

Vi viser til utlyst høring angående endringer i spesialistforskriften og trygderefusjon for leger m.v.

6.1 Fravær i LIS1-tjenesten:

Vi støtter forslaget fra departementet og har utover det ingen kommentarer.

6.2 Fritak fra krav for spesialistgodkjenning ved opprettelse av nye spesialiteter:

Vi støtter en overgangsordning som skissert. Det er avgjørende for innarbeidelse av nye spesialiteter at det er god fleksibilitet. Når det gjelder akutt- og mottaksmedisin, som er nevnt som eksempel i høringsnotatet, er det klart at et betydelig antall spesialister har oppfylt de aktuelle kompetansemålene i kraft av sin allerede oppnådde spesialitet sammen med lang generell erfaring og ansvar for akuttmedisinske funksjoner.

I denne forbindelse vil også nevne at Norsk Forening i palliativ medisin arbeider for at palliativ medisin også skal bli en spesialitet, da fortrinnsvis en påbyggingsspesialitet for leger som allerede har en relevant hovedspesialitet. Pt er palliativ medisin definert som et kompetanseområde (fremdeles som forsøksfordning.) Da kompetanseområdet ble etablert ble leger med annen spesialitet kombinert med realkompetanse i palliasjon ut fra tilgjengelige kurs og praktisk erfaring, godkjent i en overgangsordning lignende den som her er skissert. Vi ser at denne ordningen har fungert godt og har sikret at det nå er et betydelig antall godkjente utdanningssteder og mange utdanningskandiater i palliativ medisin. Dette underbygger at det ikke er fare for kvalitetstap ved en overgangsordning, snarere tvert imot. Vi håper at den skisserte endringen vil komme palliativ medisin til gode, sammen med andre relevante nye spesialiteter, i neste omgang.

6.3 Trygderefusjon for leger

Prinsipielt bør det stilles høye kvalitetskrav til leger i primærhelsetjenesten, da disse har et stort ansvar som medisinsk ansvarlige leger for alle pasienter som ikke er innlagt i institusjon. I palliasjonsfeltet erfarer vi at kortvarige vikariater og manglende kjennskap til norsk medisinsk hverdag hos legene gjør situasjonen vanskelig for alvorlig syke pasienter. Samtidig må en forholde seg til rekrutteringsproblemer, særlig i distriktene. For rigide krav vil paradoksalt nok føre til lavere kvalitet, ikke høyere, når kommuner enten ikke får leger i det hele tatt, eller de som er der blir så overarbeidet at de slutter som fastleger.

Vi støtter derfor den foreslåtte endringen, men vil samtidig påpeke at dette ikke må erstatte eller forsinke arbeidet med å oppruste og kvalitetssikre fastlegetjenesten i hele landet.