fem år skal oppfylle følgende krav:

- Minstekrav til klinisk tjeneste (f. eks. klinisk aktivitet tilsvarende ett år i full klinisk aktivitet eller 20 % gjennom alle fem årene).
- I løpet av disse fem årene deltagelse i nasjonale og internasjonale akkrediterte kurs. Den enkelte spesialitet ved de fagmedisinske foreningene og spesialitetskomiteene definerer nærmere hvilke som er aktuelle.
- Valgfrie aktiviteter som per definisjon skal bestå av strukturert opplæring utenfor/utenom den daglige drift og være relevant for faget. Eksempler på slike valgfrie aktiviteter kan være: forskning, kvalitetsarbeid, kollegagrupper, hospitering, simulatortrening.

Litteraturlesing er en passiv form for læring og bør ikke omfattes av dette.

Totalt 300 poeng (1poeng tilsvarer en undervisningstime, dvs. 10 d/år).

For å unngå at poengtelling blir viktigere enn innholdet og læringsutbyttet, er det særlig nødvendig å vektlegge det faglige og pedagogiske innholdet i den obligatoriske etterutdanningen. Det må være fagmiljøene som definerer kravene og innholdet slik at det holder et høyt faglig nivå. De enkelte aktivitetene spesifiseres og vektas av den enkelte fagmedisinske forening og spesialitetskomité. Disse har en oversikt over de mest aktuelle etterutdanningsaktiviteter for sin spesialitet, og kan gi anbefalinger om hvilke kongresser, kurs, simulatortrening, hospitering etc. som spesialistene bør gjennomføre. For eksempel mangler enkelte mindre fag et tilstrekkelig stort nasjonalt fagmiljø. Dette må gjenspeiles i de spesifikke kravene for disse spesialitetenes etterutdanning.

Modellen over representerer ikke et ønske om detaljstyring av den enkelte leges etterutdanning, men at fagmiljøene fastsetter noen overordnede krav. De øvrige komponentene tilpasses individuelt og styres av spesialisten, innenfor fagets definerte rammer og i samarbeid med arbeidsgiver. Behovene for faglig oppdatering og utvikling må defineres av den enkelte lege i samarbeid med arbeidsstedets faglige profil og mål. Innholdet i den enkelte specialists etterutdanning må være tilpasset specialistens og avdelingens behov.

Det kan diskuteres om krav til klinisk virksomhet hører med i en slik modell, eller om dette kun er aktuelt dersom en tidsbegrenset spesialistgodkjenning innføres. Fravær fra klinisk arbeid under svangerskap, langvarig sykdom, forskning, administrative stillinger eller av

andre grunner krever rimelige overgangsordninger, dvs. en forlengelse av femårs - perioden, alternativt at man begynner på en ny periode straks man er i tilbake i klinisk aktivitet. Alternativene vil avhenge av hvilke konsekvenser som utløses dersom kravene ikke oppfylles.

18. Organisering og alternativer

18.1 Forankring

Internasjonalt eksisterer det forskjellige måter å organisere og forankre obligatorisk etterutdanning med eller uten regodkjenning. I prinsippet er det tre kategorier:

1. Myndighetskrav.
2. Profesjonskrav, dvs. fra yrkesorganisasjonene.
3. Arbeidsgiverkrav.

Den obligatoriske ordningen i Norge for spesialister i allmennmedisin er et eksempel på myndighetskrav. Ordningen som psykologene har, er et eksempel på profesjonskrav. Det er profesjonsforeningen Norsk psykologforening som definerer kravene til en psykologspesialist, og som krever obligatorisk etterutdanning for at en psykologspesialist til enhver tid skal kunne kalle seg spesialist. Vektlegging av sentrale, lokale og individuelle arbeidsavtaler, kommer inn under den tredje kategorien med arbeidsgiverkrav.

Dersom konsekvens av - og virkemiddel for - obligatorisk etterutdanning er en tidsavgrenset spesialistgodkjenning som må fornyes med regelmessige mellomrom, altså en regodkjenning, har vi den første kategorien hvor det er myndighetene som stiller krav og fattet vedtak. Det er valg av virkemidler og konsekvenser som vil avgjøre hvilken kategori og hvilket alternativ som er mest formålstjenlig.

En ordning med kun profesjonsbaserte krav er i denne sammenheng ikke aktuell fordi en slik ordning ikke vil styrke rettighetene til etterutdanning, og heller ikke bidra til å ansvarliggjøre helseforetakene.

18.2 Tre alternativer

Tar vi som utgangspunkt at det er behov for en ordning med obligatorisk etterutdanning, finnes det hovedsakelig tre hovedalternativer.

