

Helse og omsorgskomiteen  
V / leder Bent Høie

Oslo 18.05.2011

## Ny spesialitet for leger i rus og avhengighetsmedisin

Undertegnede er leder for Legeforeningens spesialforening: Norsk forening for rus og avhengighetsmedisin (NFRAM), som er sterkt engasjert i saken om etablering av ny spesialitet for leger i rus og avhengighetsmedisin. Historien bak er lang og omfattende. Saken har siden 2008 vært på dagsorden i Legeforeningen, og har blitt støttet av alle relevante fagmiljøer og av sentrale helsemyndigheter. Prosessen har bygget på en grundig utredning hvor spørsmålet om alternative løsninger også har vært diskutert. Helse- og omsorgskomiteen har på eget initiativ fremmet forslag til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Helsedirektoratet har fått saken tilbake fra HOD for å redegjøre for en rekke forhold blant annet økonomi. NFRAM henvender seg nå til Helse og omsorgskomiteen med en bekymring om at saken kan bli avgjort i strid med de meget tydelige anbefalinger fra alle instanser. Frykten er at alle godt begrunnede argumenter for å opprette denne spesialiteten, og som ligger til grunn for Helsedirektoratets anbefaling til HOD ikke blir vektlagt når saken skal avgjøres i HOD.

### **Bakgrunn:**

Ved Rusreformen 1.1.2004 fikk spesialisthelsetjenesten ansvar for behandlingen av rusmiddelavhengige og et tredje spesialisthelsetjenesteområde "Tverrfaglig spesialisert rusbehandling" (TSB) ble innført administrativt likestilt med somatikk og psykiatri. Stortingets overordnede mål med rusreformen var at rusmiddelbrukere skulle få bedre og mer samordnede tjenester, at kvaliteten ved behandlingen skulle bli bedre og kapasiteten øke. Evalueringen av Rusreformen ble evaluert av forskningsinstituttet IRIS i 2006. Konklusjonen var at det var en vellykket forvaltningsreform, men at det var mye som manglet når det gjaldt kvalitet og kapasitet. En av de store utfordringene i samtlige helseregioner har vært å skaffe tilstrekkelig med kvalifiserte leger til TSB og ikke minst å få interesserte og erfarne leger til å forbli i fagfeltet. En viktig årsak til dette var mangel på utdannelses- og karrieremuligheter.

Legeforeningen gav i 2008 et oppdrag til Norsk forening for rus og avhengighetsmedisin (NFRAM) om å utrede behovet for en ny spesialitet for leger i rus og avhengighetsmedisin. Under utarbeidelsen av rapporten hadde arbeidsgruppen nær dialog med aktuelle tilgrensede fagmedisinske foreningene og spesialistkomiteer innenfor spesialitetene: Voksen-psykiatri, Barne- og ungdomspsykiatri, Allmenntilleggsmedisin, Indremedisin, infeksjonsmedisin, gastroenterologi, Farmakologi, Fysikalsk medisin og rehabilitering, Arbeidsmedisin, Samfunnsmedisin.

Alle bekreftet at etablering av egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin ville innvirke positivt på egen spesialitet. Dette først og fremst gjennom et styrket samarbeid om den enkelte pasient. Det samme ble bekreftet i Legeforeningens høringsrunde til samtlige foreningsledd i forbindelse med at saken skulle legges frem på Landsstyremøte i Legeforeningen juni 2009. Det var bred støtte i et stort flertall av foreningsledd som svarte.

### **Anbefalinger:**

Landsstyret i Legeforeningen fattet på møte 5.juni 2009 følgende vedtak: *Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at det opprettes en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.* Legeforeningen sendte 16.6.2009 et felles brev til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet hvor man foreslo å opprette en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

Helse- og omsorgskomiteén på Stortinget diskuterte saken i forbindelse med et Dok-8 forslag i april 2010 og sendte forslag til HOD med anbefaling om å opprette en ny spesialitet.

Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR), behandlet saken og diskuterte blant annet alternative muligheter som å opprette en grenspesialitet under annen spesialitet (psykiatri) eller å etablere et kompetanseområde innenfor flere spesialiteter. NR fattet i møte 29.april 2010 følgende vedtak enstemmig:

1. *NR tilrår at det opprettes en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Forslag til spesialistregler bør gjennomgås med sikte på at spesialiteten er egnet for arbeid både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.*
2. *NR tilrår at spesialistutdanning i relevante spesialiteter som for eksempel allmennmedisin, indremedisin og psykiatri styrkes for å sikre at allmennleger og spesialister i andre deler av spesialisthelsetjenesten også har kompetanse innen rus- og avhengighetsmedisin.*

Helsedirektoratet vedtok i ledermøte 29.6.2010 : *Helsedirektoratet tilrår overfor HOD at det opprettes en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.* Det er i anbefalingen fra Helsedirektoratet gjort grundig rede for bakgrunnen for anbefalingen, en vurdering av konsekvenser det vil få i forhold til rekruttering, utdanning og økonomi og en plan for å gjennomføre opprettelse av ny spesialitet.

### **Enighet om at leger i TSB skal ha spesialistkompetanse.**

I denne omfattende prosessen er det bred enighet om at det er helt nødvendig å styrke legenes kompetanse innenfor fagfeltet til et spesialistnivå. Man er altså ikke uenige om at leger som arbeider innenfor TSB skal ha spesialistkompetanse. Når alle instanser støtter at dette sikres gjennom en egen spesialitet er det vanskelig å forstå hvorfor man igjen skal drøfte alternativer som gren-spesialitet eller kompetanseområde.

En gren-spesialitet vil betinge at legen først tar en hovedspesialitet (psykiatri er foreslått) og deretter gjennomfører enda en etterutdanning. Rus- og avhengighetsmedisin har sin egen store kunnskapsbase, sine egne utredningsmetoder og – verktøy, og spesifikke behandlingsmetoder. Dette krever en egen utdanning som det er umulig å inkorporere i de andre spesialiteter. Det har ingen økonomiske eller praktiske fordeler å etablere en gren-spesialitet fremfor egen spesialitet.

I Norge er det svært liten tradisjon for og erfaring med å erstatte spesifikk legespesialitet med kompetanseområde. Forslag om å opprette et kompetanseområde i rus og avhengighetsmedisin ble avslått av Landsstyret i Legeforeningen i juni 2009. Det er et pågående prosjekt i Helsedirektoratet vedrørende kompetanseområde for palliativ medisin. Dette skal evalueres i 2014. Fagområdet palliativ medisin berøre pasienter med kjent lidelse og meget kort tidsperspektiv hva gjelder behandling og er meget forskjellig fra pasienter med rus og avhengighetslidelser. Det er vanskelig å forstå at leger med ulike spesialiteter og en tilleggsopplæring i ruslidelser skal kunne erstatte en kvalifisert spesialist i faget.

### **Reell tverrfaglighet (bio-psyko-sosial)**

HOD er spesielt opptatt av hvordan det faglige innholdet i forslaget vil kunne påvirke tverrfaglig spesialisert behandling generelt eller deler av dette feltet. Det at legers kompetanse og kvalifikasjoner styrkes kan ikke være en trussel for øvrige profesjoner (psykologfaglig, sosialfaglig) i fagfeltet men tvert imot en styrke behandlingstilbudet til pasientene. Fagfeltet er tverrfaglig, illustrert ved betegnelsen: bio – psyko – sosial, som gir en helhetlig forståelse. Det medisinskfaglige og legevitenskapelige kommer ikke i konflikt med annen forståelse av rusproblematikk og

avhengighetsutvikling eller annen kunnskap men understøtter en helhetlig tilnærming. Billedlig kan man si det er en krakk med tre ben som velter dersom man fjerner ett av dem.

