

Vedtøk ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Legeforeningens forslag skal sikre kvalitet og det medisinskfaglige perspektivet i pasientbehandlingen.

– Rusmiddelrelaterte problemer har store samfunnsmessige konsekvenser og kostnader. Rusmiddelbruk utgjør en av de største helserisikofaktorene. Dette gjelder en stor pasientgruppe med sammensatte lidelser og stort behandlingsbehov. Fastlegene trenger – og ønsker – en spesialisthelsetjeneste med spesialister innen dette fagområdet som de kan henvise til og som de kan samarbeide med. Faget har utviklet seg og det er behov for en ny spesialitet som kan sikre kvalitet og det medisinfaglige perspektivet i pasientbehandlingen, sier Torunn Janbu, president i Legeforeningen.

De senere årene har det vært en politisk satsing gjennom utredninger, rusreform og bevilgninger. Det er opprettet tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk i sykehusene.

Rus- og avhengighetsmedisin er et eget fagfelt med vitenskapelig fundert forståelsesramme, diagnostikk og behandling. Det finnes i dag kunnskap som ikke systematisk anvendes i behandlingsapparatet. Samtidig finnes det behandlingstilbud som vil være egnet for spesialistutdanning.

Forslaget som har fått bred støtte blant Legeforeningens organisasjonsledd, ble

vedtatt av landsstyret. Vedtaket innebærer en anbefaling overfor Helsedirektoratet/ Helse- og omsorgsdepartementet om at det opprettes en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

Knut E. Braaten

knut.braaten@legeforeningen.no

Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Landsstyret vedtok viktige resolusjoner

Kvalitet i helsetjenesten sto i sentrum under landsstyremøtet, og landstyret vedtok to resolusjoner som begge satte søkelyset på kvalitet. Det ble også vedtatt én resolusjon om faste stillinger for leger i spesialisering og én om styrking av medisinsk forskning. Her følger de fire resolusjonene.

En helhetlig helsetjeneste med god kvalitet

Kvalitet blir til i møtet med pasienten ved at kunnskap omsettes til tjenester av verdi for pasienten. Det er i dette møtet kvaliteten realiseres.

Det må legges til rette for tilstrekkelig tid i møtet mellom pasient, lege og annet helsepersonell. Pasienten må møte et kompetent og tverrfaglig fagmiljø med godt samspill – dette gir kontinuitet i tjenestene.

Oppgave- og ansvarsfordeling må være avklart slik at behandlingsskjermer som omfatter flere aktører i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan dimensjoneres for god tilgjengelighet og medføre god pasient- og informasjonsflyt. Etablering av behandlingsskjermer vil – med rett behandling på rett nivå og til rett tid – bidra til økt behandlingsskjermer, pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og kostnadseffektivitet. Kvalitetsarbeid må inngå som en integrert del av virksomheten.

Helsetjeneste er kunnskapsvirksomhet og må organiseres og ledes der-

etter. Den medisinskfaglige kompetansen i ledelsen av sykehus og i kommunehelsetjenesten må styrkes. God ledelse i helsetjenesten innebærer at ulike målsetninger må balanseres mot hverandre. Det må settes ledelsesmessige krav til hva som skal gjøres innenfor kvalitetsarbeid, arbeidsmiljø, pasienttilfredshet, utdanning og forskningsaktivitet i tillegg til utredning og behandling av pasienter.

Kommunehelsetjenesten må rustes opp gjennom etablering av flere fastlegehjemmer, større og mer robuste fastlegepraksiser og en styrket legevaktstjeneste. Kommunene må utvikle robuste samarbeidsordninger. Fastlegens koordinerende rolle må ivaretas og videreutvikles. Det bør innføres nasjonale normer for legedekning på sykehjem. Allmenntjenesten må styrkes

gjennom økt allmenntjenesteforskning, fagutvikling og utdanning av flere spesialister i allmenntjeneste. Tilsvarende må samfunnsmedisin og arbeidsmedisin styrkes. Flere eldre og flere kronikere tilsier behov for økt kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten for pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer trenger økt rekruttering av legespesialister. Spesialisthelsetjenesten kan derfor ikke bygges ned. Avtalepraksis bør utvikles og benyttes i større grad enn i dag.

Finansieringsordningene i helsetjenesten må understøtte tydelig ansvars- og oppgavefordeling og de prioriteringer som samfunnet og myndighetene har pålagt tjenesten. Finansieringsordningene for spesialisthelsetjenestene bør videreutvikles slik at de i mindre grad fører til utilsiktede vridninger av ressursbruken, sikrer hensiktsmessig investering og vedlikehold av bygg og utstyr.

Viker ikke på kvalitet i spesialistutdanningen

God spesialistutdanning er en forutsetning for gode helsetjenester.

Investering i spesialistutdanningen er viktig for kvalitet og utvikling av fag og helsetjeneste og for at norsk helsetjeneste skal være på høyden internasjonalt.