I) Obligatorisk etterutdanning *uten* regodkjenning, formulert som gjensidig forpliktelse mellom arbeidsgiver og lege i henhold til arbeidsavtaler.

II) Obligatorisk etterutdanning *uten* regodkjenning, som en gjensidig avtalebasert forpliktelse mellom arbeidsgiver og den enkelte lege, kombinert med myndighetskrav i form av krav til utdanningsinstitusjonene om at spesialistene til enhver tid dokumenterer sin kontinuerlige etterutdanning.

III) Obligatorisk etterutdanning *med* regodkjenning hjemlet i forskrifter, slik at det blir et myndighetskrav.

Det første alternativet kommer inn under kategorien arbeidsgiverkrav når det gjelder forankring, jfr. kapittel 18.1. Alternativ III tilhører kategorien myndighetskrav som beskrevet i kapittel 18.1. Alternativ II er en hybrid med hovedvekt på arbeidsgiverkrav, men med et element av myndighetskrav.

19. Økonomi og finansiering

Det er vanskelig å beregne de økonomiske konsekvensene av en obligatorisk ordning. Etter at støtten fra den farmasøytiske industri til deltagelse på internasjonale kongresser forsvant i 2011, er det blitt antydnet at denne støtten dreide seg om et samlet beløp på mellom 50 og 100 millioner kroner i året, men det har ikke vært mulig å innhente konkrete tall fra industrien.

De færreste avdelinger og foretak øremerker midler til kompetansebygging, og det vanligste er at det ikke er avsatt egne budsjettmidler til legers videre- og etterutdanning.

Det er tre lokale avtaler som spesifikt tallfester midler avsatt til spesialistenes etterutdanning. Oslo universitetssykehus setter av kroner 12 000 per årsverk, Helse Fonna inntil 20 000 kroner per år til spesialisten, mens Sykehuset Innlandet har en spesialordning hvor den enkelte overleges UTA erstattes av muligheten for å få dekket inntil 60 000 kroner i dokumenterte utgifter.

Til sammenligning dekker Legeforeningens utdanningsfond III inntil kroner 10 000 for reise og overnatting for sykehusspesialistene.

Det er utenfor arbeidsgruppens mandat og ressurser å sette opp økonomiske modeller for beregning av kostnadene knyttet til denne rapportens tema.

En helt vesentlig forutsetning for å innføre obligatorisk etterutdanning med eller uten regodkjenning er at finansiering er på plass og fungerer slik at dette ikke forårsaker økte kostnader for den enkelte lege.

20. Drøfting

20.1 Bakgrunn

Etterutdanning kan ikke lenger sies å være en ”kjensgjerning”, som daværende president i Legeforeningen Dagfinn Gjedde-Dahl hevdet i 1977 under en debatt om obligatorisk etterutdanning (8).

Undersøkelser både i Norge og internasjonalt viser at deltagelse i etterutdanning faktisk synker (41, 43, 63, 65). Hovedårsaken er strukturelt betingede reduserte muligheter for å delta i etterutdanningsaktiviteter. Et sentralt spørsmål er hvordan vi kan sørge for at alle leger garanteres mulighet til kontinuerlig etterutdanning, og sikre at alle leger faktisk driver med etterutdanning.

Få betviler nødvendigheten av at praktiserende legespesialister er faglig oppdaterte, med den betydning det har for å kunne gi faglig forsvarlig, sikker, god og effektiv pasientbehandling. Det er også nødvendig for å kunne utdanne og lære opp legestudenter og leger i spesialisering, samt annet helsepersonell. Faglig oppdaterte spesialister er en forutsetning for å kunne veilede andre, og ikke minst for å kunne utvikle faget videre.

Obligatorisk etterutdanning, *med* eller *uten* regodkjenning, er et middel for å sikre best mulig kvalitet på helsetjenestene og økt pasientsikkerhet gjennom faglig oppdaterte spesialister.

20.2 Argumentene

I debatten utkrystalliserer det seg tre prinsipielle argumenter for å gjøre etterutdanning obligatorisk og innføre regodkjenning.

- 1) Kontroll- og pliktaspektet ved å sikre at alle leger etterutdanner seg fortløpende og regelmessig.
- 2) Tilretteleggingsaspektet som sikrer at alle leger gis reelle muligheter og faktiske rettigheter til etterutdanning.
- 3) Dagens raske medisinske utvikling som tilsier at det ikke lenger er hensiktsmessig å tildele livslange spesialistgodkjenninger.

Som tidligere beskrevet er mulighetene for kontinuerlig etterutdanning under tiltakende press, og rettigheter og plikter er ulikt fordelt.