Medisinskfaglig spesialistkompetanse er dermed forutsetning for reell tverrfaglighet, som Helsetilsynet har påpekt i landsomfattende tilsyn med TSB i 2006 hvor de fant at det:

*”I særlig grad var mangel på medisinskfaglig kompetanse både i forhold til somatiske og psykiske problemstillinger”. ”Mangel på fagkompetanse vil svekke mulighetene for å iverksette god behandling og endringer i pasientens helsetilstand vil kunne bli oversett. Medisinskfaglig kompetanse ble i flere virksomheter skaffet til veie fra sak til sak, men kompetansen var ikke tilgjengelig slik at medisinskfaglig vurderinger medvirket i utviklingen av organisatorisk læring”.*

### **Samhandling med kommunale tjenester:**

Spesialisthelsetjenesten har som en av sine 4 hovedoppgaver å veilede kommunehelsetjenesten.

Tverrfaglig spesialisert behandling har et særskilt samarbeidsforhold til sosialtjenestene, siden sosialtjeneste i kommune kan henvise til TSB. Samhandlingsreformen vil gi kommunene et øket ansvar for grupper av pasienter som i dag søkes til og behandles i spesialisthelsetjenesten.

Forutsetningen for dette er at det finnes kompetanse i spesialisthelsetjenesten som er tilgjengelig for fastleger og ansatte i kommunale helse og velferdstiltak. En ny spesialitet vil definere og forplikte en slik kompetanse og forankre veiledningsansvaret til kommunene.

### **Konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, offentlige og private aktører:**

Avdelinger og institusjoner må sikre at de har leger med spesialistkompetanse i fagfeltet som sikrer at tverrfaglig utredning og behandling er reell også når det gjelder det medisinskfaglige, og som medvirker til fagutvikling og organisatorisk læring, slik Helsetilsynet påpeker.

En rekke steder finnes det pr i dag vaktordninger med overleger som har vakt flere døgn i trekk. Slike avtaler er ikke i henhold til avtaler, regelverk eller forsvarlighet. Alle HF-ene har ansvar for akuttjenester til pasienter med rus- og avhengighetslidelser. Akuttmottak med døgnplasser og avgiftningsenheter bør ha leger i døgnkontinuerlig vakt. Også i forhold til pasienter i langtidsbehandling i institusjon kan det oppstå krisesituasjoner knyttet til nettopp rus og avhengighetsproblematikken. Det kan ikke være slik at pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten i slike situasjoner behandles av lokal legevakt eller allmennlege.

Vaktordninger er nødvendig uansett om spesialitet opprettes eller ikke.

### **Konsekvenser for fagfeltet hvis det ikke opprettes en spesialitet:**

- Manglende tverrfaglighet på spesialistnivå i et fagfelt som nettopp er beskrevet som tverrfaglig.
- Unge og uerfarne, eventuelt medisinske studenter (”turnusventere”) i korte arbeidsforhold.
- Pasienter i institusjoner som har status som spesialisthelsetjeneste behandles av lokal legevakt eller allmennlege.
- Mange leger som arbeider alene og uten kollega-felleskap og er pasientansvarlig lege for alle pasientene i en avdeling/institusjon.
- Store regionale og lokale forskjeller i behandlingstilbudet

Det er viktig å presisere at *alternativet* til opprettelse av ny spesialitet ikke er billigere legetjenester innenfor TSB men at *andre* spesialiteter; eller *ikke*-spesialister ivaretar spesialisthelsetjenestens faglige ansvar for TSB. Å drive spesialisthelsetjeneste uten spesialister i det aktuelle fagfeltet er ressurskrevende og uforutsigbart og faglig meget utilfredsstillende.

Spesialisthelsetjenesten skal gi veiledning og råd til helsearbeidere i primærhelsetjenesten og drive liaisontjeneste for pasienter som mottar annen spesialisthelsetjeneste. Psykologer, sosionomer og sykepleiere har definerte videreutdanningsprogram som kvalitetssikrer spesialist-kunnskap om rus og avhengighetsproblematikk. Slik er det i dag ikke for legene. Dersom HOD i denne omgang beslutter å ikke støtte anbefalingene om å etablere en egen spesialitet er fagfeltet satt mange år tilbake.

Vennlig hilsen  
Guri Spilhaug  
Leder i NFRAM