Stortinget behandler i disse dager Ot.prp nr 83 (2008–2009) om spesialistutdanning bl.a. av leger. Legeforeningen har i dag delegert myndighet til kun én ting, og det er å godkjenne den enkelte spesialist. Myndighetene bestemmer alt annet, dvs. hvilke spesialiteter den norske helsetjenesten skal ha, retningslinjer for spesialisering og hvor spesialister skal utdannes, men med Legeforeningen som en viktig rådgiver. Legeforeningen aksepterer flytting av myndighet til å sette det siste godkjenningsstemplett. Det vi ikke viker på, er kvaliteten på utdanningen.

Norge har i dag en velfungerende utdanningsordning for legespesialister

av god kvalitet basert på et nært samarbeid mellom myndighetene, Legeforeningen, de regionale helseforetakene, universitetene og arbeidsgiverne. Legeforeningen har etablert et stort faglig apparat for å sikre kvalitet og fagutvikling, gjennom spesialitetskomiteer, spesialitetsrådet, kurskomiteer og ad hoc utvalg. Legeforeningen har vært en faglig pådriver for å utvikle spesialitetene i samsvar med medisinsens utvikling og fremskritt og har fremmet mange forslag til myndighetene om dette.

Legeforeningen mener det er nødvendig at det tette samarbeidet mellom aktørene videreføres. Vi har derfor sagt klart fra til Helse- og omsorgsdepartementet og til Stortinget at det er avgjørende at profesjonsorganisasjoner som Legeforeningen fremdeles er de faglige premissleverandørene, også dersom

selve godkjenningsmyndigheten flyttes. Dette for å sikre et faglig beslutningsgrunnlag for utforming av utdannings-systemet for leger i spesialisering.

Legeforeningen mener det er svært alvorlig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har gitt noen redegjørelse for hva som skal erstatte det nåværende system, og hvilke konsekvenser endringene vil få for kvaliteten på spesialistene og dermed helsetjenesten.

Fremtidige systemendringer i spesialistutdanningen må gjøres på bakgrunn av grundige utredninger som belyser kvalitetsmessige, administrative og økonomiske konsekvenser for å kunne vurdere hvilke løsninger som best vil tjene pasientbehandling og kvalitet på helsetjenesten. Endringer i systemet for spesialistutdanningen er et sentralt spørsmål for norsk helsetjeneste og Stortinget bør forelegges eventuelle endringsforslag i form av en Stortingsmelding.

Faste stillinger for leger i spesialisering

Det er bred enighet i norsk arbeidsliv om at arbeidstakere skal sikres trygge arbeidsvilkår gjennom faste stillinger.

Faste stillinger bidrar til godt arbeidsmiljø, økt forutsigbarhet, god kvalitet og produktivitet. Legeforeningen står samlet bak et krav om at leger i spesialisering som hovedregel skal være ansatt i faste stillinger. Det er uakseptabelt at nær halvparten av norske sykehusleger er i midlertidige stillinger. De fleste sykehusleger får ikke faste stillinger før de er over 40 år og har arbeidet i 10–15 år.

Staten må, som eier av sykehus og ansvarlig for arbeidsmiljøpolitikken, sørge for at også leger i spesialisering har trygge arbeidsforhold og faste stillinger.

Medisinsk forskning må styrkes

Forskningsbasert kunnskap er bærebjelken i all medisinsk virksomhet – flere leger må rekrutteres til forskning.

Staten må ta et større finansielt ansvar for medisinsk forskning og ta rekrutteringsproblemet til medisinske akademiske stillinger på alvor.

Legeforeningen mener at:

- Det må stimuleres til forskning i all medisinsk virksomhet
- Det må opprettes flere stipendiatstillinger for leger, og det må opprettes stillinger der leger parallelt kan oppnå doktorgrad og spesialitet (dobbeltløp)
- Staten må øke finansieringen til stillinger i allmenntilleggs medisinske forskningenheter betraktelig
- Det må opprettes en til fem post.doc-stillinger på alle universitetssykehus innen hvert medisinsk fagområde
- Det må etableres stillinger for leger med forskerutdanning ut over post.doc for å sikre videre rekruttering til professorater og oppbygging av levedyktige forskningsmiljøer
- Det må øremerkes midler til alle disse stillingstypene i de kommende statsbudsjetter

- Forskningsmeritter må tillegges større vekt ved ansettelser og ved lønnsfastsettelse
- Leger i forskerstillinger må ha tilsvarende lønnsvilkår som leger i kliniske stillinger.

Studier viser at det er en klar sammenheng mellom forskningsaktivitet og kvalitet på helsetjenestene. Mangel på forskning svekker undervisningen av medisinstudenter og videre- og etterutdanningen av leger. Lavt antall aktive forskere blant leger får konsekvenser for forskningsveiledning og oppbyggingen av sterke forskningsmiljøer. Manglende veilederkompetanse utgjør en flaskehals i all medisinsk forskning. For liten satsing på forskning går ut over kvaliteten på pasientbehandlingen.

Det lave antallet leger som fortsetter å forske etter fullført doktorgrad er alvorlig. Mangel på karriereveier gjør det vanskelig å rekruttere til toppstillingene (professorer) ved medisinske institutter. Innen fire til fem år vil halvparten av alle professorer i medisin være pensjonert.