Dersom rammebetingelsene med konkrete avtalefestede rettigheter og reelle muligheter hadde vært på plass, og etterutdanning hadde vært en ledelsesforankret del av virksomheten, ville argument nummer to om å sikre alle legespesialistenes rettigheter og muligheter til etterutdanning falle bort. Mest sannsynlig ville andelen leger som ikke driver aktiv etterutdanning dermed synke, jfr undersøkelsene som viser at nettopp tid (og etter hvert også finansiering) er viktigste hindring. Slik svekkes det første argumentet om å sikre at alle legespesialister er faglig oppdaterte.

I så fall gjenstår det tredje argumentet, og dermed spørsmålet om regodkjenning, det vil si tidsbegrenset spesialistgodkjenning som krever regelmessig fornyelse.

På bakgrunn av det ovenstående er det i realiteten to hovedalternativer som diskuteres, obligatorisk etterutdanning *uten* regodkjenning og obligatorisk etterutdanning *med* regodkjenning. Obligatorisk etterutdanning uten regodkjenning kan deles opp i to varianter, en som er utelukkende avtalebasert og en som også har et element med myndighetsbasert krav. Begge hovedalternativene har fellestrekk, men også noen vesentlige ulikheter når det gjelder praktiske og juridiske konsekvenser. For oversiktens skyld omtales alle tre alternativer.

20.3 *Alternativ I Obligatorisk etterutdanning uten regodkjenning - avtalefestet*

I dette alternativet forpliktes både den enkelte lege og arbeidsgiver. Legespesialisten forpliktes til å planlegge, gjennomføre og dokumentere etterutdanning i henhold til nærmere definerte krav. Samtidig forpliktes arbeidsgiver til å legge til rette og sørge for at dette kan gjennomføres uten hindring, både praktisk og økonomisk. Denne gjensidige forpliktelsen må være avtalemessig forankret og tydelig fremkomme i avtaleverket, både i de sentrale og lokale avtaler, samt i individuelle arbeidsavtaler.

Tilsvarende gjensidige forpliktelser må også inngå i avtalene mellom RHF og avtalespesialist. På denne måten sikres at etterutdanning blir både et individansvar og et systemansvar.

Nedenfor følger de viktigste elementene i en slik avtalebasert modell:

Endret/supplert avtaleverk

Spesialistene må gis sterkere rettigheter til etterutdanningsaktiviteter. I tariffavtalene for sykehuslegene og i rammeavtalene for avtalespesialistene må det være en klart definert rettighet til permisjon med lønn og dekning av utgifter til etterutdanning.

Arbeidsavtaler

Det må innarbeides formuleringer i de individuelle arbeidsavtaler mellom lege og arbeidsgiver, og i avtale mellom avtalespesialist og RHF (som er ansvarlig for avtalepraksis),

som innebærer både en rett til og et krav om etterutdanning. Dette må innebære dokumentasjonsplikt for gjennomført etterutdanning overfor arbeidsgiver/ RHF. Dersom legen oppfyller sin forpliktelse vil det kunne være meritterende. For avtalespesialister som dokumenterer etterutdanning i henhold til kravene i vedkommende spesialitet kan det forhandles om innføring av en tilleggstakst, etter samme modell som for allmennlegene. Manglende etterutdanning kan få konsekvenser for avtalespesialistens driftsavtale med det regionale helseforetaket.

Registreringssystem

Et registreringssystem må utvikles slik at spesialistene fortløpende kan registrere sine etterutdanningsaktiviteter. Dagens LEIF-system kan videreutvikles til å være et brukervennlig rapporteringssystem hvor aktivitetene lett registreres og hvor rapporter automatisk lages til bruk i f.eks. den årlige rapportering for godkjente utdanningsinstitusjoner (SERUS – rapporteringen). Både arbeidsgiver og spesialisten må til enhver tid kunne ha oversikt over gjennomført etterutdanning og status, og det må kunne fremskaffes aggregerte oversikter over spesialistenes etterutdanning som dokumentasjon overfor samfunnet.

Faglig baserte anbefalinger til innhold

De medisinske fagmiljøene må definere normer for årlig etterutdanningsaktivitet i volum og innhold (dvs. kurs, kongresser osv.), jfr. beskrivelsen av kravene i kapittel 17.4. Den enkelte fagmedisinske forening bør i samarbeid med spesialitetskomiteen utarbeide en oversikt over de mest aktuelle etterutdanningsaktiviteter for respektive spesialiteter, evt. gi anbefalinger om hvilke kongresser, kurs, simulering, hospitering etc. som vil være relevante for spesialistene å gjennomføre.

EU

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet er i følge Legeforeningens jurister sannsynligvis ikke til hinder for at det i Norge kan stilles krav om å følge et obligatorisk etterutdanningsopplegg for spesialister.

Konsekvenser

Arbeidsgiver må ta opp i medarbeidersamtaler dersom rapportert etterutdanning er mangelfull og legge forholdene til rette slik at etterutdanningen gjennomføres. Tilsvarende må gjelde for avtalespesialistene og RHF.

20.4 *Alternativ II Obligatorisk etterutdanning uten regodkjenning – avtalefestet og kombinert med krav til utdanningsinstitusjonene*

Dette alternativet svarer til alternativ I, det vil si en gjensidig avtalebasert forpliktelse mellom arbeidsgiver og den enkelte lege. I tillegg kommer et myndighetskrav som indirekte dreier seg om spesialistenes etterutdanning. Kravet retter seg ikke direkte mot spesialistene, men mot de foretak/klinikker/avdelinger m.m., som er godkjent for utdanning av nye spesialister. For å opprettholde godkjenningen som utdanningsinstitusjon må avdelingene dokumentere at spesialistene oppfyller kravene i den obligatoriske etterutdanningen. Dette kravet nedfelles i forskriftsbaserte retningslinjer for godkjennelse av utdanningsinstitusjonene.

Rapporteringen av spesialistenes etterutdanning på sykehusavdelinger må derfor være en del av den årlige rapportering for godkjente utdanningsinstitusjoner (SERUS-rapporteringen). Spesialitetskomiteene vurderer om avdelingenes utdanningsplan og utdanningsstatus for spesialistene er tilfredsstillende, basert på rapporteringen og på komiteenes institusjonsbesøk. Vurderingen konkluderer med en anbefaling, som oversendes Helsedirektoratet dersom konklusjonen er endring eller tap av godkjenningen som utdanningsinstitusjon. Mangelfull

etterutdanning for spesialistene på avdelingen vil derfor kunne få konsekvenser for avdelingenes status som utdanningsinstitusjon.

Avdelinger som ikke har leger i spesialisering, og derved ikke rapporterer som godkjent utdanningsinstitusjon, kan rapportere direkte til helseforetaket om spesialistenes etterutdanningsaktivitet som ledd i foretakets kvalitetssikring av spesialistenes kompetanse.

Det samme vil gjelde for avtalespesialistene. Dersom avtalespesialistene får en rolle i spesialistutdanningen vil det samme kravet for å bli godkjent for å ha LIS i tellende tjeneste gjelde for dem.

I tillegg til de ovenstående elementer vil alternativ II inneholde de samme elementer som beskrevet for alternativ I; endret/supplert avtaleverk, arbeidsavtaler, registreringssystem og faglig baserte beskrivelser av kravene til det obligatoriske innholdet i etterutdanningen.

20.5 *Alternativ III Obligatorisk etterutdanning med regodkjenning.*

En regodkjenningsordning innebærer at legespesialisten har en tidsbegrenset spesialistgodkjenning. Legespesialisten må derfor søke om fornyelse av spesialistgodkjenningen, f.eks. hvert femte år - slik som for allmennmedisin. Oppfylles ikke visse krav til obligatorisk etterutdanning og relevant faglig aktivitet i denne perioden, er man ikke lenger spesialist.

Dette alternativet innehar de samme komponentene som alternativ II (gjensidige forpliktelser i avtaleverket, individuelle arbeidsavtaler, godkjenning av utdanningsinstitusjonene, registreringssystem og faglig baserte beskrivelser av kravene til det obligatoriske innholdet i etterutdanningen).

Hovedbegrunnelsen for å gjøre etterutdanning obligatorisk *med* regodkjenning er å sikre faglig standard over tid ved at fagets utvikling nedfelles i den enkelte spesialists medisinske praksis. Det er medisinenes stadig akselererende utvikling som fremtvinger et fastere krav om etterutdanning for legene, og som gjør at spesialistbegrepets innhold bør endres til å være tidsbegrenset.

Det er også et argument at dersom et obligatorisk krav ikke etterfølges av kontroll vil det mangle legitimitet. Dette betyr at obligatorisk etterutdanning må knyttes til kontroll av at etterutdanningen faktisk skjer. Hvis man aksepterer at en slik kontroll finner sted, må man også vurdere følgene av ikke å oppfylle kravene. Hvis etterutdanning gjøres obligatorisk for legespesialister, er det samtidig rasjonelt å godkjenne prinsippet om tidsbegrenset spesialistgodkjenning med adgang til fornyelse av spesialiteten ved oppfylte krav til etterutdanning.

Dette alternativet inneholder altså de samme elementene som alternativ II, men regodkjenningen medfører flere spesifikke praktiske og juridiske konsekvenser, som for eksempel:

Jus

Spesialitetsbestemmelsene må endres. I spesialistreglene for den enkelte spesialitet må det fremkomme en beskrivelse av kravene, det vil si innholdet i de obligatoriske etterutdanningsaktivitetene, som må oppfylles for å få fornyet spesialistgodkjenningen i den aktuelle spesialitet.

Arbeidsforhold

De juridiske implikasjonene for arbeidsforhold og – ansettelse vil være av en annen art enn det som gjelder for allmennmedisin. Særlig utfordrende vil det være for avtalespesialistene som har sine drifts- og arbeidsavtaler knyttet direkte opp til sin spesialiststatus. Skulle en avtalespesialist ikke få fornyet spesialiteten sin faller hele grunnlaget for virksomheten bort, med direkte konsekvens for næringsgrunnlaget.

Det er juridisk vanskeligere å se for seg en slik drastisk konsekvens for sykehusspesialister, som har et annet stillingsvern. For en sykehusspesialist vil manglende fornyelse av spesialistgodkjenningen kunne innebære at vedkommende ikke lenger vil kunne utføre en rekke oppgaver, f.eks. bakvakter, veiledning og opplæring av LIS m.m.

Konsekvenser for arbeidsgiver

En overlege uten fornyet spesialistgodkjenning vil gi vanskeligheter med driften, gi økte utgifter og tapte inntekter for avdelingene. I tillegg vil det kunne gå utover godkjenningene som utdanningsinstitusjon, fordi det kreves spesialister for å kunne utdanne leger i spesialisering (LIS).

Det ville være i arbeidsgivers interesse å unngå disse konsekvensene ved å legge forholdene til rette og bidra aktivt til at spesialistene til enhver tid vedlikeholder spesialistgodkjenningen og er regodkjente.

Hoved- og grenspesialister

For grenspesialister vil det være mest aktuelt med obligatorisk etterutdanning og fornyelse av spesialistgodkjenning innen det kliniske feltet man arbeider i, men dette vil kunne variere fra spesialitet til spesialitet slik at de enkelte fagene må definere dette nærmere. En lege som har flere hovedspesialiteter vil antagelig velge å vedlikeholde og fornye den spesialiteten vedkommende til enhver tid arbeider i. På sikt vil dette trolig gi færre dobbelt – og trippelspesialister.

EU

I følge Legeforeningens jurister er tidsavgrensede spesialistgodkjenninger i spesialiteter som er godkjent også i andre EU-land, et komplekst felt som vil kreve en større juridisk utredning.

Helsedirektoratet

Fra 1. oktober 2011 er det Helsedirektoratet som behandler søknader og fatter vedtak om spesialistgodkjenninger og fornyelse av spesialitetsgodkjenningen for allmennmedisin. En formalisert regodkjenningsordning vil innebære at det må etableres et system for behandling av søknader og vedtak om fornyelse av spesialistgodkjenning, og det vil være naturlig at Helsedirektoratet fortsetter å administrere og forvalte dette. Et registreringssystem som nevnt under alternativ I og II kan brukes i denne forbindelse, slik som det i dag gjøres i allmennmedisin.

Faglig baserte anbefalinger for innholdet i etterutdanningskravene

På samme måte som ved obligatorisk etterutdanning uten regodkjenning, alternativ I og II, er det nødvendig med definerte normer for volum og innhold av etterutdanningsaktivitetene. Legeforeningens spesialitetskomiteer og fagmedisinske miljøer bør utarbeide disse normene.

Overgangsordninger

Det må utarbeides regler for dispensasjon fra femårsperioden på grunn av barselpermisjoner, for hvordan man igjen kan bli godkjent som spesialist etter lengre tid i ikke-klinisk virksomhet osv.

Forutsetninger

En nødvendig forutsetning er at arbeidsgiver forpliktes til å legge forholdene til rette for etterutdanning, noe som vil være i arbeidsgivers interesse fordi det er nødvendig for en avdelings drift å ha godkjente spesialister.

Det forutsettes at innføring av en ordning med obligatorisk etterutdanning med regodkjenning ledsages av en tilsvarende styrking av etterutdanningsrettigheter i avtaleverket, og at tilrettelegging for ordningen blir et systemansvar og en viktig del av lederansvaret i spesialisthelsetjenesten. Regodkjenningskravet må gjenspeiles i avtaleverket.

21. Anbefaling

Den ordningen som vil være enklest å innføre er en avtaleregulert ordning basert på gjensidige forpliktelser mellom arbeidsgiver og legespesialist, altså alternativ I. Kombineres innholdet i alternativ I med et forskriftsbasert krav for godkjenning som utdanningsinstitusjon, har vi alternativ II. Til forskjell fra alternativ I vil alternativ II øke forpliktelser og ansvar hos foretakene og tydeliggjøre sammenhengen mellom faglig oppdaterte spesialister og høy kvalitet på utdanningen av nye spesialister.

Felles for begge disse alternativene er at helt private spesialister (det vil si uten avtalehjemmel) ikke berøres direkte av forutsetningene og konsekvensene. Det er kun regodkjenningens alternativet som vil favne alle leger likt.

Arbeidsgruppens konklusjon er unison: Vi anbefaler at etterutdanning gjøres obligatorisk. Alternativ I vektlegger styrkede rettigheter for legespesialisten, men er etter vår vurdering ikke tilstrekkelig forpliktende for arbeidsgiver.

Først dersom legenes rettigheter og forpliktelser gjøres tydelige i avtaleverket, og likelydende i alle helseforetak, slik at alle leger gis samme muligheter og forutsetninger til etterutdanning, vil det være mulig å innføre obligatorisk etterutdanning med eller uten regodkjenning.

I synet på virkemiddel og konsekvens er arbeidsgruppen delt. Regodkjenning er å betrakte både som en konsekvens og et virkemiddel for å gjennomføre obligatorisk etterutdanning. Innføring av regodkjenning medfører en endret forståelse av spesialistbegrepet fra å være en livslang tilstand til å innebære at man er spesialist kun så lenge man aktivt opprettholder spesialistkompetansen, altså en tidsbegrenset spesialistgodkjennelse.

Mindretallet anbefaler derfor at Legeforeningen går inn for obligatorisk etterutdanning med regodkjenning (alternativ III). Forutsetningen for denne anbefalingen er at ordningen ledsages av innføring av tilsvarende avtalebaserte rettigheter og plikter som inngår i alternativ II.

Flertallet mener regodkjenning er et unødig drastisk virkemiddel med for mange uavklarte problemstillinger, som tilsier at gevinsten ikke er stor nok til at det er hensiktsmessig å sette i

gang en slik ordning nå. Dette alternativet innebærer en for stor risiko for at etterutdanning og regodkjenning hovedsakelig blir et individansvar, og ikke et delt system- og individansvar.

Flertallet mener behovene best løses av alternativ II.

Det innebærer at flertallet anbefaler å styrke og klargjøre dagens rettigheter og plikter, at en obligatorisk etterutdanning blir en gjensidig forpliktelse mellom legespesialisten og arbeidsgiver, og at etterutdanningsstatus for legespesialistene blir en viktig faktor og krav i vurderingen og godkjenningen av de avdelinger som ønsker å ha leger i spesialisering. Alternativ II er etter flertallets mening det alternativet som best ivaretar arbeidsgivers ansvar for spesialistutdanningen, ved at avdelingene må rapportere overlegenes status når det gjelder obligatorisk etterutdanning, og arbeidsgiver må følge opp de overlegene som eventuelt ikke tilfredsstillir kravene. På denne måten sikres det at etterutdanning blir et felles ansvar som kommer alle parter, pasientene inkludert, til gode.

Etter en periode bør ordningen evalueres, og deretter kan det vurderes hvorvidt det er aktuelt eller nødvendig å innføre tidsbegrenset spesialistgodkjenning.

Uansett hvilket alternativ som velges for å styrke etterutdanningen, er det like viktig å sikre systemansvaret som det individuelle ansvaret. Felles for alle tre alternativene er en tydelig gjensidig forpliktelse mellom legespesialistene og arbeidsgiver/RHF.

Det er vårt håp at foreliggende rapport vil kunne føre til forandringer – som er nødvendige for at vi fortsatt skal kunne opprettholde det norske helsevesenets høye nivå, til beste for pasientene.

”Den som er ferdig utlært, er ikke utlært, men ferdig!”

(Norsk ordtak)

REFERANSER

- (1) Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up. PLoS Medicine 2010; 7: 1-6.
- (2) Lindsay C, Morrison J, Kelley E. Professional Obsolescence Implications for Continuing Professional Education. Adult Education 1974; 25: 3-22.
- (3) Gjessing H. Kompetanse i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:1001.
- (4) <http://legeforeningen.no/Utdanning/etterutdanning/> (26.1.2013).
- (5) Policydokument for medisinsk etterutdanning i Norden. Nordisk Legeråd 14. juni 2000.
- (6) St meld nr 42 (1997-1998). Kompetansereformen.
- (7) <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Spekter/Sentralt-forhandlingslop-Spekter/hovedavtale-spekter/> (26.1.2013).
- (8) Per Haave. I medisinenes sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom 100 år. Oslo: Unipub 2011.
- (9) Konsekvenser av å innføre obligatorisk etterutdannelse for spesialister. Innstilling fra et utvalg nedsatt av sentralstyret. Den norske lægeforening, 1987.
- (10) Landsstyret 1987. Tidsskr Nor Lægeforening 1987;107: 1940.
- (11) Utredning om spesialistutdanningen av leger 2007, Den norske legeforening, 2007.
- (12) Spesialistutdanningen av leger. Den norske legeforening, 2009.
- (13) Spesialitetsrådet PM 2009, Den norske legeforening, 2009.
- (14) St meld nr 24 (1996–97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
- (15) Regodkjenning – ingen vei utenom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2655 -7.
- (16) Skoglund E, Øien IJ. Hvordan bør etterutdanning for spesialister utformes? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2672.
- (17) Skoglund E. Resertifisering av spesialister i Norge. Nord Med 1998; 113: 27-8.
- (18) Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR). Etterutdanning av legespesialister. Utredning nr 2 fra NR. Februar 2002.

- (19) Leif 1997. Legers etterutdanning i fremtiden. Utredningsrapport fra Den norske lægeforening, 1997.
- (20) Leif-pilot. Metode for gjennomføring av en formalisert, dokumenterbar etterutdanning. Sluttrapport. Den norske lægeforening, 2002.
- (21) <http://leif.legeforeningen.no/leif/about.action> (26.1.2013).
- (22) <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html> (26.1.2013).
- (23) Merkur S, Mossialos E, Long M, McKee M. Physician revalidation in Europe. Clinical Medicine 2008; 8: 371-376.
- (24) Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. BMJ 2000; 320: 432-5.
- (25) www.legeforeningen.no/lokal/troms/Skalpellen/Engelske-leger-pa-aremal/ (26.1.2013).
- (26) Continuing professional development - the international perspective. London: General Medical Council, 2011.
- (27) Comité Permanent des Médecins Européens Policy statement on Continuing Medical Education (CME) and Continuing Professional Development (CPD). (CPME) CP 2001/082.
- (28) European Union of Medical Specialists. Basel Declaration. UEMS Policy on Continuing Professional Development. UEMS, 2001.
- (29) http://www.cpme.eu/cpd_improving_healthcare/ (26.1.2013).
- (30) http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_en.htm (26.1.2013).
- (31) cpme.dyndns.org:591/database/2013/Info.2013-010.PQD.IMCO.draft.report.Vergnaud.compromise.amendment.CFINAL.22012013.pdf (26.1.2013).
- (32) Merkur S, Mladkovsky P, Mossialos E, McKee M. Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise? Brief report. WHO Regional Office for Europe, 2008.
- (33) Maillet B. Survey on CME-VPD in the UEMS Member States. UEMS, 2010.
- (34) Harvey L. Continuing medical education and professional development in Europe. Development and structure. UEMS, 2008.
- (35) The position on CME by European Board of Endocrinology. UEMS, 1999.

(36) The International Council of Ophthalmology (ICO). Principles and Guidelines of a Curriculum for Continuing Medical Education in Ophthalmology. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 2006;223 (S7): S1-S23.

(37) Development and Structure of National CME/CPD, D 0305 – Annex, UEMS, 2003.

(38) Vesterø F. Efteruddannelse for overlæger i Danmark. Overlegen 2011 nr 4; s 17.

(39) Arbejdsgruppen om sikret efteruddannelse. Sikret efteruddannelse i fremtidens almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin, Praktiserende Lægers Organisation, 2007.

(40)http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=4092569.PDF (26.1.2013).

(41)http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=9290961.PDF (26.1.2013).

(42) Fortbildning för läkare. En sammenställning av kunskapsläget om läkares fortbildning Continuing Professional Development (CPD). Svenska läkaresällskapet – Sveriges läkarförbund, 2011.

(43) Fortbildningsenkät 2010. Sveriges läkarförbund, 2011.

(44) The Effectiveness of Continuing Professional Development. Final Report. College of Emergency Medicine, 2010.

(45) Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, Miller RG, Thomas PA, Prokopowicz GP, Qayyum R, Bass EB. Effectiveness of Continuing Medical Education. Evidence Report/Technology Assessment No. 149 (Prepared by the Johns Hopkins Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0018.) AHRQ Publication No. 07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2007.

(46) Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Cochrane-oversikt 2009. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.

(47) Davis D, O'Brien MA, Freemantle N. et al. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA.1999;282: 867-874.

(48) Bordage G, Carlin B, Mazmanian PE; American College of Chest Physicians Health and Science Policy Committee. Continuing medical education effect on physician knowledge:

effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. Chest 2009 Mar;135 (2 suppl); 29S-36S.

(49) Grant J. The Good CPD Guide. A practical guide to managed continuing professional development in medicine. Second edition. London: Radcliffe Publishing, 2012.

(50) <http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-064.html> (26.1.2013).

(51) <http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-061.html> (26.1.2013).

(52) <http://www.lovddata.no/oll/nl-19821119-066.html> (26.1.2013).

(53) <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Spesialistutdanning/Spesialisering/generelle-bestemmelser-for-spesialistutdanning-av-leger/> (26.1.2013).

(54) <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Spesialistutdanning/Utdanningsinstitusjoner/utdanningsutvalgets-oppgaver/> (26.1.2013).

(55) Meld St 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

(56) Oppdragsdokument 2012 Helse Vest RHF. Det kongelige helse – og omsorgsdepartement, 2011.

(57) Oppdrags – og bestillerdokument 2012 Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst, 2011.

(58) <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Spekter/spekter-10/overenskomstens-del-a2-mellom-spekter-og-legeforeningen/> (26.1.2013).

(59) Arbeidsgiverforeningen Spekter Område 10 og 4 (Helse). Nyhetsbrev (20.10.2011) Spekter informerer nr 31/2011.

(60) <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Spekter/spekter-10/b-deler/> (26.1.2013).

(61) <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Spekter/spekter-4/b-del-lovisenberg-diakonale-sykehus/> (26.1.2013).

(62) <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Virke/lokale-avtaler/> (26.1.2013).

(63) Aasland OG, Rosta J. Hvordan har overlegene det? Overlegen 2011 nr 1: 51-59.

(64) <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Naringsdrivende/Avtalespesialister/> (26.1.2013).

(65) Nylenna M, Aasland OG. Doctors' learning habits: CME activities among Norwegian physicians over the last decade. BMC Medical Education 2007; 7:10 doi:10.1186/1472-6920-7-10.

(66) Nylenna M., Aasland O.G., Falkum E., Keeping professionally updated: Perceived Coping and CME Profiles among Physicians. J Cont Ed Health Prof 1996; 16: 241 – 249.

(67) <http://www.advokatforeningen.no/Etterutdanning/Obligatorisk-etterutdanning/> (26.1.2013).

(68) <http://www.finanstilsynet.no/no/Revisjon/Tilsyn-og-overvakning/Krav-til-konsesjon/Virksomhetsutovelsen/Krav-til-etterutdanning-/> (26.1.2013).

(69) <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20080416-0362.html> (26.1.2013).

(70) <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Tidsskrift-for-jordmoedre/Tema/2010/OEvelse-gjoer-mester-Videreutdanning-i-fokus/Vil-ha-obligatorisk-etterutdanning/> (26.1.2013).

(71) Obligatorisk etterutdanning. Rapport fra NTFs prosjektgruppe 2011. Den norske tannlegeforening, 2011.

(72) <http://www.psykologforeningen.no/pf/Kurs-og-utdanning/Spesialistreglementet/Spesialiteten-i-klinisk-psykologi/Utfyllende-bestemmelser-om-obligatorisk-vedlikehold> (26.1.2013).

(73) <http://www.vetnett.no/spesialistutdanning> (26.1.2013).

(74) De medisinske fakultetenes innspill til fremtidens spesialistutdanning av leger. April 2012.

(75) Continuing Medical Education in Europe. Evolution or Revolution? MedEd Global Solutions, 2010.

Historisk epilog: I fem hundre år var det obligatorisk etterutdanning for leger i Venezia (76). Etterutdanningen besto blant annet i pliktig deltagelse i årlige anatomiforelesninger eller disseksjoner. Deltagelsen måtte dokumenteres, og i perioder var det et problem med bestikkelser for å få falsk dokumentasjon. Enkelte forelesninger var mer populære enn andre, særlig gjaldt det demonstrasjon av de kvinnelige reproduksjonsorganer. Ordningen opphørte i 1801.

(76) Ell S.R. Five Hundred Years of Specialty Certification and Compulsory Continuing Medical Education. Venice 1300 – 1801. JAMA, 1984; 251 (6): 752-753.



Frontespizio di un manoscritto del XIV secolo del *Traité de l'Anatomie* di Guy de Chauliac